



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

# Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019

2016  
CEARÁ

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

Camilo Sobreira de Santana  
**GOVERNADOR**

Maria Izolda Cella de Arruda Coelho  
**VICE-GOVERNADORA**

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**

Henrique Jorge Javi de Sousa  
**SECRETÁRIO DA SAÚDE**

Marcos Antônio Gadelha Maia  
**SECRETÁRIO – ADJUNTO**

Lilian Alves Amorim Beltrão  
**SECRETÁRIA – EXECUTIVA**

## **DIREÇÃO SUPERIOR**

Conselho Estadual de Saúde – CESAU  
Secretário da Saúde  
Secretário Adjunto da Saúde

## **GERÊNCIA SUPERIOR**

Secretária Executiva  
Lilian Alves Amorim Beltrão

## **ASSESSORIAS**

### **DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL – ADINS**

Anne Caroline Tores Lopes

### **JURÍDICA – ASJUR**

Maria de Fátima Nepomuceno Nogueira

### **COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO – ASCOM**

Maria Selma de Oliveira

### **PLANEJAMENTO E GESTÃO – ASPLAG**

João Washington de Meneses

### **OUVIDORIA**

Maria de Fátima Aguiar Lustosa

## **COORDENADORIAS**

### **POLÍTICAS E ATENÇÃO À SAÚDE – COPAS**

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

### **PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE – COPROM**

Márcio Henrique de Oliveira Garcia

### **REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA – CORAC**

Alexandre José Mont' Alverne Silva

### **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - COASF**

Francisco Einstein do Nascimento

### **GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE - COGTES**

Maria Áurea Pinheiro de Oliveira

### **GESTÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE - CGPES**

Silvia Maria Negreiro Bomfim Silva

### **ADMINISTRATIVO - FINANCEIRA - COAFI**

Sidney dos Santos Saraiva Leão

### **REGIONAIS DE SAÚDE - CORES**

José Policarpo de Araújo Barbosa

### **UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS - UGP**

Danielle Montenegro Melo Freitas

### **SUPERINTENDÊNCIA DE APOIO A GESTÃO DA REDE DE UNIDADES DA SESA - SRU**

Pedro Leão de Queiroz Neto

### **ENTIDADE VINCULADA**

### **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA – ESP**

Salustiano Gomes de Pinho Pessoa

### **COORDENAÇÃO**

### **ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO – ASPLAG**

João Washington de Meneses

## **COMISSÃO DE ELABORAÇÃO**

João Washington de Menezes  
Antônio Paula de Menezes  
Luiza de Marilac Barros Rocha  
Olêda Maria Castro Araújo  
Eufrazina Hortência Pedrosa Carlos  
Anita Ludmila Leda Batista Rolim  
Rimena Alves Praciano  
Anne Caroline Tores Lopes  
Margarida Maria Gadelha Pessoa  
Francisca Lúcia Nunes de Arruda  
Joel Isidoro Costa  
Maria Goretti Sousa Pinheiro  
Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior  
Luciene Alice da Silva  
Maria Rossana Pinheiro Câmara  
Francisco Antônio de Oliveira  
Nágela Maria dos Reis Norões  
Sílvia Maria Negreiros Bonfim Silva  
Maria Áurea Pinheiro de Oliveira  
Ana Maria Cunha  
Valéria Machado Napoleão C. de Albuquerque  
Ana Paula Girão Lessa  
Renna Carneiro de Oliveira  
Maria de Marilac Coelho Rocha  
Luiza Bandeira Lins

## **COLABORAÇÃO**

Gestores e Técnicos da SESA  
Equipe dos Núcleos de Análise em Saúde , Vigilância Epidemiológica  
e Economia da Saúde  
Fernando Antonio de Pádua Aragão Sales  
Maria de Jesus de Sousa Cavalcante  
Ana Márcia de Almeida Rodrigues Dantas

## **Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**

### **Missão**

Assegurar a formulação e gestão das políticas públicas em saúde e a prestação da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida dos cearenses.

### **Visão de Futuro**

Famílias cearenses com uma maior expectativa de vida, menor incidência de doenças e incapacidades, convivendo num ambiente saudável, desenvolvendo o auto cuidado, exercendo o controle social em condições de bem estar amparadas por uma rede de proteção social, centrado num sistema de saúde integrado, tendo como base, uma atenção primária universal determinando a organização dos níveis de atenção secundária e terciária dentro de um padrão resolutivo e humanizado.

### **Valores**

Universalidade

Integralidade

Equidade

Solidariedade

Respeito às Crenças

Ética

Honestidade

### **Ceará da Gestão Democrática por Resultados**

**Eixo:** Ceará Saudável

**Resultado Estratégico:** População mais saudável

**Resultado Temático:** Acesso universal e igualitário as ações e aos serviços de Saúde, assegurando a integralidade da atenção.

## **Estrutura Organizacional:**

### **I - DIREÇÃO SUPERIOR**

- Secretário da Saúde
- Secretário Adjunto da Saúde

### **II - GERÊNCIA SUPERIOR**

- Secretaria Executiva

### **III - ORGÃOS DE ASSESSORAMENTO**

1. Assessoria de Desenvolvimento Institucional
2. Assessoria Jurídica
3. Assessoria de Comunicação e Informação
4. Ouvidoria

### **IV - ORGÃOS DE EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA**

#### **5. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde**

- 5.1 Núcleo de Atenção Primária
- 5.2 Núcleo de Atenção Especializada
- 5.3 Núcleo de Atenção de Urgência e Emergência
- 5.4 Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente
- 5.5 Núcleo de Atenção à Saúde Bucal
- 5.6 Núcleo de Atenção à Saúde Mental

#### **6. Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher**

#### **7. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde**

- 7.1 Núcleo de Vigilância Epidemiológica
- 7.2 Núcleo de Vigilância Sanitária
- 7.3 Núcleo de Vigilância Ambiental
- 7.4 Núcleo de Controle de Vetores

7.5 Núcleo de Informação e Análise em Saúde

7.6 Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças

8. Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

8.1. Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde

8.2. Núcleo de Auditoria e Gestão do SUS

8.3. Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

8.4. Central de Regulação

9. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

9.1. Núcleo de Medicamentos de Caráter Excepcional

9.2. Núcleo de Fitoterápicos

9.3. Núcleo de Medicamentos Essenciais e Estratégicos

10. Coordenadoria das Regionais de Saúde

10.1.1ª Coordenadoria Regional de Saúde -Fortaleza.

10.2.2ª Coordenadoria Regional de Saúde - Caucaia.

10.3.3ª Coordenadoria Regional de Saúde -Maracanaú.

10.4.4ª Coordenadoria Regional de Saúde - Baturité.

10.5.5ª Coordenadoria Regional de Saúde- Canindé.

10.6.6ª Coordenadoria Regional de Saúde -Itapipoca.

10.7.7ª Coordenadoria Regional de Saúde -Aracati.

10.8.8ª Coordenadoria Regional de Saúde – Quixadá.

10.9.9ª Coordenadoria Regional de Saúde - Russas.

10.10.10ª Coordenadoria Regional de Saúde – Limoeiro do Norte.

10.11.11ª Coordenadoria Regional de Saúde – Sobral.

10.12.12ª Coordenadoria Regional de Saúde – Acaraú.

10.13.13ª Coordenadoria Regional de Saúde – Tianguá.

10.14.14ª Coordenadoria Regional de Saúde- Tauá.

10.15.15ª Coordenadoria Regional de Saúde – Crateús.

10.16.16ª Coordenadoria Regional de Saúde – Camocim.

10.17.17ª Coordenadoria Regional de Saúde – Icó.

- 10.18.18ª Coordenadoria Regional de Saúde – Iguatu
- 10.19.19ª Coordenadoria Regional de Saúde – Brejo Santo.
- 10.20.20ª Coordenadoria Regional de Saúde -Crato.
- 10.21.21ª Coordenadoria Regional de Saúde – Juazeiro do Norte

## 11. Superintendência de Apoio à Gestão da Rede de Unidades de Saúde

### 11.1. Unidades de Referência

#### 11.1.1. Unidades Ambulatoriais de Referência

##### 11.1.1.1. Centro de Saúde Escola - Meireles

11.1.1.1.1. Centro Administrativo - Financeiro

11.1.1.1.2. Setor de Assistência Médica

11.1.1.1.3. Setor de Ações Básicas

11.1.1.1.4. Seção de Assistência Farmacêutica

11.1.1.1.5. Seção de Análises Clínicas

##### 11.1.1.2. Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia

11.1.1.2.1. Seção Técnica

11.1.1.2.2. Seção Administrativo Financeira

##### 11.1.1.3. Centro Odontológico Tipo I - CEO Centro

11.1.1.3.1. Seção Técnica

11.1.1.3.2. Seção Administrativo–Financeira

##### 11.1.1.4. Centro Odontológico Tipo II – CEO Joaquim Távora

11.1.1.4.1. Setor de Assistência em Saúde Bucal

##### 11.1.1.5. Centro Odontológico Tipo II – CEO Rodolfo Teófilo

11.1.1.5.1. Setor de Assistência em Saúde Bucal

##### 11.1.1.6. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará

11.1.6.1. Unidade de Hemoterapia

11.1.1.6.2. Unidade de Hematologia

11.1.1.6.3. Unidade de Ensino e Pesquisa

11.1.1.6.4. Unidade Administrativo Financeira

11.1.1.6.4.1. Seção de Desenvolvimento de Pessoas

11.1.1.6.4.2. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais.

11.1.1.7. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia do Crato

11.1.1.7.1. Centro Técnico

11.1.1.7.2. Seção Administrativo Financeira

11.1.1.8. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Sobral

11.1.1.8.1. Centro Técnico

11.1.1.8.2. Seção Administrativo Financeira

11.1.1.9. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Iguatu

11.1.1.9.1. Centro Técnico

11.1.1.9.2. Seção Administrativo Financeira

11.1.1.10. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Quixadá

11.1.1.10.1. Centro Técnico

11.1.1.10.2. Seção Administrativo Financeira

11.1.1.11. Laboratório Central de Saúde Pública

11.1.1.11.1. Divisão de Coordenação dos Laboratórios Regionais de Saúde Pública

11.1.1.11.1.1. Laboratório Regional de Saúde Pública de Senador Pompeu

11.1.1.11.1.2. Laboratório Regional de Saúde Pública de Tauá

11.1.1.11.1.3. Laboratório Regional de Saúde Pública de Icó

11.1.1.11.1.4. Laboratório Regional de Saúde Pública do Crato

11.1.1.11.1.5. Laboratório Regional de Saúde Pública de Juazeiro do Norte

11.1.1.11.2. Divisão de Biologia Médica

11.1.1.11.2.1. Centro de Análise Clínica

11.1.1.11.3. Divisão de Bromatologia

11.1.1.11.3.1. Centro de Microbiologia e Química

11.1.1.11.4. Divisão Técnica

11.1.1.11.4.1. Centro de Preparação de Reagentes Meios de Cultura

11.1.1.11.4.2. Centro Administrativo Financeiro

11.1.1.12. Instituto de Prevenção do Câncer

11.1.1.12.1. Unidade Médico - Assistencial

11.1.1.12.1.1. Seção de Pacientes Externos

11.1.1.12.1.2. Seção de Anatomia Patológica

11.1.1.12.1.3. Seção de Citopatologia

▪ Seção de Arquivo Médico e Estatística

11.1.1.12.2. Centro Administrativo Financeiro

11.1.1.12.2.1. Seção de Finanças

11.1.1.12.2.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas

11.1.1.12.2.3. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais

11.1.1.13. Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão

11.1.1.13.1. Unidade Médico Assistencial

10.1.1.13.1.1. Seção de Enfermagem

10.1.1.13.1.2. Seção de Arquivo Médico e Estatística

11.1.1.13.2. Centro Administrativo Financeiro

11.1.1.13.2.1. Seção de Desenvolvimento de Pessoas

11.1.1.13.2.2. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais

11.1.1.14. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

11.1.1.14.1. Unidade Técnica

11.1.1.14.2. Centro Administrativo Financeiro

11.1.1.14.3. Secretaria Executiva do Conselho Gestor

11.1.1.15. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental Zé Maria do Tomé.

11.1.1.15.1. Divisão Técnica

11.1.1.15.2. Divisão Administrativa-Financeira.

- Centro de Serviço de Verificação de Óbitos Dr. Rocha Furtado
  - 11.1.1.16.1. Divisão Técnica
    - 11.1.1.161.1. Unidade de Estudos e Pesquisa
    - 11.1.1.16.1.2. Unidade de Análise e Patologia
  - 11.1.1.16.2. Divisão Administrativo Financeira
    - 11.1.1.16.2.1. Unidade de Finanças
- 11.1.1.17. Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher
  - 11.1.1.17.1. Unidade Técnica
    - Seção Administrativo Financeira
- 11.1.1.18. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
  - 11.1.1.18.1. Divisão Técnica
  - 11.1.1.18.2. Divisão Administrativo Financeira
- 11.1.2. Unidades Hospitalares de Referência
  - 11.1.2.1. Hospital Geral de Fortaleza
    - 11.1.2.1.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
    - 11.1.2.1.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
    - 11.1.2.1.3. Divisão de Qualidade
      - 11.2.1.3.1. Setor de Formação de Pessoas
    - 11.1.2.1.4. Diretoria Médico - Assistencial
      - 11.1.2.1.4.1. Setor de Cirurgia Geral
      - 11.1.2.1.4.2. Setor de Neurocirurgia
      - 11.1.2.1.4.3. Setor de Cirurgia Plástica e Reparadora
      - 11.1.2.1.4.4. Setor de Cirurgia Pediátrica
      - 11.1.2.1.4.5. Setor de Otorrinolaringologia
      - 11.1.2.1.4.6. Setor de Oftalmologia
      - 11.1.2.1.4.7. Setor de Urologia
      - 11.1.2.1.4.8. Setor de Ginecologia
      - 11.1.2.1.4.9. Setor de Obstetrícia
      - 11.1.2.1.4.10. Setor de Nefrologia
      - 11.1.2.1.4.11. Setor de Ortopedia
      - 11.1.2.1.4.12. Setor de Endoscopia
      - 11.1.2.1.4.13. Setor de Pediatria
      - 11.1.2.1.4.14. Setor de Neonatologia
      - 11.1.2.1.4.15. Setor de Anestesiologia e Gasoterapia
      - 11.1.2.1.4.16. Setor Ambulatorial

11.1.2.1.4.17. Setor de Clínica Médica

11.1.2.1.4.17.1. Seção de Transplante Renal

11.1.2.1.4.18. Unidade de Emergência

11.1.2.1.4.18.1. Setor de Terapia Intensiva da Emergência

11.1.2.1.5. Diretoria Técnica

11.1.2.1.5.1. Setor de Enfermagem

11.1.2.1.5.2. Setor de Nutrição

11.1.2.1.5.3. Setor de Farmácia

11.1.2.1.5.4. Setor de Serviço Social

11.1.2.1.5.5. Setor de Odontologia

11.1.2.1.5.6. Setor de Fisioterapia

11.1.2.1.5.7. Setor de Arquivo Médico e Estatística

11.1.2.1.5.8. Setor de Anatomia Patológica

11.1.2.1.5.9. Setor de Patologia Clínica

11.1.2.1.5.10. Setor de Imagenologia

11.1.2.1.5.11. Setor de Fonoaudiologia

11.1.2.1.6. Diretoria Administrativo Financeira

11.1.2.1.6.1. Unidade de Desenvolvimento de Pessoas

11.1.2.1.6.2. Unidade de Material e Patrimônio

11.1.2.1.6.2.1. Seção de Almoxarifado

11.1.2.1.6.3. Setor de Manutenção e Reparo

11.1.2.1.6.4. Unidade de Serviços Gerais e Comunicação Administrativa

11.1.2.2. Hospital Professor Frota Pinto –H. de Saúde Mental de Messejana

11.1.2.2.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento

11.1.2.2.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar

11.1.2.2.3. Unidade de Preceptoría de Residência Médica

11.1.2.2.4. Unidade de Internação

11.1.2.2.4.1. Seção de Internação de Pacientes Alcoólicos e de Outras Dependências

11.1.2.2.5. Unidade de Pacientes Externos

11.1.2.2.6. Diretoria Técnica

11.1.2.2.6.1. Centro de Enfermagem

11.1.2.2.6.2. Centro de Farmácia

11.1.2.2.6.3. Centro de Nutrição

11.1.2.2.6.4. Centro de Atendimento Médico -  
Hospitalar

11.1.2.2.7. Diretoria Administrativo Financeira

11.1.2.2.7.1. Seção de Finanças

11.1.2.2.7.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas

11.1.2.2.7.3. Seção de Material e Patrimônio

11.1.2.2.7.4. Seção de Almoxarifado

11.1.2.2.7.5. Seção de Atividades Gerais e  
Comunicação Administrativa

11.1.2.2.7.6. Seção de Lavanderia e Rouparia

11.1.2.2.7.7. Seção de Manutenção e Reparo

11.1.2.2.8. Diretoria Clínica

11.1.2.3. Hospital São José de Doenças Infecciosas

11.1.2.3.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento

11.1.2.3.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar

11.1.2.3.3. Unidade de Preceptoría de Residência Médica

11.1.2.3.4. Diretoria Médica

11.1.2.3.5. Diretoria Técnica

11.1.2.3.5.1. Centro de Patologia Clínica

11.1.2.3.5.2. Centro de Imagenologia

11.1.2.3.5.3. Centro de Farmácia

11.1.2.3.5.4. Centro de Nutrição e Dietética

11.1.2.3.5.5. Centro de Arquivo Médico e Estatística

11.1.2.3.5.6. Centro de Enfermagem

11.1.2.3.5.7. Centro de Assistência Social

11.1.2.3.5.8. Centro de Vigilância Epidemiológica

11.1.2.3.6. Diretoria Administrativo Financeira

11.2.3.6.1. Seção de Finanças

11.2.3.6.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas

11.2.3.6.3. Seção de Material e Patrimônio

11.2.3.6.4. Seção de Atividades Gerais e

## Comunicação Administrativa

### 11.1.2.4. Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

#### 11.1.2.4.1. Unidade de Preceptoría de Residência Médica

#### 11.1.2.4.2. Diretoria Médico Assistencial

##### 11.1.2.4.2.1. Unidade de Métodos Auxiliares Terapêuticos

11.1.2.4.2.1.1. Setor de Fisioterapia e Reabilitação

11.1.2.4.2.1.2. Setor de Patologia Clínica

11.1.2.4.2.1.3. Setor de Radiologia e Ultra sonografia

11.1.2.4.2.1.4. Setor de Terapia Ocupacional

11.1.2.4.2.1.5. Setor de Anestesiologia

##### 11.1.2.4.2.2. Unidade de Emergência

##### 11.1.2.4.2.3. Unidade de Pacientes Externos

##### 11.1.2.4.2.4. Unidade de Cirurgia Cardiovascular

11.1.2.4.2.4.1. Setor de Cirurgia Torácica

##### 11.1.2.4.2.5. Unidade de Cardiologia

11.1.2.4.2.5.1. Setor Coronariano

11.1.2.4.2.5.2. Setor de Terapia Intensiva

11.1.2.4.2.5.3. Setor de Hemodinâmica

11.1.2.4.2.5.4. Setor de Métodos Eletrográficos

##### 11.1.2.4.2.6. Unidade de Pneumologia

11.1.2.4.2.6.1. Setor de Métodos Complementares

##### 11.1.2.4.2.6.2. Setor de Recuperação Intensiva

#### 11.1.2.4.3. Diretoria Técnica

##### 11.1.2.4.3.1. Unidade de Serviço Social

##### 11.1.2.4.3.2. Unidade de Enfermagem

11.1.2.4.3.2.1. Centro de Cardiologia

11.1.2.4.3.2.2. Centro Coronariano

11.1.2.4.3.2.3. Centro de Terapia Intensiva

- 11.1.2.4.3.2.4. Centro de Pacientes Externos
- 11.1.2.4.3.2.5. Centro de Esterilização
- 11.1.2.4.3.2.6. Centro de Cirurgia e Material
- 11.1.2.4.3.2.7. Centro de Pneumologia
- 11.1.2.4.3.2.8. Centro de Emergência
- 11.1.2.4.3.3. Unidade de Farmácia
- 11.1.2.4.3.4. Unidade de Nutrição
- 11.1.2.4.3.5. Unidade de Documentação Científica
- 11.1.2.4.4. Diretoria Administrativo-financeira
  - 11.1.2.4.4.1. Unidade de Finanças
  - 11.1.2.4.4.2. Unidade de Desenvolvimento de Pessoas
  - 11.1.2.4.4.3. Unidade de Material e Patrimônio
    - 11.1.2.4.4.3.1. Seção de Almoxarifado
  - 11.1.2.4.4.4. Setor de Manutenção e Reparo
  - 11.1.2.4.4.5. Unidade de Serviços Gerais e Comunicação Administrativa
    - 11.1.2.4.4.5.1. Seção de Lavanderia e Rouparia
- ▲ Hospital Geral Dr. César Cal's de Oliveira
  - 11.1.2.5.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
  - 11.1.2.5.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
  - 11.1.2.5.3. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Clínica Médica
  - 11.1.2.5.4. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Tocoginecologia
  - 11.1.2.5.5. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Cirurgia
  - 11.1.2.5.6. Diretoria Médica
    - 11.1.2.5.6.1. Centro de Tocoginecologia
    - 11.1.2.5.6.2. Centro de Cirurgia
    - 11.1.2.5.6.3. Centro de Clínica Médica
    - 11.1.2.5.6.4. Centro de Neonatologia
    - 11.1.2.5.6.5. Centro de Terapia Intensiva
    - 11.1.2.5.6.6. Centro de Ambulatório

11.1.2.5.6.7. Centro de Anestesiologia

11.1.2.5.6.8. Centro de Imagenologia

11.1.2.5.7. Diretoria Técnica

11.1.2.5.7.1. Centro de Nutrição e Dietética

11.1.2.5.7.2. Centro de Farmácia

11.1.2.5.7.3. Centro de Arquivo Médico e Estatística

11.1.2.5.7.4. Centro de Assistência Social Médica

11.1.2.5.7.5. Centro de Enfermagem

11.1.2.5.7.6. Centro de Fisioterapia

11.1.2.5.7.7. Centro de Patologia Clínica

11.1.2.5.8. Diretoria Administrativo Financeira

11.1.2.5.8.1. Seção de Finanças

11.1.2.5.8.2. Unidade de Desenvolvimento de  
Pessoas

11.1.2.5.8.3. Seção de Material e Patrimônio

11.1.2.5.8.4. Seção de Serviços Gerais e  
Comunicação Administrativa

11.1.2.5.8.5. Seção de Lavanderia e  
Rouparia

11.1.2.5.8.6. Seção de Manutenção e Reparo

11.1.2.6. Hospital Infantil Dr. Albert Sabin

11.1.2.6.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento

11.1.2.6.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar

11.1.2.6.3. Unidade de Preceptorial de Residência Médica

11.1.2.6.4. Diretoria Médica

11.1.2.6.4.1. Centro de Emergência

11.1.2.6.4.2. Centro de Pacientes de Ambulatório

11.1.2.6.4.3. Centro de Pacientes Internos

11.1.2.6.4.3.1. Seção de Coordenação do  
Internato

11.1.2.6.4.3.2. Seção de Internação A

11.1.2.6.4.3.3. Seção de Internação B

11.1.2.6.4.3.4. Seção de Internação C

11.1.2.6.4.3.5. Seção de Internação D

11.1.2.6.4.3.6. Seção de Internação E

- 11.1.2.6.4.4. Centro de Cirurgia
- 11.1.2.6.4.5. Centro de Anestesiologia
- 11.1.2.6.4.6. Centro de Diagnóstico por Imagem
- 11.1.2.6.4.7. Centro de Hemoterapia e Quimioterapia
- 11.1.2.6.4.8. Centro de Terapia Intensiva Neonatal
- 11.1.2.6.4.9. Centro de Terapia Intensiva Pediátrica
- 11.2.1.2.6.5. Diretoria Técnica
  - 11.1.2.6.5.1. Setor de Enfermagem
  - 11.1.2.6.5.2. Centro de Assistência Social
  - 11.1.2.6.5.3. Centro de Fisioterapia
  - 11.1.2.6.5.4. Centro de Odontologia
  - 11.1.2.6.5.5. Centro de Terapia Ocupacional
  - 11.1.2.6.5.6. Centro de Fonoaudiologia
  - 11.1.2.6.5.7. Centro de Nutrição e Dietética
  - 11.1.2.6.5.8. Centro de Laboratório e Análises Clínicas
  - 11.1.2.6.5.9. Centro de Farmácia
  - 11.1.2.6.5.10. Seção de Arquivo Médico e Estatística
- 11.1.2.6.6. Diretoria Administrativo Financeira
  - 11.1.2.6.6.1. Seção de Finanças
  - 11.1.2.6.6.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
  - 11.1.2.6.6.3. Seção de Material e Patrimônio
  - 11.1.2.6.6.4. Seção de Almoxarifado
  - 11.1.2.6.6.5. Seção de Atividades Gerais e Comunicação Administrativa
  - 11.1.2.6.6.6. Seção de Limpeza e Rouparia
  - 11.1.2.6.6.7. Seção de Manutenção e Reparo
  - ▲ Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar
  - 11.1.2.7.1. Núcleo de Preceptoría de Residência Médica, Estudos e Aperfeiçoamento
- 11.1.2.7.2. Diretoria Médico-Assistencial
  - 11.1.2.7.2.1. Núcleo de Pacientes Internos
    - 11.1.2.7.2.1.1. Divisão de Cirurgia Geral
    - 11.1.2.7.2.1.2. Divisão de Ginecologia e Obstetrícia
    - 11.1.2.7.2.1.3. Divisão de Clínica Médica
    - 11.1.2.7.2.1.4. Divisão de Neonatologia

11.1.2.7.2.2. Núcleo de Pacientes Externos

11.1.2.7.2.2.1. Divisão de Ambulatório

11.1.2.7.3. Diretoria Técnica

11.1.2.7.3.1. Núcleo de Enfermagem

11.1.2.7.3.1.1. Unidade de Controle de Infecção

Hospitalar

11.1.2.7.3.2. Divisão de Serviço Social

11.1.2.7.3.3. Divisão de Fisioterapia

11.1.2.7.3.4. Divisão de Psicologia

11.1.2.7.3.5. Divisão de Farmácia

11.1.2.7.3.6. Divisão de Nutrição e Dietética

11.1.2.7.3.7. Divisão de Arquivo Médico e Estatística

11.1.2.7.3.8. Divisão de Diagnóstico por Imagem

11.1.2.7.3.9. Divisão de Análise Clínicas e Exames

Complementares

11.1.2.7.4. Diretoria Administrativo Financeira

11.1.2.7.4.1. Núcleo de Finanças

11.1.2.7.4.1.1. Unidade de Contas Médicas

11.1.2.7.4.2. Núcleo de Gestão do Trabalho

11.1.2.7.4.2.1. Unidade de Gestão de Pessoas

11.1.2.7.4.3. Núcleo de Material e Patrimônio

11.1.2.7.4.3.1. Unidade de Almoxarifado

11.1.2.7.4.4. Divisão de Suporte Logístico

11.1.2.7.4.4.1. Unidade de Manutenção e Transporte

11.1.2.8. Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara.

– Hospital Regional do Cariri.

– Hospital Regional Norte

11.1.3. Centros de Convivência

11.1.3.1. Centro de Convivência Antônio Justa

11.1.3.1. Seção Técnica

11.1.3.2. Seção Administrativo Financeira

11.1.3.2. Centro de Convivência Antônio Diogo

11.1.3.2.1. Seção Técnica

11.1.3.2.2. Seção Administrativo Financeira

## **V - ÓRGÃO DE EXECUÇÃO INSTRUMENTAL**

12. Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.
  - 12.1. Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
  - 12.2. Núcleo de Desenvolvimento Humano.
  - 12.3. Núcleo de Direitos e Vantagens.
  - 12.4. Núcleo de Cadastro, Pagamento e Benefícios.
  - 12.5. Núcleo de Valorização, Negociação e Educação em Saúde.
13. Coordenadoria Administrativo-Financeira
  - 13.1. Núcleo de Planejamento de Compras.
  - 13.2. Núcleo de Economia da Saúde.
  - 13.3. Núcleo de Execução e Controle Orçamentário.
  - 13.4. Núcleo de Obras e Manutenção.
  - 13.5. Núcleo de Tecnologia da Informação.
14. Unidade de Gerenciamento de Projetos.

## **VI - Órgão Colegiado**

- ✧ Conselho Estadual de Saúde.

## **VII - ENTIDADE VINCULADA**

- ✧ Escola de Saúde Pública

Parágrafo único. Obedecida à legislação própria e os parâmetros estabelecidos neste Decreto, as competências das unidades orgânicas integrantes da estrutura e as atribuições dos cargos de direção de provimento em comissão da Sesa serão fixadas em regulamento, a ser aprovado pelo Chefe do Poder Executivo Estadual, no prazo de 90 (noventa) dias, a partir da publicação deste instrumento.

Art.2º A administração e a operacionalização do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, do Hospital Regional do Cariri e do Hospital Regional Norte estão sob a responsabilidade do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), qualificado como Organização Social, segundo o Decreto nº26.811, de 30 de outubro de 2002 e conforme previsto nos contratos de gestão firmados com o Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria da Saúde (Sesa).

Art.3º Ficam removidos da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde (Sesa), 8 (oito) cargos de provimento em comissão, sendo 1 (um) cargo símbolo DNS-2, 4 (quatro) símbolo DAS-1 e 3 (três) símbolo DAS-2.

Parágrafo único. Os cargos integrantes da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde (Sesa) são os constantes do Anexo Único deste Decreto, com denominações, símbolos e quantificações ali previstas.

Art.4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art.5º Ficam revogadas as disposições em contrário.

## Índice

### **Apresentação**

<b>1. Análise Situacional</b>	<b>10</b>
1.1 Estrutura do Sistema de Saúde	
1.2 Redes de Atenção à Saúde	
1.3 Condições Sócio -Sanitárias	
1.4 Fluxos de Acesso	
1.5 Recursos Financeiros	
1.6 Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde	
1.7 Gestão, Regionalização, Planejamento, Participação e Controle Social, Regulação e Ouvidoria	
1.8 Assistência Farmacêutica	
<b>2. Objetivos e Estratégias priorizadas no Processo de Planejamento Participativo e Regionalizado</b>	<b>124</b>
<b>3. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores</b>	<b>128</b>
3.1 Diretrizes	
3.2 Objetivos	
3.3 Metas e Indicadores	
<b>4. Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios</b>	<b>152</b>
<b>5. Monitoramento e Avaliação</b>	<b>202</b>

## **Apresentação**

O presente Plano Estadual de Saúde, instrumento central de Planejamento para definição e implementação de todas iniciativas no âmbito da saúde, tem por finalidade orientar a gestão do SUS no Estado, no período de 2016-2019.

Elaborado seguindo as bases propositivas de contribuições, contém uma estrutura básica que explicita a análise da situação de saúde da população no estado do Ceará e uma agenda estratégica composta de compromissos e resultados expressos no conjunto das diretrizes, objetivos com suas respectivas metas e indicadores de monitoramento e avaliação.

Reconhecendo a importância de assegurar a participação popular, mencionamos a realização de dois relevantes fóruns da sociedade, sendo eles, a 7ª Conferência Estadual de Saúde, realizada no período de 20 a 22.10.2015 promovida pela Secretaria de Saúde do Estado e coordenada pelo colegiado Conselho Estadual de Saúde, e quatorze Oficinas regionais de planejamento participativo e regionalizado, realizadas no período de 18.06 à 16.07.2015, sob coordenação da Vice-governadoria e Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado que ocorreu sob ampla discussão técnica e política entre suas prioridades e desafios tornando este processo participativo e regionalizado.

Em seguida, foram dados os primeiros passos com a apresentação da metodologia ao Comitê Executivo da SESA, para elaboração, elegendo uma comissão de condução do Plano Estadual de Saúde, cronograma e as etapas de sua montagem, desde a análise da situação de saúde até a formulação das Diretrizes, Objetivos, com suas respectivas metas e indicadores. Mencionamos também, a harmonização do conteúdo, ao consolidado de proposta para o Plano de Governo, contido no documento – Os 7 Cearás.

Para construção dos indicadores de monitoramento e avaliação do Plano, procurou-se manter coerência com as diretrizes nacionais e os compromissos assumidos através dos objetivos e suas respectivas metas. Ademais, a execução desta prática será permeada por eventos, juntamente com as instâncias de gestão e do controle social, almejando alcançar uma cultura institucional de monitoramento e avaliação. Este plano portanto, resulta num instrumento organizado em duas partes, compostas pelo resumo das condições de saúde e agenda estratégica, tendo como referencial as bases propositivas de contribuições ao processo de Planejamento e é base de orientação de gestão, bem como para a execução, o monitoramento e a avaliação da gestão do Sistema de Saúde do Estado do Ceará.

## **Análise Situacional**

## 1. Análise Situacional

### 1.1 Estrutura do Sistema de Saúde:

O Sistema de Saúde do Estado do Ceará tem na sua estrutura 3.793 unidades públicas de saúde, sendo que 12 não são unidades SUS, apresenta um total de 6.607 unidades privadas, sendo que destas 416 são complementares, atendendo pacientes do SUS. No total o Estado do Ceará apresenta 10.400 unidades de saúde, distribuídas nas 05 Macrorregiões de Saúde na forma abaixo.

MACRO-REGIÃO DE SAÚDE	NATUREZA DA UNIDADE						
	PUB_SUS	PUB_NAO	PUB_TOT	PRIV_SUS	PRIV_NAO	PRIV_TOT	TOTAL
<b>Região de Fortaleza</b>							
Fortaleza	315	3	318	95	4818	4913	5231
Caucaia	236	0	236	12	44	56	292
Maracanaú	210	3	213	14	82	96	309
Baturité	124	0	124	6	8	14	138
Itapipoca	144	0	144	17	47	64	208
Cascavel	160	0	160	4	36	40	200
<b>TOTAL</b>	<b>1189</b>	<b>6</b>	<b>1195</b>	<b>148</b>	<b>5035</b>	<b>5183</b>	<b>6378</b>
<b>Região de Sobral</b>							
Sobral	365	0	365	38	151	186	554
Acaraú	128	0	128	5	17	22	150
Tianguá	190	0	190	11	73	84	274
Crateús	185	1	186	11	46	57	243
Camocim	90	0	90	13	8	21	111
<b>TOTAL</b>	<b>958</b>	<b>1</b>	<b>959</b>	<b>78</b>	<b>295</b>	<b>363</b>	<b>1332</b>
<b>Região do Cariri</b>							
Icó	93	0	93	14	19	33	126
Iguatu	194	1	195	12	79	81	244
Brejo Santo	176	1	177	16	59	75	252
Crato	231	0	231	28	144	172	403
Juazeiro do Norte	191	1	192	83	257	421	532
<b>TOTAL</b>	<b>914</b>	<b>3</b>	<b>917</b>	<b>147</b>	<b>563</b>	<b>710</b>	<b>1627</b>
<b>Região Sertão Central</b>							
Quixadá	212	0	164	9	92	101	313
Canindé	97	0	97	5	27	32	129
Tauá	73	1	74	13	13	26	100
<b>TOTAL</b>	<b>382</b>	<b>1</b>	<b>383</b>	<b>27</b>	<b>132</b>	<b>159</b>	<b>542</b>
<b>Região Litoral Leste / Jaguaribe</b>							
Aracati	62	0	62	2	33	35	97
Russas	140	1	141	6	57	63	204
Limoeiro do Norte	136	0	136	8	76	84	220
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>1</b>	<b>339</b>	<b>16</b>	<b>166</b>	<b>182</b>	<b>521</b>

Fonte: CNES/DATASUS

<b>Consolidado do Estado do Ceará - Profissionais</b>							
Profissionais	PUB-SUS	PUB-NAO	PUB-TOT	PRIV-SUS	PRIV-NAO	PRIV-TOT	TOTAL
Membros das Forças Armadas	4	0	4	0	0	0	4
Medicina Clinicas	6.461	2	6.463	1.832	2.476	4.308	10.771
Medicina Cirúrgica	1.327	2	1.329	1.049	1.659	2.708	4.037
Farmaceutico	1.016	10	1.026	237	227	961	1.490
Especialidade SADT	276	0	279	211	286	497	773
Nível Superior Não Médico	57.222	79	57.301	5.892	6.392	12.284	69.585
Direção	782	3	785	170	190	360	1.145
Serviços Administrativos	3.268	14	3.282	486	338	824	41.06
Nível Médio	1	0	1	2	1	3	4
<b>Total</b>	<b>70.357</b>	<b>110</b>	<b>70.467</b>	<b>9.879</b>	<b>11.569</b>	<b>21.448</b>	<b>91.915</b>

Fonte: CNES/DATASUS

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES existem no Estado do Ceara 15.585 especialistas cadastrados, sendo que 69,11% em especialidades clínicas e 25,90% em especialidades cirúrgicas, das especialidades clinicas 59,98% são cadastros em unidades públicas e 40,02% em unidades privadas. Quanto aos cadastros de especialidades cirúrgicas, 25,90% são públicas e 67,1% são cadastros em unidades privados. Considerando a distribuição de especialistas clínicos 76,99% são vinculados a Rede SUS, e para especialistas cirúrgicos 58,85% são vinculados a Rede SUS.

No tocante aos Profissionais de Nível Superior não Médico 82,34% são vinculados a Rede SUS.

<b>Consolidado do Estado do Ceara - Equipamentos</b>							
Tipo de Equipamento	PUB-SUS	PUB-NAO	PUB-TOT	PRIV-SUS	PRIV-NAO	PRIV-TOT	TOTAL
Equipamentos de Diagnostico por Imagem	1.069	6	1.075	607	2.626	3.233	4.308
Equipamentos por Métodos Ópticos	561	0	561	607	929	1.536	2.097
Equipamentos por Métodos Gráficos	521	0	521	272	420	492	1.213
Equipamentos para Manutenção da Vida	12.784	0	12.784	4.759	2.629	8.924	20.172
Equipamentos de Odontologia	9.768	112	9.880	187	9.768	9.955	19.835
Equipamentos de Audiologia	125	0	125	109	151	260	385
Outros Equipamentos	811	0	811	1.378	1.674	3.052	3.863
Equipamentos de Infraestrutura	2.609	3	2.612	1.987	2.543	3.073	4.436
<b>Total</b>	<b>28.248</b>	<b>121</b>	<b>28.369</b>	<b>9.906</b>	<b>20.740</b>	<b>30.646</b>	<b>59.015</b>

Fonte: CNES/DATASUS

Analisando a capacidade instalada estadual considerando os 08 principais grupos de equipamentos utilizados pelo setor saúde temos cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 59.015 equipamentos sendo que 38.154 são cadastrados como equipamentos a serviço do SUS correspondendo a 34,18%, dentre dos equipamentos analisados destacam-se em maior quantidade os de manutenção da vida. Destacando-se ainda os equipamentos Odontológicos com 19.835 e os Equipamentos de Infraestrutura com 3.436.

A definição das políticas públicas tiveram como base a estrutura e a análise do período resultando na implantação e implementação de equipamentos assistenciais de Média e Alta Complexidade , constituídos de policlínicas, CEOs, UPAs, SAMU, Hospitais Regionais, apoio aos Hospitais de Pequeno Porte, Hospitais Pólo, Melhoria da Infra Estrutura das Unidades da SESA, como Hospitais, Ambulatórios, Laboratórios Regionais, Apoio a Assistência Farmacêutica Básica, Secundária e Especializada.

Quanto a ofertas e coberturas de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros da Portaria N° 1101, temos a dizer que selecionamos para análise de cobertura alguns serviços assistenciais, como condição traçadora, a seguir discriminados:

### **Atenção Ambulatorial**

A análise da capacidade instalada para a cobertura de ações e serviços de saúde segue os parâmetros da Portaria N° 1101 de 12.06.2002 e ,que para a população SUS dependente é estimada em 83,42% para o Estado do Ceará. Observa-se que o número de consultas especializadas varia entre 3.126.981 a 4.696.411 consultas confirmando que o acesso é acima do parâmetro da portaria atingindo 2.936.627 consultas especializadas segundo o Sistemas de Informação Ambulatorial realizadas pelos 14.808 especialistas cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Abaixo do parâmetro que é de 14 consultas por hora.

Quanto aos Exames Diagnóstico por Imagem o percentual recomendado é de 5 a 8% do total de consultas especializadas e hoje, no Ceará, a produção atinge valores 3 vezes acima do parâmetro recomendado, segundo dados do SIA/SUS.

No tocante aos exames de Patologia Clinica o parâmetro varia de 30 a 50 do total de consultas, considerando o parâmetro mínimo e máximo de consultas por critério de população SUS dependente, a produção de exames de Patologia Clinicas encontradas no Sistema de Informação Ambulatorial foi de 18.062.454 muito acima do parâmetro recomendado.

## Atenção Hospitalar

O parâmetro da portaria nº 1101 para necessidade de internação segundo critérios populacionais é de 7 a 9% da população. A necessidade de internação para a população SUS dependente apresenta um intervalo entre 498.104 a 640.420 internações por ano segundo o sistema de informação hospitalar, o período analisado apontou 512.135 internações, um pouco acima do parâmetro mínimo esperado.

A necessidade de leitos é de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Para a população SUS dependente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES registro no estado do Ceará apenas 15.425 leitos SUS, resultando muito aquém da necessidade constatando-se a existência de demanda reprimida.

### 1.2 Redes de Atenção à Saúde:

A Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, define Rede de Atenção à Saúde: *“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”*.

As Redes têm por objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde no âmbito do território, para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e a sua implementação visa à construção de sistemas integrados de saúde que se articule em todos os níveis de atenção à saúde, de forma integrada nos serviços de saúde.

O Estado do Ceará elencou como compromisso prioritário a organização das Redes Temáticas: 1- Rede Cegonha - atenção obstétrica e neonatal, hoje denominada de Materno Infantil; 2- Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência; 3- Rede de Atenção às Urgências e Emergências; 4- Rede de Atenção Psicossocial, enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas; 5- Rede de Atenção à Saúde Bucal; 6- Rede de Atenção as Condições Crônicas: câncer (a partir da intervenção no câncer de colo de útero e mama), cardiovascular; e Rede de Atenção Oftalmológica.

## Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil

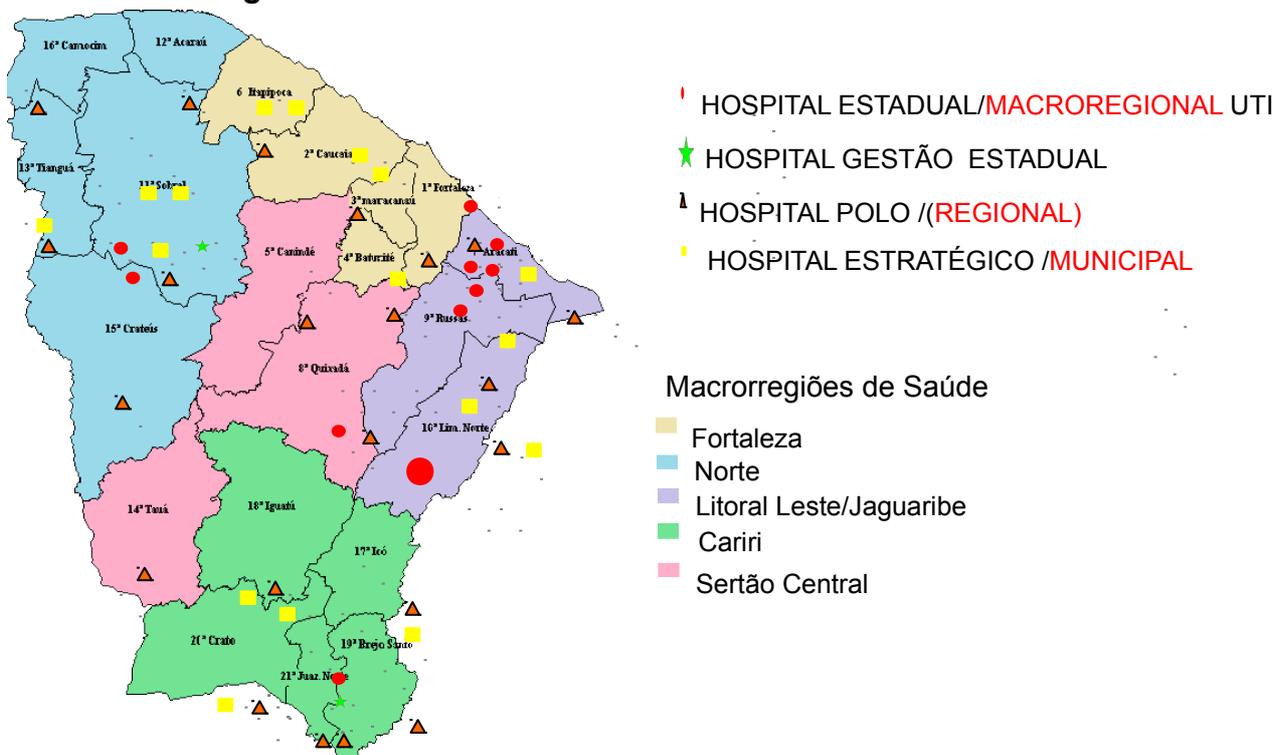
A estimativa de gestantes no estado do Ceará para o ano 2016 é de 142.535 gestantes, das quais 70% de risco habitual e 30% de risco intermediário e alto risco. Ressalta-se que 87% do total de gestantes do estado são dependentes do SUS (SINASC/ANS).

O Plano Estadual da Rede Cegonha Ceará se consolidou em 2012 por um processo de construção coletiva em dezessete (17) Redes compostas por vinte e duas (22) Regiões do Estado e deliberado pela Comissão Intergestora Bipartite do Estado do Ceará Nº 18 de 03/02/2012. Entretanto no ano de 2015, verificou-se que as mesmas não implementaram os pontos de atenção terciária. Em decorrência da não habilitação desses pontos, identificou-se a necessidade da repactuação dessas redes na lógica da Macrorregionalização, cujo novo desenho esta em fase de construção. A Rede Cegonha hoje é denominada de Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil.

## Organização da Rede

A organização macrorregional tem por finalidade: articular e integrar os equipamentos de saúde com objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários do SUS, de forma ágil e oportuna.

## Repactuação Rede Materno Infantil/Atenção Hospitalar na Rede Materno Infantil/Macrorregionais



## **COMPONENTES da Rede de Atenção à Saúde 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 nos 184 municípios
- ✦ Garantir acesso ao pré-natal de risco intermediário nos 184 municípios
- ✦ Garantir acesso ao pré-natal de gestantes de alto risco nas 22 Regiões de Saúde.
- ✦ As principais ações definidas nesse componente foram: Implantação do projeto QualificaAPSUS nos municípios que se habilitarem; Elaboração e 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; Elaboração/ Padronização de Protocolos de Atenção ao Pré- Natal de Risco Habitual , Intermediário e de Alto Risco.

### **COMPONENTE II - Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento**

Compromisso: Do total de 184 municípios, 163 (88,6%) assumiram responsabilidades de realizar parto e 21 (11,4%) Municípios de não realizam partos. Em face de constatarmos que muitos municípios que pactuaram realizar o parto de risco habitual não cumprirem com essa pactuação, identificou-se a necessidade de implementação de uma nova política de atenção hospitalar.

A nova Política Estadual de Atenção Hospitalar em Obstetrícia prevê a reorganização da 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, risco intermediário e alto risco de forma articulada com a atenção básica, Policlínicas e demais estabelecimentos por meio das centrais de regulação.

Os principais pontos propostos da política abordados pela Coordenadoria de Políticas de Atenção a Saúde- COPAS contemplam:

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

- ⤴ Reclassificação dos Hospitais;
- ⤴ 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)
- ⤴ Contratualizar os hospitais para a vinculação do parto, de acordo com a tipologia estabelecida pela SESA;
- ⤴ Implantar Incentivo da Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto;
- ⤴ Responsabilidades de cada esfera de gestão (estadual e municipal).

### Recursos Orçamentários

#### Plano de Ação Rede Cegonha – Ceará – Recursos Repassados MS

Rede Cegonha – ESTADO CE	Físico	Financeiro	Gestão
CENTRO DE PARTO NORMAL - CPN	<u>5</u>	2.880.000,00	Municipal
LEITOS GAR (QUALIFICADO)	<u>203</u>	13.855.765,00	Municipal
UTI ADULTO II (QUALIFICADO)	<u>96</u>	10.131.886,08	Municipal
UTIN II (NOVO)	<u>11</u>	2.890.800,00	Municipal
UTIN II (QUALIFICADO)	<u>117</u>	12.348.236,16	Municipal
UCINCO (NOVO)	<u>4</u>	367.920,00	Municipal
UCINCO (QUALIFICADO)	<u>156</u>	14.348.880,00	Municipal
UCINCA	<u>9</u>	443.475,00	Municipal
Total dos Recursos dos Planos da Rede: Rede Cegonha		<u>57.266.962,24</u>	

Fonte: SISMAC / Março 2016

### Atenção à Gestante de Risco e Alto Risco ( Hospital Estadual e Macrorregional )

Nº	UNIDADES HOSPITALARES	Nº LEITOS OBSTETRÍCIA Risco intermediário e alto risco	UTI NEONATAL -TIPO II	UTI ADULTO
1	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	76	21	7
2	Hospital Geral de Fortaleza - HGF	27	30	36
3	Hospital Geral Dr. Cesar Cal's - HGCC	109	20	12
4	Hospital Cura Dar's	46	14	6
5	Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana.	53	10	-
6	Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	-	07	21
7	Hospital Jose Martiniano de Alencar	19	-	-
8	Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumma (Hospital da Mulher)	30	10	10
9	Quixadá- Hospital e Maternidade Jesus Maria José	31	10	-
10	Sobral- Santa Casa de Sobral	35	15	19
11	Sobral- Hospital Regional Norte	47	10	20
12	Juazeiro do Norte- Hosp. Maternidade São Lucas	41	10	-
13	Barbalha - Hosp. Maternidade São Vicente de Paulo	34	10	8
14	Hospital Geral de Brejo Santo	14	-	-
<b>Total</b>		<b>562</b>	<b>157</b>	<b>129</b>

### 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.

✎ O transporte está assegurado para as gestantes de alto risco dos municípios das

Regiões Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Cascavel, Baturité, Aracati, Itapipoca, Russas, Limoeiro do Norte, Canindé, Quixadá, Iguatu, Icó, Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo e o município de Sobral cobertos pelo SAMU 192.

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

### **Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência**

Em 2012-2013 foi elaborado um Plano Estadual da Rede de Pessoas com Deficiência, com uma proposta de 16 (dezesesseis) redes para o Estado, visando garantir uma atenção integral às pessoas com deficiência: física, visual, auditiva, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências, temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

### **Redes Propostas no Plano**

1.Fortaleza - Cascavel	2.Maracanaú - Baturité	3.Canindé – Tauá	4.Itapipoca
5.Quixadá	6.Caucaia	7.Tianguá	8.Acaraú
9.Sobral	10.Russas – Aracati - Limoeiro do Norte	11.Crateús	12.Camocim
13.Juazeiro do Norte	14.Iguatu - Icó	15.Crato	16.Brejo Santo

### **Critérios utilizados para a localização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)**

- ⤴ 1 - Ser município sede de região de Saúde
- ⤴ 2 - Ter população residente igual ou maior que 40 mil habitantes
- ⤴ Das 16 Redes propostas o Ministério da Saúde apenas repassou recursos para os municípios de:
  - ⤴ Juazeiro do Norte, Russas e Tauá - 10% para construção de Centros de Reabilitação.
  - ⤴ Fortaleza - 30% para construção de 2 Centros de Reabilitação e uma Oficina Ortopédica.
  - ⤴ Eusébio - 90% para construção do Centro de Reabilitação

## **Situação Atual**

- ⤴ Das 16 Redes propostas foram habilitados os seguintes Centros Especializados em Reabilitação (CER):
- ⤴ Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade de Fortaleza- NAMI – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
- ⤴ Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce - NUTEP
- ⤴ Centros Especializados em Reabilitação (CER) em Sobral

Em virtude da não concretização das obras de construção dos CER propostos no Plano Estadual da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, alguns municípios manifestaram a intenção de habilitar os serviços existentes, para CER II e III a fim de receberem do Ministério da Saúde os recursos de custeio previstos na portaria nº 835 de 25 de abril de 2012.

Relação dos municípios que pleitearam habilitação: Limoeiro do Norte, Iguatu, Itapipoca, Maracanaú, Canindé, Crateús, Russas, Tianguá, Crato, Baturité e Quixadá.

## **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se configura pelos seguintes componentes: promoção, prevenção e atenção básica (atendimento de pequenas urgências), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), os serviços de média e alta complexidade dos Hospitais da Rede Hospitalar e Atenção Domiciliar.

Dentro do componente hospitalar são trabalhados: porta de entrada, leitos de retaguarda, leitos de terapia intensiva, linhas de cuidado de Trauma, IAM e AVC, e unidades de cuidados prolongados.

## **Promoção e Prevenção**

As ações de promoção e prevenção serão fortalecidas com intuito de reduzir os agravos à saúde em urgência e emergência, nos níveis de baixa, média e alta complexidade, bem como, a morbimortalidade em casos de acidentes de trânsito e violências no Estado do Ceará.

## **Linhas de Cuidados Priorizadas**

A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde. O aumento do número de acidentes, da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população. O Estado do Ceará, seguindo a orientação nacional, e de acordo com a sua epidemiologia, escolheu as três linhas de cuidado prioritárias: Trauma, Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e Acidente Vascular Cerebral - AVC.

O desenho da RUE, no Estado do Ceará, deverá assegurar, em todos os polos macrorregionais, a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, respaldando a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências: clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes), buscando garantir a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde, bem como, humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.

A RUE com a finalidade de avaliar a necessidade de transferência ou não para os hospitais de referência, principalmente para os casos das linhas de cuidado do trauma (avaliação de TCE) e do AVC, deverão estar disponíveis (24h) tomógrafos para atendimento a rede de urgências, com digitalização de imagens e envio para unidades de perfil terciário.

## **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**

O SAMU Ceará é um serviço em reestruturação, a partir do desenho da RUE, com bases descentralizadas fundamentada em indicadores, de modo a adequar o atendimento à população do Estado do Ceará de forma equânime, em comunicação com a regulação (CRESUS), incluindo a proposta de expansão para a macrorregião de Sobral.

## **Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)**

Caracterizam-se como estabelecimentos de Saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar que funcionam 24 horas, articulando-se com a Atenção Básica, SAMU 192, unidades

hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico.

### **Atribuições**

- ✦ Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;
- ✦ Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- ✦ 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 e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- ✦ Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- ✦ Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- ✦ Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- ✦ Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- ✦ Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- ✦ Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- ✦ Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação;
- ✦ Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- ✦ Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de

saúde individual e coletivo;

- ⤴ Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade.

### **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/gravés, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observada 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;
- ⤴ II- Funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.
- ⤴ Estão em funcionamento as SE de: Milhã, Deputado Irapuan Pinheiro, Chaval, Beberibe, Solonópole, Pedra Branca, Barreira, Mombaça, Várzea Alegre, Aratuba e Chorozinho.

### **Atenção Domiciliar**

A atenção domiciliar é considerada a forma mais rápida e custo-efetiva de “ampliação de leitos”. A Assistência Domiciliar demanda uma logística de atenção que envolve múltiplas atividades profissionais, bem como um suporte de gerenciamento das intercorrências e emergências vinte e quatro horas do dia e, a necessidade de estar integrada a uma instituição hospitalar que garanta o direito à internação quando se tornar necessário.

### **Componente Hospitalar**

Atualmente 11 Hospitais já recebem recursos de custeio para Porta de Entrada da RUE, os demais estão em análise de Projetos no Ministério da Saúde.

Ações de fortalecimento as linhas de cuidados prioritários Trauma, IAM e AVC estão sendo realizados na atualização dos Planos da Rede de Urgência e em novos Projetos desenvolvidos.

## **II – Pontos de Atenção na Rede Especializada**

- ⤴ Unidade Básica de Saúde – UBS
- ⤴ UBS – SAÚDE BUCAL
- ⤴ NASF
- ⤴ CEO – Centro Especializado em Odontologia
- ⤴ CER II – Centro Especializado em Reabilitação - 2 tipos de deficiência
- ⤴ CER III – Centro Especializado em Reabilitação - 3 tipos de deficiência
- ⤴ CER IV – Centro Especializado em Reabilitação - 4 ou + tipos de deficiências
- ⤴ Policlínicas Regionais tipo 1 e 2
- ⤴ Oficina Ortopédica

## **III – Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência**

### **Emergência Ambulatorial / Pontos de Atenção**

- ⤴ UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- ⤴ SAMU – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

### **Atenção Hospitalar**

- ⤴ Hospitais Porta de Entrada da Rede das Urgências
- ⤴ Hospitais com leitos Longa Permanência da Rede de Urgências.

### **Rede de Atenção Psicossocial**

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei Federal 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que tem a comunidade oferece.

O Plano Estadual de Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS para o período 2013 – 2016 é o resultado de um esforço coletivo de gestores e técnicos de todos os níveis da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Representa o compromisso da gestão estadual com a saúde mental dos cearenses, em consonância com as diretrizes do SUS e normatizações do Ministério da Saúde que, através da Portaria GM 3088/2011 institui a RAPS.

### **A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos gerais:**

- ⤴ Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- ⤴ Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- ⤴ Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no

território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidade Básica de Saúde,</li><li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família,</li><li>• Consultório na Rua,</li><li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</li><li>• Centros de Convivência e Cultura</li></ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</li></ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SAMU 192,</li><li>• Sala de Estabilização,</li><li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde</li></ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidade de Acolhimento</li><li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial</li></ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral</li><li>• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li></ul>
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serviços Residenciais Terapêuticos</li><li>• Programa de Volta para Casa</li></ul>
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,</li><li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li></ul>

**A RAPS é constituída pelos seguintes componentes:**

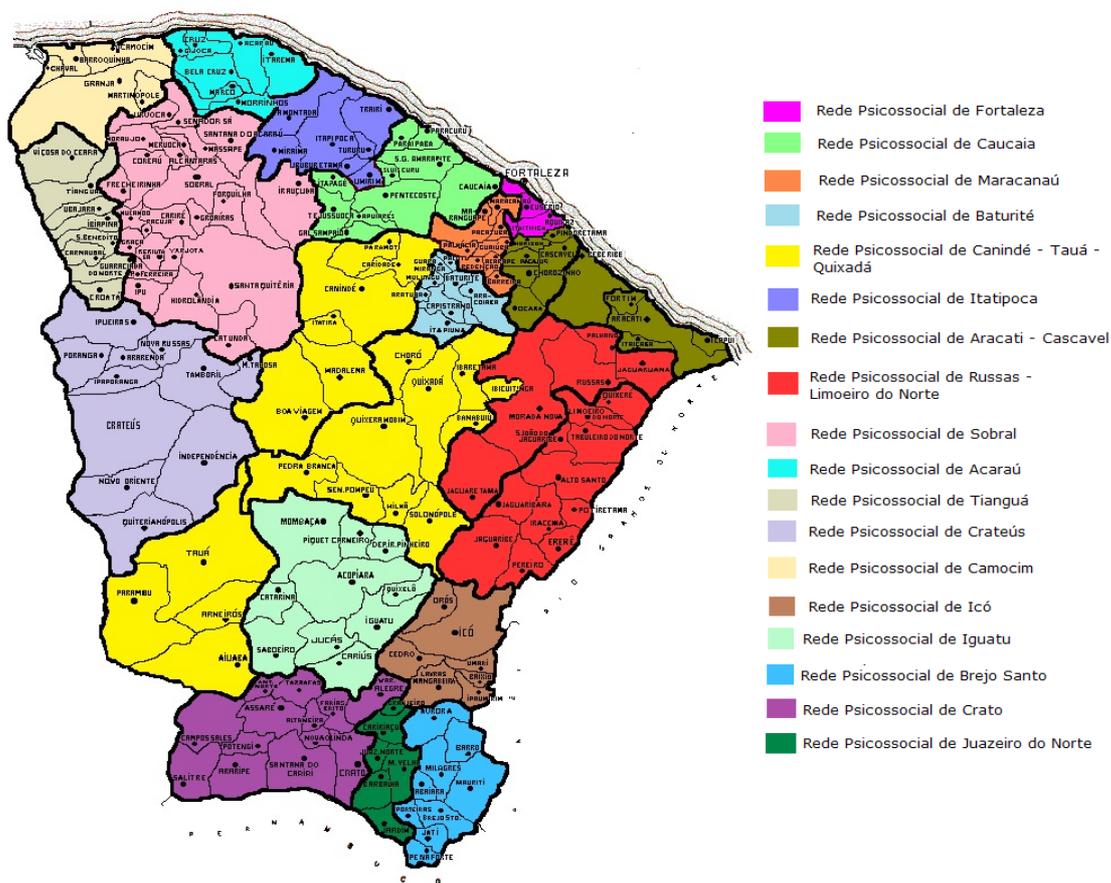
O processo de construção das Redes no Estado ocorreu em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES e municípios, em reuniões e discussões sobre levantamento/reconhecimento de serviços existentes e coberturas necessárias, pactuações intergestores, em um processo de articulação democrático que resultou neste produto e representa um compromisso coletivo para melhorar o acesso da população aos

serviços de saúde mental.

Desta forma foram pactuadas 18 Redes de Atenção Psicossocial em suas bases regionais e realizado as devidas homologações dos Planos de Ação Regionais em 03 reuniões da Comissão Intergestores Bipartite-CIB-CE em maio, julho e agosto de 2013, respectivamente.

Diante do exposto pretende-se fazer com que o desenho planejado no período acima descrito seja executado ao longo deste quadriênio, de forma a possibilitar e estruturar pontos de atenção resolutivos às necessidades locais da população, garantindo a integralidade do cuidado de forma articulada com as demais redes e descentralizada.

## Rede de



## Atenção à Saúde Bucal

A atenção integral em Saúde Bucal se desenvolve em todos os pontos da rede de atenção do SUS, desde a atenção primária, incluindo as equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família, até os serviços de média complexidade desenvolvidos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) e alta complexidade.

Está sendo implementada a atenção terciária/hospitalar odontológica. O objetivo é oferecer serviços relacionados à Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial (CTBMF) e para

pacientes com necessidades especiais que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar. Além disso, apoiamos a referência a partir dos CEO's de pacientes com Câncer de Boca para estabelecimentos com serviços de cabeça e pescoço e oncologia.

Existem atualmente 1611(Hum mil seiscentas e onze) Equipes de Saúde Bucal, sendo 1473(Hum mil quatrocentas e setenta três) na Modalidade I e 138(centro e trinta oito) na Modalidade II. A Rede de Atenção à Saúde Bucal do Estado é composta 88(oitenta oito) Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's). Desses 63(sessenta três) são de gestão municipal, 22(vinte dois) de gestão estadual gerenciados diretamente pelos Consórcios Públicos de Saúde e 3(três) de gerência estadual e gestão municipal localizados no município de Fortaleza.

CEOS em funcionamento:

Gestão Municipal	63 (sessenta três) CEOs Gestão Consorciada	
Gestão Estadual Direta	63 (sessenta três) CEOs Gestão Consorciada	
CEO-R Centro (Fortaleza)	CEO-R Caucaia	CEO-R Acaraú
CEO-R Rodolfo Teófilo (Fortaleza)	CEO-R S. Gonçalo do Amarante	CEO-R Ubajara
CEO-R Joaquim Távora (Fortaleza)	CEO-R Maracanaú	CEO-R Tauá
	CEO-R Baturité	CEO-R Crateús
	CEO-R Canindé	CEO-R Camocim
	CEO-R Itapipoca	CEO-R Icó
	CEO-R Aracati	CEO-R Iguatu
	CEO-R Quixeramobim	CEO-R Brejo Santo
	CEO-R Russas	CEO-R Crato
	CEO-R Limoeiro do Norte	CEO-R Juazeiro do Norte
	CEO-R Sobral	CEO-R Cascavel

## Rede de Atenção às Condições Crônicas

A ascensão das condições crônicas demanda do sistema de saúde 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, esta sendo criadas 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.

As doenças crônicas, segundo a [Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014](#), são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

Atualmente, por serem epidemiologicamente mais relevantes, as ações estão focadas em

dois grupos de doenças:

- ✦ Doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*) e; Câncer.

O Grupo Conductor da Rede de Atenção às Condições Crônicas tem por competência coordenar os processos de elaboração do diagnóstico situacional e propor o desenho da rede, com o objetivo de assegurar no local, regional e macrorregional a integralidade e a equidade no acesso às ações e serviços de saúde; Estabelecer critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que visem garantir à população usuária do SUS, qualidade de serviço mais próximo a sua residência; Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, dentre outros.

### **Neoplasias**

Em todo o mundo, as neoplasias ganham importância como agravo à saúde, ocupando o primeiro lugar entre as causas de mortalidade em algumas regiões do planeta (GLOBOCAN-2006). No Brasil, já ocupam o segundo lugar, perdendo apenas para as cardiopatias. Neste início de século, as doenças degenerativas passam a ocupar a posição que as doenças infecciosas detinham no início do século XX. Este fato se explica por alguns fatores como: a melhora da nutrição, a descoberta das vacinas, o saneamento das comunidades e o emprego de antibióticos, que levaram ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, a maior exposição aos fatores de risco dos cânceres. Nos últimos 75 anos, dobramos a expectativa de vida no Brasil. No Ceará, ela está por volta de 68 anos (IBGE).

A longevidade associada à exposição a fatores de risco como o sol, o tabagismo, o alcoolismo, a paridade tardia, a oligoparidade, a reposição hormonal e hábitos alimentares nocivos, têm levado ao incremento de neoplasias da próstata, da mama, da pele, das vias respiratórias, do aparelho digestivo, fazendo com que esses agravos sejam hoje a segunda causa de mortalidade em nosso Estado. Ressalta-se ainda a diminuição da mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias e pela desnutrição, o que acarretou numa maior incidência de tumores na infância.

Em relação a outras neoplasias, observa-se hoje que o câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres (60 por 100.000 habitantes/ano), sendo Fortaleza a capital nordestina com maior incidência. O câncer de próstata aumentou significativamente sua incidência e mortalidade, sendo hoje o principal problema oncológico da população masculina cearense.

Paralelamente, o câncer gástrico que, mesmo seguindo a tendência mundial de decréscimo de incidência, persiste como importante causa de mortalidade nos dois sexos principalmente pela dificuldade de acesso aos meios diagnósticos dos indivíduos sintomáticos, levando a uma ínfima curabilidade da doença. As neoplasias associadas ao tabagismo, também são outro grave problema dividindo com as neoplasias da próstata a principal causa de mortalidade.

Em relação ao tabagismo, a Secretaria de Saúde do Estado desenvolve campanhas educativas observando-se diminuição deste vício na população mais esclarecida, havendo, entretanto, uma alta prevalência de fumantes entre os jovens das escolas publica.

Em relação ao câncer de pele, sua incidência segue tendência mundial: é a neoplasia mais comum em nosso Estado. Dado a sua visibilidade externa, seu diagnóstico é mais facilmente realizado com alto índice de curabilidade. Cite-se, porém, o significativo contingente de população de pele clara residente em nosso Estado.

### **Hipertensão e Diabetes Mellitus (DM)**

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são condições crônicas prevalentes, que por desenvolverem complicações a medida que a doença evolui, os fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares. A organização da atenção e do plano terapêutico adequado realizado por uma equipe multiprofissional associada a prática do autocuidado efetiva para o controle e a redução das complicações, resultando na melhoria da qualidade de vida.

A HAS configura-se como a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência no Brasil. A importância desta decorre das elevadas prevalências, assim como das complicações agudas e crônicas que originam, implicando altas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos advindo da utilização de serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e diminuendo da capacidade para o trabalho.

Considerando-se o que foi preconizado pela OMS e pelo plano brasileiro, foram definidos quatro grupos de causas de DCNT como prioridades de atuação: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, neoplasias e diabetes mellitus (BRASIL, 2012; MALTA; JÚNIOR, 2014).

As DCNT em 1997 representavam aproximadamente um terço (32,0%) do total de óbitos no Estado, enquanto para o ano de 2011 essa proporção se encontra mais elevada, ultrapassando a metade de todos os óbitos (51,4%), significando um acréscimo de 60,6% no período. Dentre as DCNT de maior aumento no período destacam-se diabetes mellitus com elevação de 55,9%, seguido da DPOC com 48,1%, enquanto as doenças do aparelho circulatório e neoplasias

observou-se decréscimo de 6,7 e 1,0%.

Quando se analisa as taxas de mortalidade por causas específicas, das DCNT, observa-se um comportamento crescente em todas elas, destacando-se as doenças cerebrovasculares como as de maiores taxas de mortalidade, passando de 34,2/100.000hab em 1997 para 53,6/100.000hab em 2010. Houve um aumento importante das Doenças Hipertensivas (471,2%) passando de 5,2 para 27,9 por 100.000hab, do Diabetes Mellitus (211,2%) passando de 9,8 para 30,5 por 100.000hab, e das Doenças Isquêmicas do Coração (105,6%), passando de 21,5 para 44,2 por 100.000hab; considerando o período de 1997 e 2011. Quando avaliada a mortalidade proporcional específica das DCNT, percebe-se maior magnitude das doenças cardiovasculares, com mais de 40%, nos anos avaliados. Destaca-se um aumento da mortalidade por diabetes mellitus no período, de 7% para 11%, correspondendo a aumento de 57,1%.

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

- ✦ Assegurar a atenção e cuidados integrais s pessoas com HAS do Estado do Ceará; Garantir o acesso as pessoas com HAS nas rede de atenção atenção à saúde primária no Estado do Ceará;
- ✦ Contribuir com a Educação Permanente de profissionais na gestão e atenção às pessoas com HAS;
- ✦ Minimizar as variabilidades de condutas na prática clínica na gestão e atenção às pessoas com HAS;
- ✦ Propiciar o acompanhamento adequado aos pacientes, de acordo com a classificação de risco e parametrização dos cuidados com a participação de uma equipe multiprofissional;
- ✦ Fortalecer as ações no plano terapêutico, no tocante a classificação de risco, ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento;
- ✦ Apoiar a implantação e ou implementação das ações de educação em saúde sistematicamente;
- ✦ Fazer cumprir o calendário de atendimento das pessoas com HAS pelos profissionais, conforme proposto nestas diretrizes;
- ✦ 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;
- ✦ Fortalecer ações de regulação, controle e avaliação na linha de cuidado da hipertensão arterial.

O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Condições Crônicas tem por competência coordenar os processos de elaboração do diagnostico situacional e propor o desenho da rede, com o objetivo de assegurar no local, regional e macrorregional a

integralidade e a equidade no acesso às ações e serviços de saúde; Estabelecer critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que visem garantir à população usuária do SUS, qualidade de serviço mais próximo a sua residência; Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, dentre outros.

### **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, permitindo:

- ⤴ I - Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- ⤴ II - Organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;
- ⤴ III - Identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- ⤴ IV - Definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica;
- ⤴ V - Ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia;
- ⤴ VI - Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas;
- ⤴ VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais,

implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

- ⤴ VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.
- ⤴ Que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, seja instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:
  - ⤴ I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;
  - ⤴ II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade;
  - ⤴ III - A organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;
  - ⤴ IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e do Plano de Desenvolvimento Regional do Estado do Ceará.
  - ⤴ V - Regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do

Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica;

- ⤴ VI - A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo;
- ⤴ VII - Sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;
- ⤴ VIII - Protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação;
- ⤴ IX - Capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;
- ⤴ X - Acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS.

**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.

Entende-se por **Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia** aquela unidade ambulatorial ou hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção especializada a portadores de doenças oftalmológicas que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados.

Entende-se por **Centro de Referência em Oftalmologia** aquela Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao respectivo Gestor do SUS nas políticas de atenção das doenças oftalmológicas e que cumpra os critérios de:

- ⤴ I - Ser Hospital de Ensino;
- ⤴ II - Ser, preferencialmente, hospital público;
- ⤴ III - Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;
- ⤴ IV - Possuir adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- ⤴ V - Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- ⤴ VI - Participar nos processos de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

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 perpassa 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.

**Na Atenção Básica** deverão ser realizadas ações de promoção e prevenção em oftalmologia que permitam a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos, sendo desenvolvidas como segue:

- ⤴ I - Ações educativas;
- ⤴ II - Teste de acuidade visual;
- ⤴ III - Consultas médicas;
- ⤴ IV - Consultas de enfermagem;
- ⤴ V - Ações preventivas e de investigação diagnóstica relacionadas às comorbidades, tais como diabetes e hipertensão, e que precederão o atendimento especializado em oftalmologia;

- ✦ VI - Acompanhamento dos usuários contra-referenciados pelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia.

**Na Atenção Especializada** deverão realizar, obrigatoriamente:

- ✦ I - Consulta Oftalmológica com avaliação clínica que consiste em: anamnese, aferição de acuidade visual, refração dinâmica e/ou estática, biomicroscopia do segmento anterior, exame de fundo de olho, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica.
- ✦ II - Procedimentos de diagnose, terapia e acompanhamento da patologia oftalmológica identificada.
- ✦ III - Seguimento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico para os procedimentos cirúrgicos, incluindo os procedimentos de diagnose e terapia complementares.
- ✦ IV - Atendimento das complicações que advierem do tratamento cirúrgico realizado;
- ✦ V - Os procedimentos de diagnose, terapia e cirúrgicos, contidos nos anexos desta Portaria, compatíveis com o tipo de assistência especializada ao qual se credenciar/habilitar.

E deverão oferecer, obrigatoriamente, os procedimentos de Assistência Especializada em **Conjuntiva, Córnea, Câmara Anterior, Íris, Corpo Ciliar e Cristalino** e, no mínimo, mais um (01) dos seguintes grupos de Assistência Especializada, garantindo a integralidade da atenção:

- ✦ I - Assistência Especializada em Pálpebras, Vias Lacrimais;
- ✦ II - Assistência Especializada em Músculos Oculomotores;
- ✦ III - Assistência Especializada em Corpo Vítreo, Retina, Coróide e Esclera;
- ✦ IV - Assistência Especializada em Cavidade Orbitária e Globo Ocular.

**As Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia, de Alta Complexidade** deverão oferecer :

- ✦ I Atendimento de Urgência e Emergência em regime de 24 horas, de acordo com a necessidade local e ou regional;
- ✦ II Atendimento ao paciente portador de glaucoma, conforme anexo IV, desta Portaria;
- ✦ III Atendimento em reabilitação visual, na própria unidade de atenção ou referenciar a serviços que realizem este atendimento - tratamento e reabilitação visual para

indivíduos com baixa visão e cegueira que consiste na avaliação clínica, avaliação funcional, prescrição de recursos ópticos e não ópticos e demais ajudas técnicas que venham a ser regulamentadas.

Deverão prestar assistência em uma ou mais das áreas a seguir:

- ✦ I Assistência Especializada em Transplantes Oftalmológicos;
- ✦ II - Assistência Especializada em Tumores Oftalmológicos;
- ✦ III - Assistência Especializada em Reconstrução de Cavidade Orbitária.

No **Centro de Referência em Oftalmologia** :

Deverá realizar os procedimentos na:

- ✦ I - Totalidade das ações previstas nas Unidades de Atenção Especializadas de Média e Alta Complexidade
- ✦ II- Oferecer atenção especializada e integral aos pacientes portadores de **Retinopatia da Prematuridade**, atuando nas mais variadas modalidades assistenciais.
- ✦ Os Serviços ao realizarem **cirurgias de catarata** com a utilização da técnica de facoemulsificação, deverão, adotar medidas com a Tabela do SUS como:

a) Procedimento: 04.05.05.011-9 - Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-Ocular Rígida;

b) Procedimento: 04.05.05.037-2.- Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável.

c) Prover Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS em Oftalmologia.

d) Elaboração de diretrizes para tratamento e reabilitação das Pessoas com Deficiência Visual (baixa visão e cegueira) .

Que realizem assistência aos **portadores de glaucoma** adotando as seguintes providências:

- ✦ I - Exigir das Unidades/Centros habilitados a adoção e cumprimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção ao Portador de Glaucoma;
- ✦ II - Exigir das Unidades/Centros habilitados que estas adquiram e procedam a adequada dispensação dos medicamentos antiglaucomatosos;
- ✦ III - Os procedimentos referentes aos medicamentos utilizados no tratamento de paciente portador de glaucoma e o acompanhamento destes, devem ser apresentados como procedimentos secundários no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA;

- ▲ IV - No processo de avaliação pelo Gestor deverá ser levado em conta que, em média, **70%** de pacientes com glaucoma são tratados com medicamentos de **1º** Linha, 10 % com de 2º Linha, 10% com de 3º Linha e 10% com associações medicamentosas;

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 – 2014**

1. Portaria SAS nº 957 de 15/05/2008 que regulamenta a implementação da Política Nacional de atenção em Oftalmologia e define normas para a organização e funcionamento de Redes Estaduais de Atenção em Oftalmologia e Alta Complexidade
2. Portaria SAS nº 288 de 19/05/2008, habilita os estabelecimentos de Saúde da Rede de Atenção em Oftalmologia do Ceará.

**Atenção Primária – UBSF** irão desenvolver 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.

Macro	Microrregião de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea	Nível de Complexidade
1ªFortaleza	1ª Fortaleza	1. Fortaleza	2497654	1. Hospital Geral de Fortaleza- HGF	081/2014	256/2012	X	Centro de Referência Estadual/Alta Complexidade
			2561492	2. Hospital Universitário Walter Cantídio	090/2014	256/2012	X	Alta Complexidade
			2561239	3. Clínica de Oftalmologia Hyder Carneiro LTDA	084/2014		X	
			3051803	4. Centro Cearense de Oftalmologia-CCO	-	256/2012	X	
			2480565	5. Sociedade de Assistência aos Cegos(Instituto dos Cegos)	089/2014	256/2012	X	
			2480638	6. Hospital de Olhos Leiria de Andrade	083/2014		X	
			2561484	7. Clínica Neusa Rocha	087/2014	256/2012	X	
			3232891	8. Centro Avançado de Retina e Catarata	085/2014		X	
			2482258	9. Clínica Dr. José Nilson-Oftalmoclinica	078/2014		X	
			2562480	10. Centro de Oftalmologia S/C LTDA OFTALMED			X	
			2562472	11. Prontoclinica de Fortaleza	088/2014		X	
			5121957	12. Clínica de Olhos Oftalmolaser	086/2014	256/2012		
			3030849	13. Instituto de Oftalmologia e Otorrinaringologia de Fortaleza-IOF			X	
			3270815	14. Serviço Especializada em Oftalmologia do Ceará -SEOCE				
			2651394	15. Irmandade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	077/2014			

Continuação...

Macro	Microrregião de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Glaucoma Res.CIB/C E	Transplante Córnea	Nível de Complexidade	
1ªFortaleza	1ª Fortaleza	1. Fortaleza	2482479	16. Policlínica da Lagoa Clínica de Olhos Almino Lima LTDA				Média Complexidade	
			3295311	17. Centro Médico Oftalmológico – CEMOF *			X		
			2785889	18. FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa	082/2014				
			2616734	19. Instituto de Oftalmologia de Parangaba-IOP		Desativado			
			2529300	20. Clínica Cearense de Oftalmologia-CCO					
			6655947	21. Instituto de Olhos do Ceará – IOCE *	076/2014	114/2015			
			3488578	22. Bioclínica Especialidades Médicas	080/2014	256/2012			
			2529335	23. Clínica Oftalmológica de Fortaleza-COF					
	2ª Caucaia	2ª Caucaia		2561697	24. Fundação São Judas Tadeu				Alta Complexidade
				6274110	25. Clínica de Atendimento Especializado de Caucaia				
				8014825	26. Policlínica de Caucaia		X		
				7544952	27. Centro de Referência à Saúde do Homem	41/2014			
		3ª Itapajé	2589171	28.FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa – M <sup>a</sup> Ione Xerez Vasconcelos					Média Complexidade
					6580130	29. Instituto de Oftalmologia de Itapajé	41/2014	256/2012	
			2562391	30.Santa Casa de Paracuru			X		
					2561905	31.Centro de Saúde Iracema Braga Sanders		X	
			5ª Pentecoste	6320163	32 .Centro de Especialidades Médicas de Pentecostes	41/2014	256/2012		
			3ª Maracanaú	6.Maracanaú		2272193	33.Hospital de Oftalmologia de Maracanaú – HOMA		
	6393133	34. Centro de Especialidades e Oftalmologia – CEO							
	7 Maranguape			7015224	35. Bioclínica Maranguape Serviços Médicos S/S Ltda *		256/2012		
				3423255	36. Policlínica Municipal de Maranguape Dr. Almir Pinto				
	8.Redenção	2664666		37. Hospital Maternidade Paulo Sarasarte			256/2012		

X `Serviços de glaucoma habilitados' (documentos)

Continuação...

Macro	Microrregião de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea	Nível de Complexidade	
1ªFortaleza	4ª Baturité	9 Baturité	6273181	38. Clínica de Oftalmologia LP-LTDA		256/2012			
			6697518	39. Policlínica – Dr. Clóvis Amora Vasconcelos*					
	6ª Itapipoca	10. Itapipoca	6578497	40. Clínica Visão de Itapipoca		X			
			2426420	41. Clínica Dr. Marcio Moreira S/C LTDA		X	Alta Complexidade		
	7ª Aracati	11. Aracati	2372967	42. Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias		256/2012		Média Complexidade	
	9ª Russas	12. Morada Nova	2327996	43.Unidade de Saúde Fundação São Lucas (Santa Casa de Morada Nova)	21/2014	256/2012			
			13. Russas	7320418	44. Policlínica – Dr. José Martins de Santiago *	21/2014			
		2328011		45. Hospital Maternidade Divina Providência de Russas	21/2014	256/2012			
	10ª Limoeiro do Norte	14.Limoeiro	2563614	46. Instituto de Olhos Vale do Jaguaribe SC LTDA		X			
			15.Alto Santo	6029590	47. Oftalmo clinica Luiz Humberto G. De Mendonça		X		
			16.Jaguaribe	3135160	48.Clinica de Olhos Jaguaribe Ltda.		X		
	22ª Cascavel	17ª Cascavel	2514710	49.Hospital Maternidade Nossa Senhora das Graças		256/2012			
			18ª Pacajus	6956963	50.Policlínica – Dra. Márcia Moreira de Meneses *	074/2014			
				6741452	51.Centro de Excelência Médica Dra. Neiva	075/2014	256/2012		

X `Serviços de glaucoma habilitados' (documentos)

Continuação...

Macro	Microrregião de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea	Nível de Complexidade
2ª Sobral	11ª Sobral	19. Ipú	2552612	52. Clínica de Olhos Luiz Humberto Gonzaga de Mendonça	12/2014	256/2012		Média Complexidade
		20. Sobral	2424533	53. Clínica de Olhos de Sobral		256/2012		
			2424541	54. Instituto de Oftalmologia e Otorrinolaringologia Comendador José Modesto				
			2424592	55. Oftalmoclínica Sobralense Ltda (consta )		256/2012		
			3021114	56. Santa Casa de Misericórdia de Sobral( Só transplante de Córnea)			X	
	13ª Tianguá	21 Tianguá	7386257	57. Policlínica de Tianguá – Dr. Fcº Edvaldo Coelho Moita	41/2014			
			3019446	58. Clínica de Olhos Santa Luzia	40/2014	256/2012		
		22 São Benedito	5325919	59. Centro da Visão-Clinica Ortomais Centro da Visão Ltda.*	14/2016	58/2016		
			8006407	60. Oftalmoclínica Ibiapaba LTDA	39/2014	256/2012 sustar		
	15ª Crateús	23. Crateús	2481103	61. Centro Regional Oftalmológico de Crateús (Hospital São Camilo)				
			5793041	62. Centro Cearense de Oftalmologia S/C – CINCO		X		
		24. Nova Russas	7321651	63. Clínica Oftalmologica Dr. Luiz Humberto Gonzaga de Mendonça	19/2014			
		25. Independência	2723913	64. Centro Integrado de Cirurgia OftalmoCINCO		X		
	16ª Camocim	26. Camocim	6778798	65. Policlínica de Camocim Coronel Gomes da Silva				
			3058409	66. Clínica de Olhos de Camocim		256/2012		

X Serviços de glaucoma habilitados (documentos)

Continuação...

Macro	Microrregião de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea	Nível de Complexidade
3ª Cariri	17ª. Icó	27 Icó	2611309	67.Hospital Deputado Oriel Guimarães Nunes		X		Média Complexidade
			7376928	68.Policlínica – Dr. Sebastião Limeira Guedes*	23/2014			
		28 Cedro	2552353	69. Hospital Maternidade de Eneas Viana de Araújo'		X		
			7227205	70.Centro Integrado de Atendimento e Reabilitação-CIAR		X		
		29. Lavras da Mangabeira	2724553	71. Sede Urbana III de Lavras da Mangabeira – (CRES- Mara)	Em mãos	X		
	19ª Iguatu	30. Iguatu	2675633	72.Hospital de Olhos Dr. Renê Barreira				
	19ª Brejo Santo	31. Brejo Santo	2480697	73. Hospital de Olhos do Ceará	34/2014	256/2012		
			7072341	74.Policlínica Regional de Brejo Santo José Gilvan Leite Sampaio	34/2014			
			6965849	75. Clínica de Oftalmologia Clinoft	34/2014	256/2012		
	20ª Crato	32. Crato	2415488	76.Hospital e Maternidade São Francisco de Assis		X		Alta Complexidade
			2415534	77. Centro de Oftalmologia do Cariri		X		
			2415496	78. Casa de Saúde Joaquim Bezerra de Farias				Média Complexidade
			6967906	79. Centro de Especialização de Retina e Catarata		X		
			2415240	80. Centro de Saúde Teodorico Teles				
	21ª Juazeiro do Norte	33. Juazeiro do Norte	5117364	81. Instituto de Olhos do Cariri		256/2012		
			3416690	82. Instituto de Catarata e Miopia		256/2012		
			2425912	83. Serviço de Assistência Médica Especializada – SAME		X		
34. Barbalha		2611570	84. Instituto de Olhos de Barbalha – IOB		256/2012 sustar	X	Alta Complexidade	
2564211	85. Hospital Maternidade São Vicente de Paula		256/2012 sustar					

Serviços de glaucoma habilitados (documentos)

Continuação...

Macro	Microrregião de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea	Nível de Complexidade	
4ª Sertão Central	5ª Canindé	35. Canindé	2527413	86. Hospital São Francisco de Canindé	08/2014	256/2012		Alta Complexidade	
	8ª Quixadá	36. Senador Pompeu	2798425	87. Clínica de Olhos Senador Pompeu		X			
			2328380	88. Hospital Regional Dr. Pontes Neto		X			
		37. Quixeramobim	6125972	89. Policlínica de Quixeramobim		X			
			2328402	90. Hospital Municipal Dr. Eudásio Barroso		X			
	14ª Tauá	38. Quixadá	3741583	91. Centro de Especialidades Médica CEM – Policlínicas		X		Média Complexidade	
			39. Tauá	3264939	92. Policlínica de Tauá	08/2014	256/2012		
				6632513	93. Policlínica de Tauá	08/2014	256/2012		
				8005494	94. Clínica de Olhos Dorinha Cidrão	08/2014	256/2012		
	7066848	95. Clínica de Olhos Stª Tereza		08/2014	256/2012				
<b>Macros</b>	<b>21 Micros</b>	<b>39 Municípios</b>	<b>95 Unidades Especializadas + 36 Glaucoma + 14 Transplantes</b>			<b>36</b>	<b>14</b>	<b>40 M+ 21 A+ 01 CR</b>	

## **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 do Ministério da Saúde nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador RENAST, e a nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST, 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, o Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador - NUAST, está inserido na estrutura organizacional como parte da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS), e dentre as principais atribuições, destaca-se a Coordenação das ações de Saúde do Trabalhador nas diferentes instâncias do SUS, estabelecer diretrizes e monitorar a aplicação dos recursos repassados para implementação das ações, garantindo a atenção integral em rede estadual e regional.

O NUAST, 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: abrange as Regiões de Russas e Limoeiro. Em fase de implantação. Desenvolve ações em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente.

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 GM/MS nº 204 e 205, de 17 de fevereiro de 2016, que definem 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;

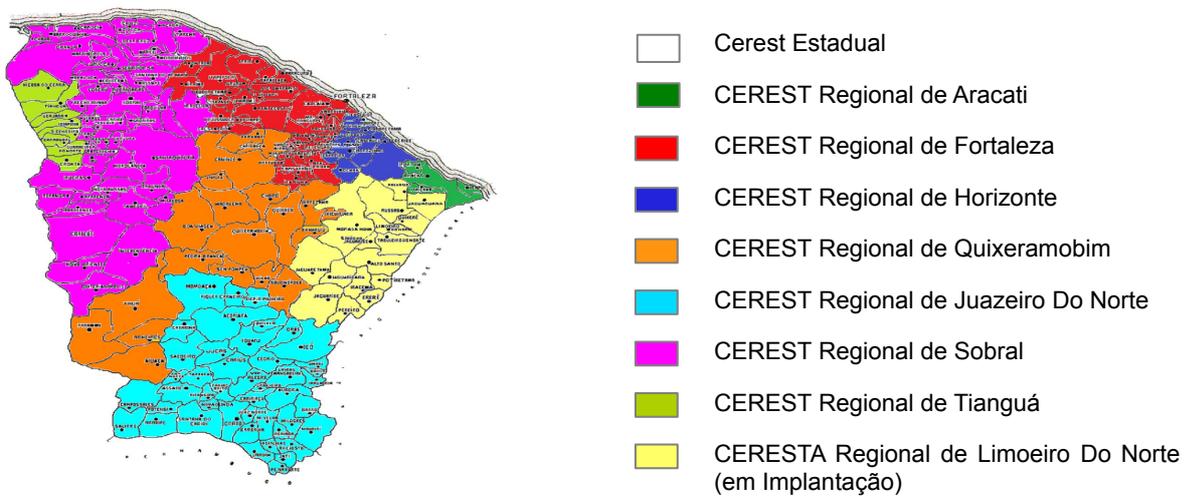
#### **Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas**

- ✦ 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 os serviços sentinela em Saúde do Trabalhador. As Unidades Sentinela, 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.

### Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do Estado do Ceará



### **1.3 Condições Sócio - Sanitárias**

#### **Alterações Climáticas, riscos ambientais e problemas de saúde**

As alterações climáticas sempre estiveram presentes no nosso planeta, sendo que antes da ascensão de instrumentos tecnológicos e produtivos desenvolvidos pelo homem, estas alterações revelavam uma sazonalidade equilibrada. Com o advento da industrialização, os processos produtivos tiveram a necessidade de utilizar cada vez mais fontes energéticas, tais como, o petróleo, o carvão mineral, e, atualmente os biocombustíveis. A partir disso, o processo de aquecimento global tem-se mantido constante e ao mesmo tempo intenso, em quantidades crescentes. Diante desta situação, tem sido comum a ocorrência de eventos climáticos extremos, cujas consequências têm sido as mais diversas, indo deste os prejuízos econômicos, passando pelas perdas de vida decorrentes de inundações, furacões, ondas de frio ou de calor. Em consonância com esta dinâmica têm-se agravado os riscos ambientais, bem como as suas implicações nos mais variados segmentos da sociedade, em especial na ocorrência de algumas epidemias, no maior número de mortes em função de eventos como desabamentos, afogamentos, entre outros. Diante do contexto ambiental observado em nosso planeta, vem sendo engendrado no clima manifestações de alguns eventos climáticos extremos. Com a crescente ocorrência destes eventos, nota-se uma preocupação maior com os riscos climáticos e seus impactos possíveis a sociedade.

A vinculação de doenças epidêmicas infecciosas e parasitárias tendem a agravar devido ao período necessário a ciclo de reprodução dos vectores de transmissão de doenças, tais como mosquitos, roedores, etc. Isto tem proporções que evidenciam no cerne da saúde pública uma atuação complexa, em que, muitos casos, os governos não dispõem de medidas preventivas e nem sequer pró reativas diante da incidência de eventos climáticos extremos. Tal fato elege a discussão pertinente, evidenciando assim que a temática diante do atual contexto socioambiental que se faz presente.

Os impactos climáticos sobre a saúde humana são diversos. No entanto, as alterações climáticas podem ser associadas a consequências diretas ou indiretas a saúde humana, podendo ser multicasual, com efeitos intensificados ou exacerbada.

As pesquisas que vêm sendo realizadas nas últimas décadas sobre esse processo são em sua maioria alertam para o risco destes processos a saúde humana, mais ainda, estão desprovidas de modelos específicos sistematizados a partir de dados empíricos.

Advém desta carência a complexidade que envolve tais estudos, além do fato de que alguns eventos terem sido recentes, e soma-se a isso o fato de que a maioria das catástrofes ambientais decorreram em países subdesenvolvidos.

Para a sistematização de estudos sólidos são necessários a adoção de medidas integrativas no qual, s faz presente de vários especialistas como profissionais de saúde pública, epidemiologistas, biólogos, físicos, químicos, geógrafos, entre outros. Além disso, ter uma concepção multidisciplinar coesa que irá se ligar a análises entre a economia, sociedade e meio ambiente, ao processo de alteração climática. Os impactos das mudanças climáticas sobre a saúde podem ser complexas, pois em geral ocorre de forma dispersa, sendo direta ou indireta. Pode-se ter o aumento do risco de morte diretamente intensificado pró eventos climáticos como ondas de calor, incidência de furacões e inundações, que podem ocorrer numa escala de tempo curto. Tais eventos podem ter consequências maiores no decorrer do tempo, deixando prejuízos decorrentes de desabamentos, acidentes, efeitos sobre a produção agrícola, etc, que de maneira indireta terá impactos no aumento dos riscos a saúde. Existe uma relação indireta decorrente das mudanças climáticas ocorridas em ecossistemas e de ciclos biogeoquímicos. Com estas alterações pode ocorrer a intensificação de incidências de doenças infecciosas, assim como doenças não transmissíveis, como a desnutrição, doenças psíquicas, etc. Ao mesmo tempo, em algumas circunstâncias pode ocorrer melhora de alguns quadros nosológicos em que por exemplo com o aumento do aquecimento da temperatura, pode diminuir o numero de mortos decorrente de invernos rigorosos, bem como, redução de doenças típicas em inverno.

Com as alterações climáticas são observadas aumentos no número de vítimas e de consequências nocivas a saúde da população. Isto se dá por meio do aumento do risco, assim como, o aumento de crises em casos em casos de ocorrência de furacões, tornados, etc. Em meio a esta nova dinâmica, que vem sendo disseminada é percebido a dificuldade do sector público em empreender ações eficientes e eficazes diante dos agravos socioambientais precedidas dos eventos emanados das alterações climáticas. Isto se torna mais evidente ao analisarmos os efeitos ocorridos nos países subdesenvolvidos. Quando é ocorrido alguma catástrofe de âmbito ambiental, junto dela é evidenciado os problemas sociais políticos e econômicos de um determinado governo em dirigir ações pró-ativas e até mesmo reativas .As variações climáticas que ocorrem em regimes sazonais, quando influenciadas por efeitos decorrentes das alterações climáticas têm empreendido mudanças na dinâmica de algumas doenças infecciosas e parasitárias.

A ocorrência de chuvas intensas e em curtos períodos de tempo, do tipo tempestiva, em que são provocadas enchentes e inundações é percebido a disseminação de doenças como a leptospirose, doenças diarreicas, hepatites virais, cólera, entre outras. Estas doenças são influenciadas pela dinâmica hídrica em seu nível ambiental, ao mesmo

tempo, tem uma forte influência na precariedade de sistemas de saneamento básico das cidades. Confaloniere (2003), aponta o aumento nos casos de mortes por deslizamentos de terra na cidade do Rio de Janeiro entre 1966 a 1996, chegando a um número de 514 vítimas, e no aumento de casos de leptospirose entre 1975 a 1996 chegando a números de 3497. Outro grupo de doenças tem sido sensivelmente afectado pelas dinâmicas climáticas, dizem respeito as doenças dos sistema respiratório, sendo que as crianças constituem um grupo com maior susceptibilidade de contrair doenças como sinusites, bronquites, alergias, entre outras. Este grupo de doenças sofre impactos de processos como queimadas, diminuição da humidade do ar, ilhas de calor, inversões térmicas, entre outras. Nota-se uma forte relação das ações antropóticas, sendo destacadas emissão de gases provenientes de produções industriais, carros, queimadas em áreas rurais adjacentes a cidades, etc. Neste sentido, doenças alérgicas como asma, doenças do sistema respiratório têm sido intensificados.

Variáveis que influenciam na vulnerabilidade de riscos a saúde humana individual e colectiva segundo Brasil (2008) são idade, perfil de saúde, resiliência, fisiologia, condições sociais.

Estas variáveis irão contribuir para um agrave ou não em relação ao risco de doenças, se caso associadas aos problemas climáticos. Além de crescimento populacional, pobreza e degradação ambiental, Martins e outros (2004), Brasil (2008), IPPC (2001), M.C. Michael (2003).

Confalonieri e Marinho (2008), por meio de análise de estudos desenvolvidos junto a (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública, no âmbito do Programa de Mudanças

Ambientais Globais e Saúde (PMAGS), estabelece um modelo em que tentam sintetizarem a exposição e resposta dos impactos provocados pela vulnerabilidade climática na saúde.

Isto a longo prazo pode se tornar um problema de âmbito global, pois a nível atmosférico, partículas poluentes, entre outros elementos, têm sido transportados, em alguns casos estas partículas tem propriedades nocivas a saúde humana Moreno (2006).

Em áreas urbanas podem ocorrer: asma, alergias, infecções bronco-pulmonares, infecções das vias áreas superiores (sinusite).“ Estudos epidemiológicos evidenciam um de incremento risco associado as doenças respiratórias e cardiovasculares, assim como da mortalidade geral e específica associadas a exposição a poluentes presentes na atmosfera”. Brasil (2008:p. 21). Além do fato de que segundo informações da OMS, as doenças respiratórias crônicas e agudas sofrem uma intensificação quando ocorre um excesso de poluição atmosférica.

Em relação as doenças infecciosas, percebe-se que estas tem mais risco de ocorrência em lugares debilitados to ponto de vista ambiental, com pouca infra-estrutura em serviços essenciais, etc. Associa-se a condição postulado pela pobreza em que condiciona ao indivíduo a processos como fome, subnutrição, hábitos de vidas irregular, habitação degradável, etc.

Segundo informações vinculadas ao IPCC (2007), citado por Confaloniere (2003, 2007), os impactos a saúde humana decorrerá de diferentes dinâmicas. Inicialmente a produção de alimento será afetada pelas alterações em regimes de chuva e no aumento do período de secas em algumas regiões do globo, em especial nas baixas latitudes. Com a diminuição na produção de alimentos, a precarização na distribuição de comida a população condiciona a uma má nutrição, isto constitui-se numa potencialização de incidência de doenças, pois em meio a uma fraca alimentação o corpo tem sua imunidade em risco com maior vulnerabilidade a doenças.

Outro problema grave diz respeito a água, prevê-se a diminuição dos recursos hídricos que irão sentir os impactos decorrentes das alterações climáticas. A água é um bem de extrema importância para a manutenção da saúde, sendo através do seu uso para a promoção de higiene e para consumo humano. Além disso a água é uma fonte que oferece ao homem peixes, no caso dos sistemas fluviais, etc.

Do ponto de vista social, os impactos dos processos climáticos a saúde humana vão ser distribuídas seguindo as assimetrias sócio espaciais, ou seja, as populações pobres sofreram impactos mais intensos, vale ressaltar que esta mesma população é a que menos tem contribuído para os processos que tem influenciado no aquecimento global. Além disso, os Estados Nações mais pobres têm recursos escassos a serem disponibilizados para ajudas como distribuição de alimentos, água, remédios, entre outras demandas decorrentes das ações de eventos climáticos extremos, Confaloniere (2007).

Os factores que envolvem a sistematização do estado de saúde do indivíduo passa por diferentes que segmentos, sendo necessário sua análise a partir de uma noção holística. Se atendo a factores econômicos, sociais, culturais, ambientais, entre outros, em que a saúde em seu bom estado vai estar condicionado a um bom equilíbrio dos diferentes factores mencionados.

“Porem, devem-se levar em conta que são múltiplos os factores que influenciam a dinâmica das doenças transmitidas por vectores, além dos factores ambientais (vegetação, clima, hidrologia); como os sociodemograficos (migrações e densidade populacional); além dos biológicos (ciclo vital dos insectos vectores de agentes infecciosos) e dos médico-sociais (estado imunológico da população; efetividade dos

sistemas locais de saúde e dos programas específicos de controle de doenças, etc.) e a história da doença no lugar, estes dois últimos sempre muito esquecidos nas apressadas análises causais entre o impacto das mudanças climáticas e as doenças vectoriais.” Brasil (2008:p.25).

As implicações dos processos de eventos climáticos extremos podem impactar de maneira negativa na harmonia dos factores condicionantes ao estado de saúde humana.

Do ponto de vista ambiental, as implicações decorrentes dos eventos climáticos extremos desencadeiam numa série de reações biológicas, em que ocorrências de doenças infecciosas e parasitárias afluem desta situação.

### **Efeitos sobre doenças infecciosas**

No caso das doenças infecciosas, os mecanismos de produção de agravos e óbitos são ainda mais indiretos e mediados por inúmeros factores ambientais e sociais. Dois exemplos são destacados nesse texto: a possível expansão das áreas de transmissão de doenças relacionadas a vetores e o possível aumento dos riscos de incidência de doenças de veiculação hídrica.

Diversas doenças, principalmente as transmitidas por vetores, são limitadas por variáveis ambientais como temperatura, umidade, padrões de uso do solo e de vegetação.<sup>65</sup>

As doenças transmitidas por vetores constituem, ainda hoje, importante causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo. O ciclo de vida dos vetores, assim como dos reservatórios e hospedeiros que participam da cadeia de transmissão de doenças, está fortemente relacionado à dinâmica ambiental dos ecossistemas onde estes vivem. A dengue é considerada a principal doença reemergente nos países tropicais e subtropicais.

A malária continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública na África, ao sul do deserto do Saara, no sudeste asiático e nos países amazônicos da América do Sul. As leishmanioses, tegumentar e visceral, têm ampliado sua incidência e distribuição geográfica. Outras doenças, como a febre amarela, a filariose, a febre do oeste do Nilo, a doença de Lyme, e outras transmitidas por carrapato e inúmeras arboviroses, têm variável importância sanitária em diferentes países de todos os continentes. O aquecimento global do planeta tem gerado ainda uma preocupação sobre a possível expansão da área atual de incidência de algumas doenças transmitidas por insetos.<sup>66</sup> Porém, deve-se levar em conta que são múltiplos os factores que influenciam a dinâmica das doenças transmitidas por vetores, além dos factores ambientais (vegetação, clima, hidrologia), como os sócio-demográficos (migrações e densidade populacional), além dos biológicos (ciclo vital dos insetos vetores de agentes infecciosos) e dos médico-sociais (estado imunológico da

população; efetividade dos sistemas locais de saúde e dos programas específicos de controle de doenças, etc.) e a história da doença no lugar, estes dois últimos sempre muito esquecidos nas apressadas análises causais entre o impacto das mudanças climáticas e as doenças vetoriais.<sup>67</sup>

As doenças transmitidas por vetores, mais frequentes nos países de clima tropical, aparecem como um dos principais problemas de saúde pública que podem decorrer do aquecimento global. Vários modelos matemáticos foram construídos a fim de prever as consequências do aumento da temperatura sobre a malária, por exemplo.<sup>68,69</sup>

Contudo, a relação entre o clima e a transmissão da malária continua bastante complexa e pode ser modificada de acordo com os lugares que se estuda.<sup>70</sup> Pelo menos para a malária, a dengue e a febre amarela, raramente o clima foi o principal determinante para sua prevalência ou seu alcance geográfico. Ao contrário, impactos nos ecossistemas em nível local provocados por atividades humanas têm se mostrado muito mais significativos.<sup>71,72</sup>

A maior parte dos modelos é baseada em dados restritos a alguns locais e variáveis ambientais vinculadas sobretudo aos vetores ou ao plasmódio, sem levar em conta os fatores sociais e de políticas de desenvolvimento e controle que são igualmente importantes na dinâmica da malária, assim como nas demais doenças vetoriais.

A história da malária, uma das doenças vetoriais mais antigas que se tem registro, mostra claramente a importância desses fatores. Devido ao seu caráter endêmico, ela foi responsável em vários momentos da história por tantas mortes quanto as guerras.<sup>73</sup>

Durante quase cinco séculos, devastou grande parte da Europa e do resto do mundo (Figura 3). O pior período da transmissão dessa doença na Europa foi muito mais frio que o atual, durante a Pequena Idade do Gelo na Idade Média.<sup>74</sup>

Esta época era caracterizada por condições sanitárias bastante degradadas. A partir do século XVIII, numerosas modificações das condições de vida da população como o saneamento, as melhorias das condições de habitação, mas também as obras de drenagem, bem como as mudanças de utilização do solo e as práticas agrícolas, promoveram um recuo da malária em diversas regiões do mundo como mostra a Figura 3.<sup>65</sup> No Brasil, até a década de 1970, havia o registro de incidência da malária em diversas regiões brasileiras, passando a se reconcentrar mais recentemente na região Amazônica.<sup>75</sup>

Esses fatos mostram que a complexidade dos processos ambiente-doença deve ser considerada pelos investigadores, antes de se afirmar que a expansão da malária, assim como outras doenças vetoriais, pode ser causada diretamente pelo aquecimento climático

global.

Outro grupo de doenças infecciosas que podem ser fortemente afetadas por mudanças ambientais e climáticas são as doenças de veiculação hídrica, que têm no saneamento sua principal estratégia de controle.

O sistema de abastecimento, neste caso, funciona mais como veículo de difusão de agentes infecciosos que como fator de proteção das populações.<sup>78</sup>

A existência de uma geração (coorte) de pessoas moradoras de grandes cidades que nunca tiveram contato com alguns agentes infecciosos transmitidos pela água pode tornar esses surtos acentuados, do ponto de vista epidemiológico, e graves, do ponto de vista clínico.

Segundo Lee e Schwab,<sup>80</sup> os principais problemas enfrentados hoje pelos sistemas de abastecimento de água no Terceiro Mundo são ligados à vulnerabilidade e intermitência destes sistemas, mais do que a sua cobertura. A intermitência do regime de abastecimento, por sua vez, permite a intrusão de agentes patogênicos através da água contaminada nas redes de distribuição.<sup>81</sup>

A maior parte da população do Município do Rio de Janeiro (cerca de 97% dos domicílios segundo o censo demográfico de 2000) é abastecida de água pela rede geral. Por outro lado, a contaminação da rede geral de abastecimento de água por coliformes abrange a maior parte da população sob risco, representando cerca de 35% da população total do município.<sup>82</sup>

Devido à conhecida heterogeneidade na ocupação do solo urbano e à acidentada topografia da cidade, os problemas com o abastecimento de água são concentrados em áreas e grupos sócio espaciais vulneráveis.

Nesse sentido, o aquecimento e as mudanças ambientais globais podem ter consequências sobre as doenças de veiculação hídrica, aumentando a vulnerabilidade desses sistemas. Esse cenário de universalização precária dos serviços de saneamento pode agravar os riscos das populações servidas por esses sistemas. O aumento da variabilidade, tanto da qualidade quanto da quantidade de água nos mananciais, pode afetar gravemente o funcionamento dos sistemas de abastecimento de água. Esses sistemas são sujeitos à entrada de micro-organismos e à produção de surtos de doenças e veiculação hídrica. Além disso, acidentes, como o rompimento de barragens em mananciais de água, a danificação da rede ou de reservatórios de água e uma pressão de consumo devido ao aumento de temperatura podem levar a um colapso dos sistemas de abastecimento. Mesmo em países onde o saneamento é universal e de bom funcionamento estão sendo propostas medidas para aumentar a flexibilidade e

capacidade de adaptação desses sistemas frente às mudanças climáticas e ambientais, por meio do aumento do estoque de água nos domicílios e nas cidades, bem como a busca de fontes alternativas de suprimento.<sup>83</sup>

### **Referências Bibliográficas**

BRASIL.2008,Mudanças climáticas e ambientais e seus efeitos na saúde: cenários e incertezas para o Brasil /BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 40pp: il.

CONFALONIEIRE Ulisses E.C. 2003, Variabilidade climática,vulnerabilidade social e saúde no Brasil. Terra Livre São Paulo Ano 19 -vol. I -n. 20 p. 193- 204 jan/jul. .

2008,Mudança climática global e saúde humana no Brasil. PARCERIAS ESTRATÉGICASBRASÍLIA, DF N.27 DEZEMBRO, p.323-349.CONFALONIEIRE,Ulisses

E.C & MARINHO, Diana P.2007,Mudança Climática Global e Saúde: Perspectivas para o Brasil. Revista Multiciência. Campinas, Edição no. 8 Mudanças Climáticas, Maio, p.48-64.

GUIVANT. Júlia S. 1998, A Trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. Revista Brasileira de Informações Bibliográficas -ANPOCS. Nº 46, pp. 3-38.

HARVEY. David.2004, Espaços de esperança. São Paulo. Edições Loyola.LOURENÇO, Luciano.2006 Riscos naturais, antrópicos misto.In.Territorium, n. 14, pag-109-113. Mafra.

IPCC.2001 a, Intergovernmental Panel on Climate Change. The Science of Climate Chang. –The Scientific Basis –Contribution of Working Group 1 to the IPCC, The assessment report, Cambridge University

\_\_\_\_\_ Climate change the scientific basis. 2001 b, In: Houghton JT, Ding Y, Griggs DJ, Noguer M, van der Linden PJ, Dai X, Maskell K, Johnson CA (eds) Contribution of Working Group I to the third assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press.

\_\_\_\_\_International Panel on Climate Change. 2007a. Disponível em <<http://www.ipcc.ch/>> Acesso em fev.

\_\_\_ Climate Change: 2007b: the Physical Science Basis. Summary for Policemakers. IPCC WGI Fourth Assessment Report.

MARCELINO. Emerson Vieira.2008,Desastres naturais e geotecnologias: conceitos básicos. INPE-15208-PUD/193. Caderno didático n. 1. IN PE/CRS, Santa Maria, RS, Brasil.

MARENGO. J.A.2007,Mudanças Climáticas Globais e seus Efeitos sobre a Biodiversidade: Caracterização do Clima Atual e Definição das Alterações Climáticas para o Território Brasileiro ao Longo do Século XXI. Brasília: Ministério do Meio Ambiente.

MARTINS, M.C. et al. 2004, influence of socioeconomic conditions on air pollution

adverse health effects in elderly people: na analysis of six regions in Sao Paulo, Brazil. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 58, n. 1, p. 41-46.

MCMICHAEL, A.J.; WOODRUFF, R.E.; Hales, S. 2006, Climate change and human health: present and future risks. *Lancet*, v. 367, p. 859-869.

NETO, João Lima Sant' Anna & Sousa, Camila Grosso. 2008, GEOGRAFIA DA SAÚDE E CLIMATOLOGIA MÉDICA: ENSAIOS SOBRE A REALIZAÇÃO CLIMA E VULNERABILIDADE. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde -Hygeia* 3(6):116-126, Jun/ [www.hygeia.ig.ufu.br/](http://www.hygeia.ig.ufu.br/) ISSN: 1980-1726. QUEIRÓS, Margarida; VAZ, Teresa; PALMA, Pedro. 2006, Uma reflexão a propósito do risco. Investigação realizada no âmbito do projecto de investigação Estudo de risco sísmico Tsunamis do Algarve (ERSTA) coordenada pelo Professor Dr. Jorge Gaspar. Protocolo celebrado entre a FLUL/ CEG e a ANPC. SANTOS Milton. 2004, A Natureza do Espaço: razão e emoção, técnica e tempo. Edusp São Paulo.

PITTON, S. E. e DOMINGOS, A. E. 2004, Tempos e doenças: efeitos dos parâmetros climáticos nas crises hipertensivas nos moradores de Santa Gertrudes -SP. In. *Estudos Geográficos*. Rio Claro, vol. 02, nº. 01, p.75-86.

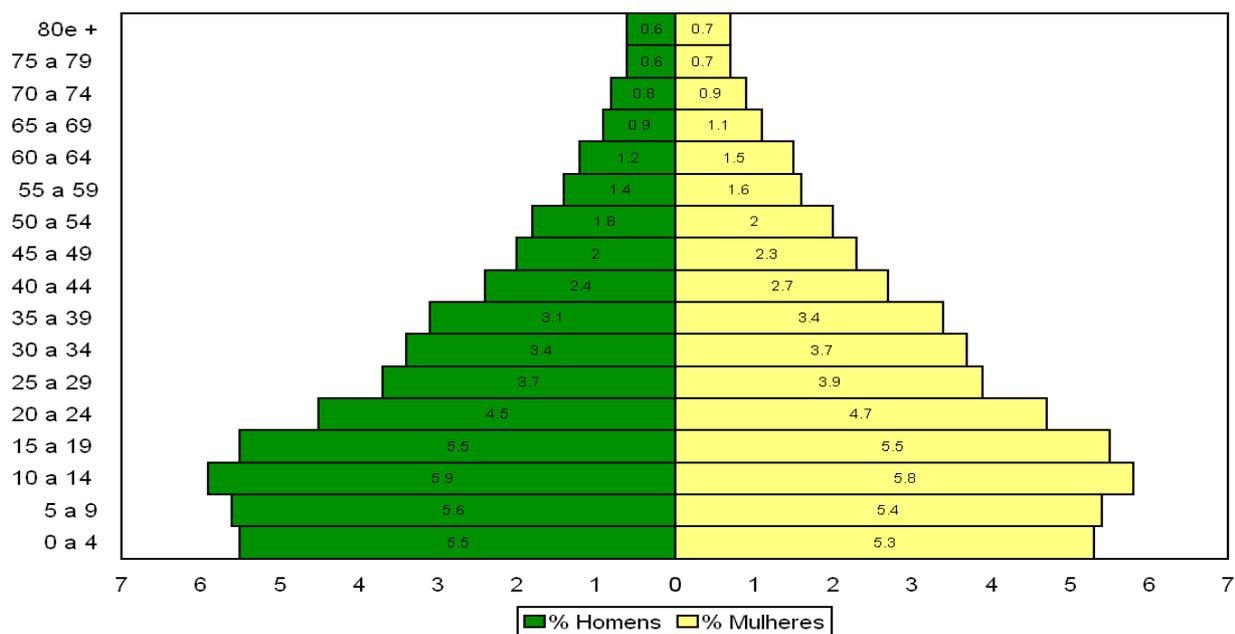
PNUD. 2007, Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 Combater as alterações climáticas: Solidariedade humana num mundo dividido. Publicado para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 1 UN Plaza, New York, 10017, USA ZANIRATO, Silvia Helena; RAMIRES, Jane Z. S.; AMICCI, Anie Gracie Noda; ZULIMAR, Márita Ribeiro; RIBEIRO, Wagner Costa. 2008, Sentidos do risco: interpretações teóricas. *Biblio 3W, Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Vol. XIII, nº 785, 25 de mayo. <<http://www.ub.es/geocrit/b3w-785.htm>>. [ISSN 1138-9796].

### **Aspectos Demográficos e Socioeconômicos**

No Censo de 2010, a população do Ceará atingiu 8.452.381 habitantes, com incremento de 13,8% em relação ao Censo de 2000 (7.430.661 habitantes). Para 2014 foram estimados 8.904.459 habitantes, porém, sem informação sobre sexo e faixa etária.

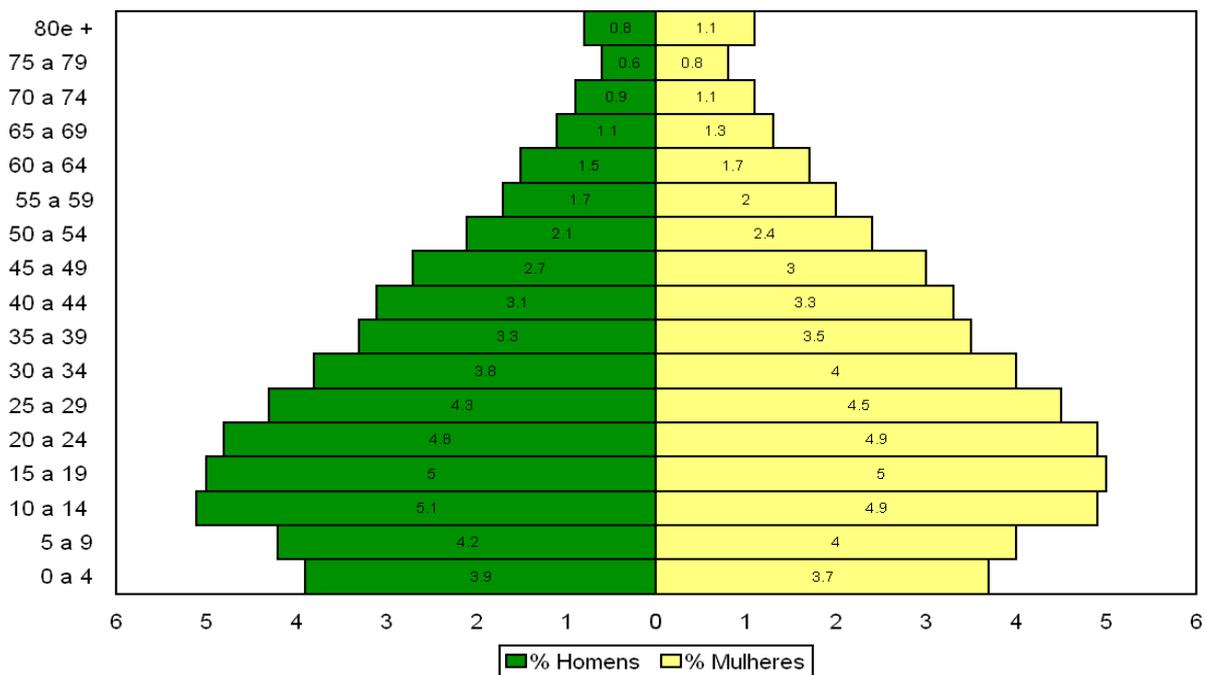
Comparando-se a estrutura etária da população nos anos censitários (2000, 2010 e projeção intercensitária 2012), observou-se que a base da pirâmide se estreitou a cada período, como reflexo da redução das taxas de natalidade e da mortalidade infantil. O alargamento no topo da pirâmide por sua vez, foi decorrente do aumento da expectativa de vida, principalmente nas mulheres, cujo quantitativo superou o dos homens em termos populacionais.

### Pirâmide populacional por faixa etária e sexo. Ceará, 2000



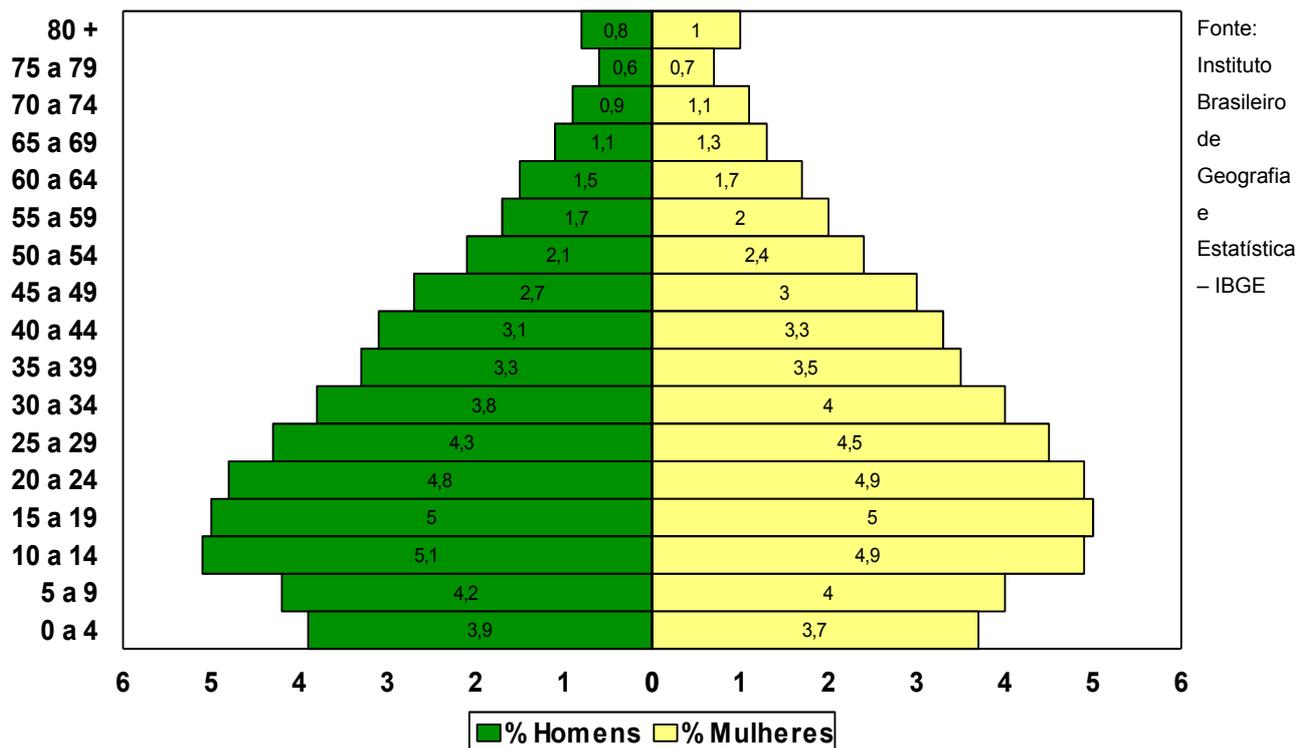
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

### Pirâmide populacional por faixa etária e sexo. Ceará, 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

### Pirâmide populacional por faixa etária e sexo. Ceará, 2012



A razão entre os sexos, ou o número de homens para cada grupo de 100 mulheres é influenciada por migrações e pela mortalidade. No Ceará, a razão entre os sexos passou de 95,4% em 2000 para 95,1% em 2012, ou seja, 95 homens para cada 100 mulheres.

O crescimento populacional no Ceará tendeu a diminuir, observando-se que de 1991 para 2000 o incremento médio anual foi de 1,75%; de 2000 para 2010 atingiu 1,3% e de 2010 para 2012 de 0,9%. Saliente-se que a taxa de crescimento é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações. O grau de urbanização, proporção da população residente em áreas urbanas, foi crescente, com taxas de 53,1% (1980), 65,4% (1991), 71,5% (2000) e 75,8% (2012) no Ceará.

A proporção de idosos, reflexo do ritmo de envelhecimento da população, passou de 7,76% (1991) para 8,9% (2000) e 10,7% (2012). O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida. O índice de envelhecimento, o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, também é importante para avaliação da transição demográfica (passagem de um contexto populacional onde prevalecem altos coeficientes de mortalidade e natalidade, para outro, onde esses coeficientes alcançam valores muito reduzidos, resultando em aumento da expectativa de vida, envelhecimento da população, principalmente à custa das mulheres). Nos Censos de 1991, 2000 e 2010, o índice de envelhecimento evoluiu, com valores de

19,9%, 26,4% e 41,6%, na mesma ordem.

**A taxa de fecundidade no Ceará**, - número médio de filhos que uma mulher teria ao longo de seu período reprodutivo – diminuiu nas três décadas; saindo de 3,57 no ano de 1991 para 2,55 filhos no ano 2000 e 1,84 em 2010. Para o país, as taxas foram de 2,73 (1991), 2,29 (2000) e 1,82 (2010). Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. Com a queda da **fecundidade** observada, a **natalidade** decresceu, registrando-se 28,2 nascimentos por mil habitantes em 1991, 21,8 em 2000 e 16,4 em 2010. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

Foi observado crescimento da **esperança de vida ao nascer** – número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido –, com destaque para as mulheres, como consequência da sobre mortalidade masculina nos jovens. Em 2000, a esperança de vida foi de 69,4 anos para a população geral, sendo 65,8 e 73,3 para o sexo masculino e feminino, respectivamente. Em 2012, a esperança de vida passou a 72,9 para a população geral e de 69,0 e 76,9 para o sexo masculino e feminino, na mesma ordem. Portanto, em 2012, a mulher vivia, em média, 7,9 anos mais que o homem.

Ademais, dentre os indicadores socioeconômicos, três foram selecionados em função da disponibilidade e repercussão na área da saúde: taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos, baixa renda e proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda.

**No Ceará, a taxa de analfabetismo** – percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples – diminuiu de 30,9% no período de 1991 a 2000, saindo de 36,09% em 1991 para 24,95% no ano 2000. De 2000 para 2010, a redução foi de 27,1%, passando de 24,95% para 18,19%. Em 2012, o Ceará registrou uma taxa de analfabetismo de 16,25.

A proporção de pessoas com **baixa renda**, ou população com renda domiciliar mensal per capita de até meio salário mínimo em 2012 no Ceará foi de 48,86%.

**A proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda em 2012 foi 68,82%**

## **Mortalidade**

Os dados de mortalidade são registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desde sua implantação em 1975/1976. O Ministério da Saúde – MS responde pela coordenação nacional do sistema e o município pela alimentação com os dados das declarações de óbitos (DO). As causas de morte são codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10). A periodicidade das séries históricas dos grupos de causas aqui estudadas, variou, contemplando, de um modo geral, mais de uma década, finalizando com o ano de 2014, ainda sujeito a revisões pelo MS.

## **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 sub notificação de óbitos nos anos anteriores a 2011.

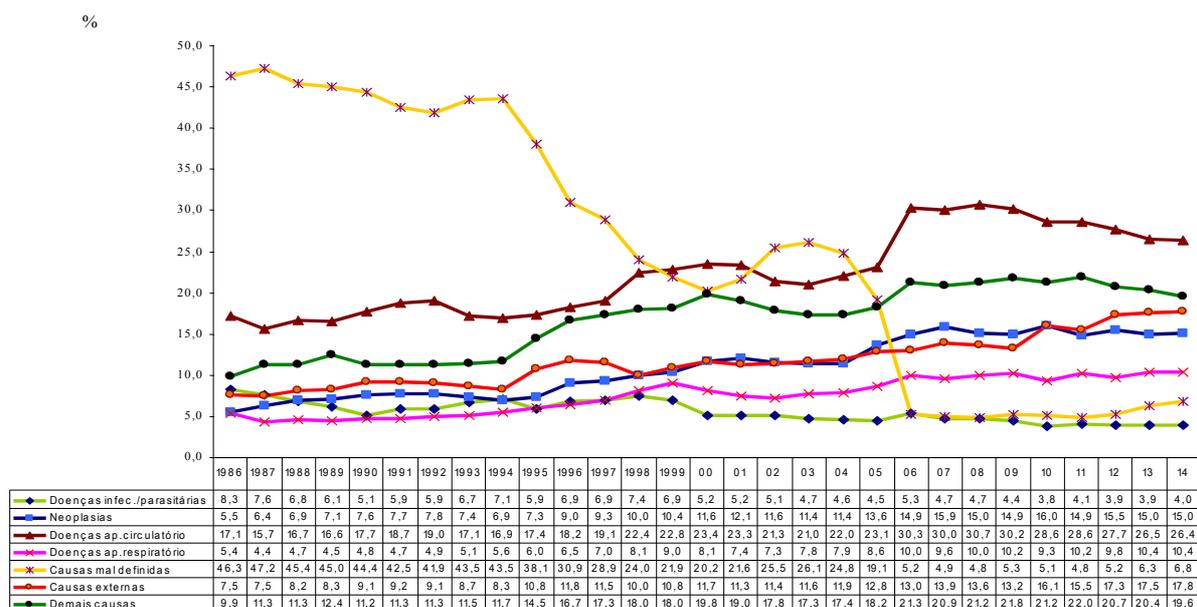
Em 2014, foram registrados 51.597 óbitos, com destaque para as Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX), Causas externas (Cap. XX) e Neoplasias (Cap. II), como as principais causas de morte, por ordem decrescente. Salienta-se a mudança de comportamento do perfil de mortalidade a partir de 2010, quando as causas externas ultrapassaram as neoplasias, continuando como a segunda causa de morte no Ceará. Outras causas importantes de óbito, entre as principais, estão as doenças referidas no Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório.

A tendência de aumento da esperança de vida ao nascer, média de 70 anos, aponta para o envelhecimento da população - acompanhando o perfil da estrutura etária da população, anteriormente apresentado - e o aumento progressivo das doenças crônicas e degenerativas, principais causas de morte no Ceará, em alinhamento ao padrão observado em quase todo o mundo. Embora as Doenças Infecciosas e Parasitárias - DIP (Cap. I) estejam, no Ceará, como a sétima causa de mortalidade foi a terceira em termos de internações pelo Sistema Único de Saúde – SUS 2013.

No estudo dos óbitos com causas mal definidas, destacou-se a redução para menos de 10% a partir de 2006. Este resultado pode ser atribuído à implantação, em 2007, do Projeto de Redução das Causas Mal Definidas (Ministério da Saúde em parceria

com a SESA e apoio das Secretarias Municipais de Saúde), para a investigação de óbitos com causas mal definidas, retroativa a 2006. O referido resgate reduziu as causas mal definidas de morte de 19,1% em 2005 para 4,8% em 2008. Salienta-se que, no início da década de 1990, a proporção de óbitos com causas mal definidas ultrapassou os 40%. Importante referir que se tem observado um aumento desse percentual desde 2012 e que medidas devem ser tomadas com a intenção de melhorar a cobertura das informações sobre mortalidade.

## Mortalidade proporcional pelos principais causas (Capítulo CID 9 e 10). Ceará 1986 a 2014



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Nota: CID até 1995; CID 10 a partir de 1996

## Número e proporção de óbitos por causas (Capítulo CID 10). Ceará, 2005 a 2014

Causa (CID 10)	2005	2006	2007	2008	2009				2010		2011		2012		2013		Nº		
	Nº	%																	
I.	1.793	4,5	2.173	5,3	1.904	4,7	2.030	4,7	1.958	4,4	1.673	3,8	1.947	4,1	1.886	3,9	2.012	3,9	2.056
II.	5.440	13,6	6.073	14,9	6.453	15,9	6.395	14,9	6.571	14,9	6.996	16	7.125	14,9	7.545	15,5	7.747	15,0	7.760
III.	132	0,3	240	0,6	249	0,6	231	0,5	251	0,6	259	0,6	278	0,6	249	0,5	258	0,5	282
IV.	1.783	4,5	2.173	5,3	2.194	5,4	2.462	5,8	2.763	6,3	2.658	6,1	3.233	6,8	2.830	5,8	2.893	5,6	2.760
V.	533	1,3	760	1,9	791	2	809	1,9	980	2,2	1.021	2,3	1.104	2,3	968	2	1.067	2,1	913
VI.	462	1,2	703	1,7	756	1,9	869	2	851	1,9	918	2,1	1.041	2,2	1.060	2,2	1.144	2,2	1.205
VII.	-	-	2	0,0	-	-	3	0,0	4	0,0	1	0,0	3	0,0	2	0,0	1	0,0	0
VIII.	2	0,0	11	0,0	4	0,0	5	0,0	6	0,0	8	0,0	10	0,0	8	0,0	9	0,0	6
IX.	9.211	23,1	12.316	30,1	12.163	30	13.058	30,5	13.333	30,2	12.522	28,6	13.683	28,6	13.473	27,7	13.693	26,5	13.631
X.	3.428	8,6	4.093	10	3.888	9,6	4.242	9,9	4.508	10,2	4.071	9,3	4.890	10,2	4.755	9,8	5.369	10,4	5.368
XI.	1.607	4	1.833	4,5	1.826	4,5	1.852	4,3	1.911	4,3	1.864	4,3	2.128	4,4	2.200	4,5	2.230	4,3	2.243
XII.	93	0,2	151	0,4	116	0,3	137	0,3	152	0,3	145	0,3	173	0,4	187	0,4	185	0,4	182
XIII.	118	0,3	130	0,3	157	0,4	198	0,5	173	0,4	172	0,4	187	0,4	168	0,3	201	0,4	189
XIV.	526	1,3	598	1,5	587	1,4	677	1,6	691	1,6	677	1,5	807	1,7	891	1,8	958	1,9	914
XV.	123	0,3	95	0,2	92	0,2	62	0,1	64	0,1	93	0,2	94	0,2	91	0,2	95	0,2	76
XVI.	1.459	3,7	1.403	3,4	1.261	3,1	1.243	2,9	1.262	2,9	1.056	2,4	1.049	2,2	1.022	2,1	1.098	2,1	962
XVII.	423	1,1	517	1,3	452	1,1	459	1,1	455	1	434	1	413	0,9	394	0,8	407	0,8	388
XX.	5.110	12,8	5.266	12,9	5.654	13,9	5.780	13,5	5.834	13,2	7.047	16,1	7.420	15,5	8.433	17,3	9.081	17,6	9.165
XVIII.	7.624	19,1	2.328	5,7	2.002	4,9	2.303	5,4	2.316	5,3	2.232	5,1	2.301	4,8	2.550	5,2	3.190	6,2	3.494
Total	39.867	100	40.865	100	40.549	100	42.817	100	44.092	100	43.847	100	47.886	100	48.712	100	51.638	100	51.594

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM - Base de Dados 22/08/2015

**Legenda (Causas - Capítulos CID 10):**

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	XI. Doenças do aparelho digestivo
II. Neoplasias (tumores)	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
III. Doenças sangue, órgãos hematopoiéticos, transtornos imunitários	XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
V. Transtornos mentais e comportamentais	XV. Gravidez, parto e puerpério
VI. Doenças do sistema nervoso	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal
VII. Doenças dos olhos e anexos	XVII. Malformações congênitas, de forma, deformações cromossômicas
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	XVIII. Causas mal definidas
IX. Doenças do aparelho circulatório	XX. Causas externas
X. Doenças do aparelho respiratório	

**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.

O perfil das doenças do aparelho circulatório pode ainda ser considerado no âmbito das regiões (RS)/macrorregiões (McR) de saúde. As macrorregiões Cariri, Sobral e Sertão Central e quinze regiões de saúde apresentaram taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares acima da média do Ceará. No mesmo ano, as macrorregiões Cariri, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Sobral e quatorze regiões de saúde apresentaram taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares acima da média do estado do Ceará. Tais achados sugerem o aprofundamento dos fatores de risco e de proteção para este grupo de doenças em determinadas regiões do estado. As Regiões de Saúde com o maior risco de morrer por doenças cerebrovasculares podem ser vistas no gráfico abaixo, considerando-se as regiões de maior taxa de mortalidade no período.

## **Mortalidade por causas externas**

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.

De 2006 a 2014, os homicídios ocuparam a primeira posição como causa de morte violenta, com curva de mortalidade ascendente, superando os acidentes de trânsito. As mortes devido a ocorrências no trânsito ficaram em segundo lugar, seguidas pelo suicídio. A taxa de mortalidade por suicídio tem se mantido estável nos últimos dez anos; em torno de 6 óbitos por 100.000 habitantes, variando entre 5,8 a 6,7.

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.

Além da morte prematura, como foi referida acima, a violência vem gerando o maior número de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e impacto negativo sobre os serviços de saúde, auxílios previdenciários, absenteísmo laboral e escolar, além do grande sofrimento pessoal, familiar e na sociedade e pressão sobre o governo.

Comparando-se o número de óbitos e de internações por causas externas em 2014, observa-se que do total de 51.597 óbitos registrados, 9.167 foram por causas externas, a segunda causa de morte, com 17,8% dos óbitos. No mesmo ano, foram registradas 360.921 internações (sem as causas obstétricas – Cap. XV do CID 10), sendo 47.291 por causas externas, a segunda causa de internações, com 13,1% das internações.

No período de 2006 a 2014 foram registrados 26.279 homicídios no Ceará, média de 2.920 por ano. Em 2014, foi a principal causa de morte por causas externas com 4.602 óbitos e taxa de mortalidade de 52 óbitos por 100.000 habitantes. As macrorregiões de maior risco de morte por homicídio em 2014 foram: Fortaleza (70 óbitos/100.000 habitantes) e Litoral Leste/Jaguaribe (59,5 óbitos/100.000 habitantes).

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.

Das mortes por acidentes de trânsito em 2014, chama a atenção aquelas por acidente de moto com taxa de mortalidade mais elevada (8,7 óbitos/100.000 habitantes),

seguida das mortes de pedestres (4,5 óbitos/100.000 habitantes) e de ocupantes de veículos (2,8 óbitos/100.000 habitantes).

As taxas de mortalidade mais elevadas por acidentes de moto em 2014 foram de residentes nas regiões de saúde: Tianguá (24,9 óbitos/100.000 habitantes), Acaraú (24,2 óbitos/100.000 habitantes) e Russas (18,8 óbitos/100.000 habitantes). As menores taxas registraram-se nas regiões de Quixadá (2,8 óbitos/100.000 habitantes), Crato (2,8 óbitos/100.000 habitantes) e Juazeiro do Norte (3,4 óbitos/100.000 habitantes).

### **Mortalidade por neoplasias**

Em 2014, foram estimados para o Ceará cerca de 20.080 casos novos de câncer, sendo 5.540 de pele não melanoma. Para o sexo feminino estimou-se 10.480 casos novos, sendo 3.020 de pele não melanoma, 2.060 de mama e 930 de colo de útero, entre os mais frequentes. Para o sexo masculino foram estimados 9.600 casos novos de câncer, sendo 2.250 de pele não melanoma e 2.350 cânceres de próstata. Para ambos os sexos destacam-se as estimativas de câncer de estômago com 1.210 casos novos e brônquios/traqueia/pulmões com 940 casos novos em 2014, citando os mais prevalentes (estimativas válidas para 2015).

No Ceará, em 2014, ocorreram 7.760 óbitos por neoplasias, assim constituindo-se na terceira causa de óbito nos últimos cinco anos. No sexo masculino, os tumores de próstata, brônquios/pulmões, estômago, esôfago e fígado foram as mais importantes localizações anatômicas. Observou-se comportamento crescente para a mortalidade por câncer de próstata e esôfago.

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

Os óbitos por câncer de mama ocorreram em todas as regiões de saúde. A taxa variou de 4,1 óbitos/100.000 habitantes, na RS Caucaia, a 16,5 óbitos/100.000 habitantes na RS Russas. Abaixo dessa, as RS Icó, Limoeiro do Norte e Fortaleza.

As 22 regiões tiveram óbitos por câncer de próstata com taxas variando de 8,4 a 29,1 óbitos/100.000 habitantes, respectivamente a RS Maracanaú e RS Russas. Ainda com maiores taxas: Tauá, Crateús, Acaraú, Iguatu, Quixadá, Icó e Limoeiro do Norte.

### **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 de tempo. 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 22<sup>a</sup> 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.

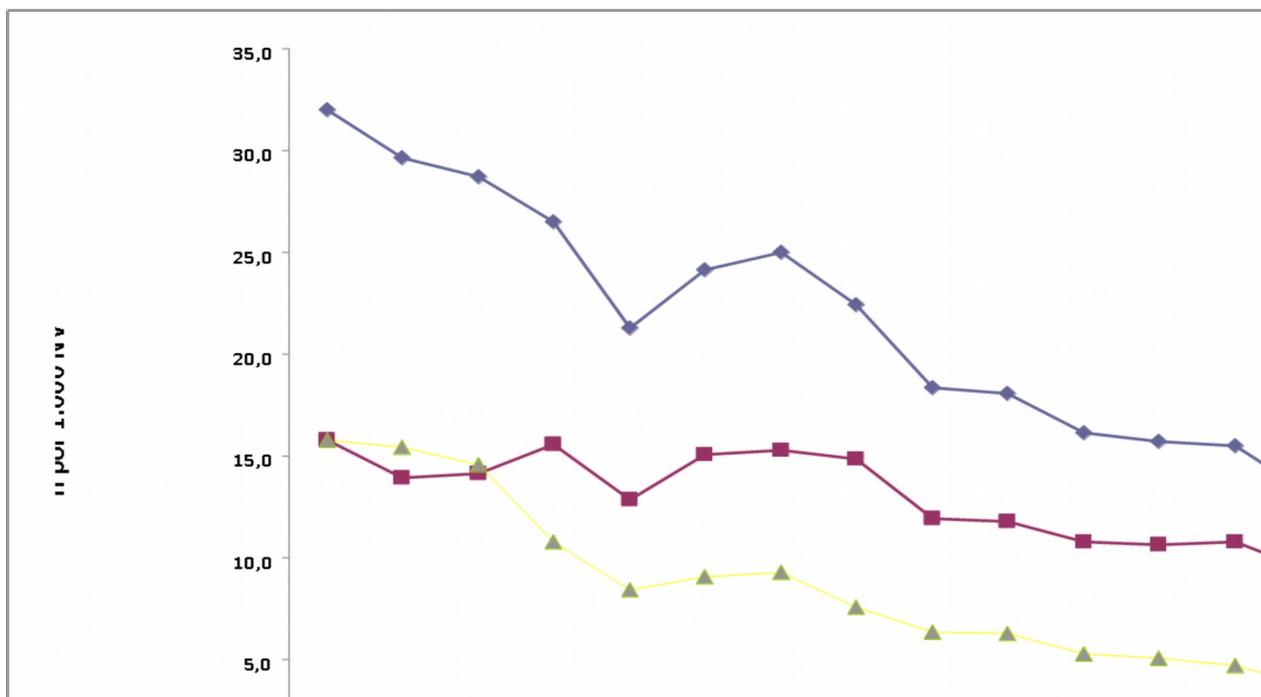
No Ceará, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) reflete a tendência de declínio apresentada pelo Brasil, passando de 32,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 1997 para 12,3 em 2014, com uma redução de 61,5%. A redução da TMI neonatal foi de 45,6% e da TMI pós-neonatal de 76,5%. Seguindo a tendência 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 60% 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.

Na distribuição da TMI/1.000 nascidos vivos por Macrorregião e Região de Saúde em 2014, observou-se que 13(63,6%) das regiões de saúde apresentaram TMI acima da média do Ceará. Destacaram-se ainda, a Macrorregião Sobral com as regiões Camo-

cim (16,8) e Crateús (16,6); a Macrorregião Cariri com as região de Crato (16,4) e Juazeiro do Norte (14,3); a Macrorregião Sertão Central com a região Quixadá (17,0).

### Taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes (neonatal e pós-neonatal). Ceará, 1997 a 2014\*



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

### 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.

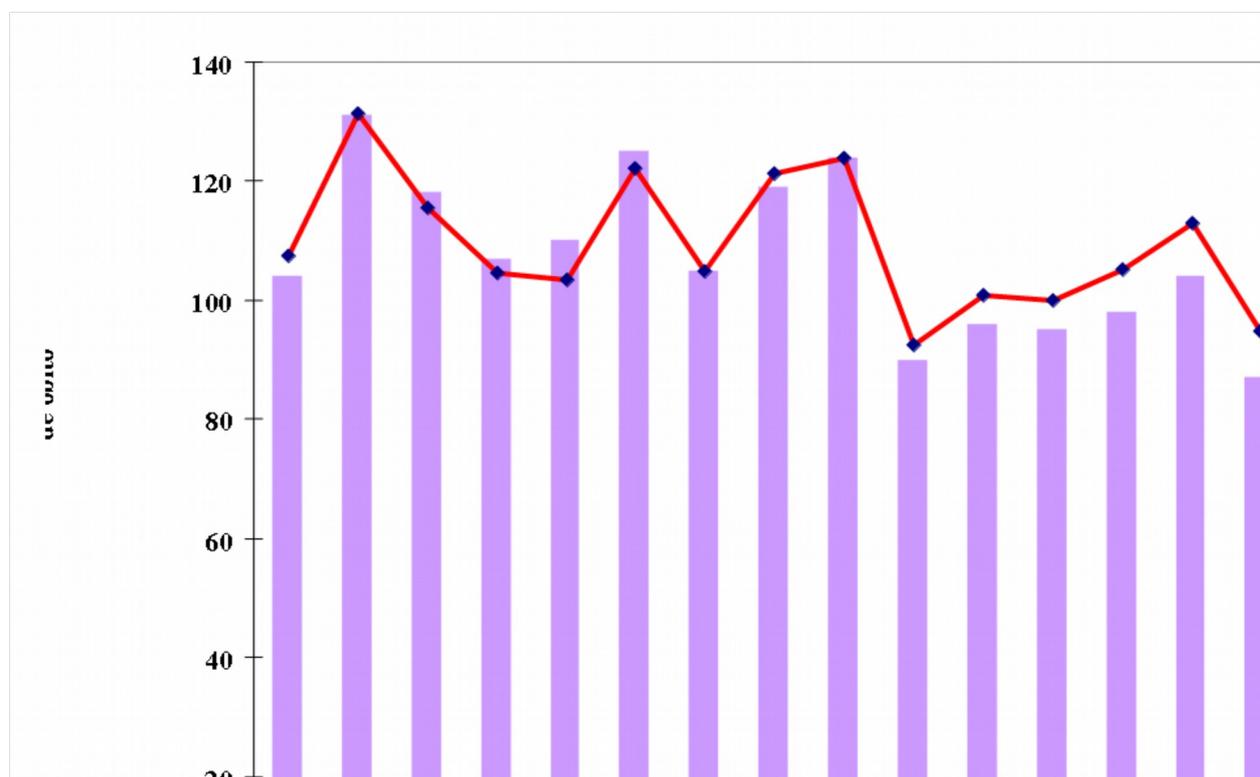
No período de 1997 a 2014, a mortalidade materna obstétrica se manteve elevada com uma média de 108 óbitos por ano e uma RMM que variou de 66,7 a 93,7 óbitos por

100.000 nascidos vivos. Ocorreram, no período, 1.828 óbitos obstétricos, com predominância dos óbitos obstétricos diretos (1.155; 63,2%).

As principais causas obstétricas diretas foram: doença hipertensiva, hemorragia, infecção puerperal, embolia obstétrica e aborto. A partir de 2009, observou-se aumento de outras causas obstétricas diretas. Quanto às causas obstétricas indiretas no ano de 2012 foram registrados o maior número de óbitos, sendo 14 por doenças do aparelho circulatório e 8 por doenças do aparelho digestivo.

A descrição a seguir contempla, para 2014, a situação da mortalidade materna nas regiões e macrorregiões de saúde. Ocorreram 126 óbitos maternos em 20 regiões de saúde distribuídas nas 5 macrorregiões. A McR Fortaleza totalizou 55 ou 43,7% destes óbitos.

### Número de óbitos por causa obstétrica e razão de mortalidade materna. Ceará, 1997 a 2014\*



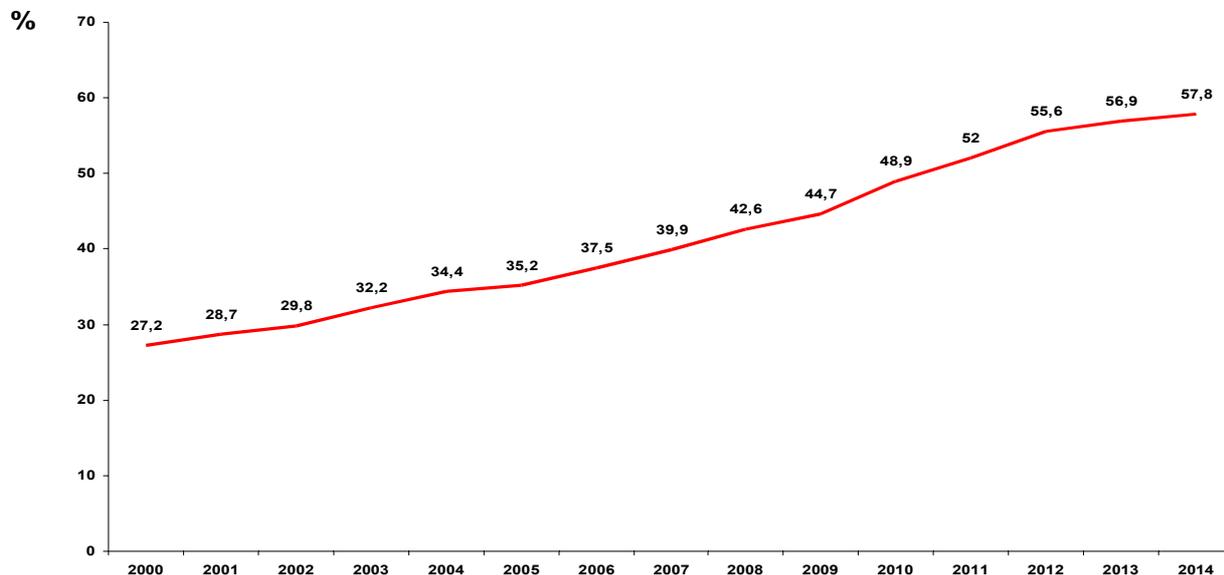
Fonte: SESA / Coprom / Nuvep – Nuias

### Número de óbitos maternos por Macrorregião e Região de Saúde. Ceará, 2014

A situação de saúde materno-infantil pode ser descrita com o apoio nas informações sobre os partos cesáreos. Esses vêm se mantendo em ascensão, apresentando as maiores proporções nas seguintes macrorregiões: Fortaleza (57,8%), Cariri (60,8%) e Litoral Leste/Jaguaribe (55,5%). Na macrorregião Fortaleza, as regiões: Fortaleza (63,4%) e Maracanaú (61,6%); na macrorregião Cariri as regiões: Brejo Santo (69,4%), Juazeiro

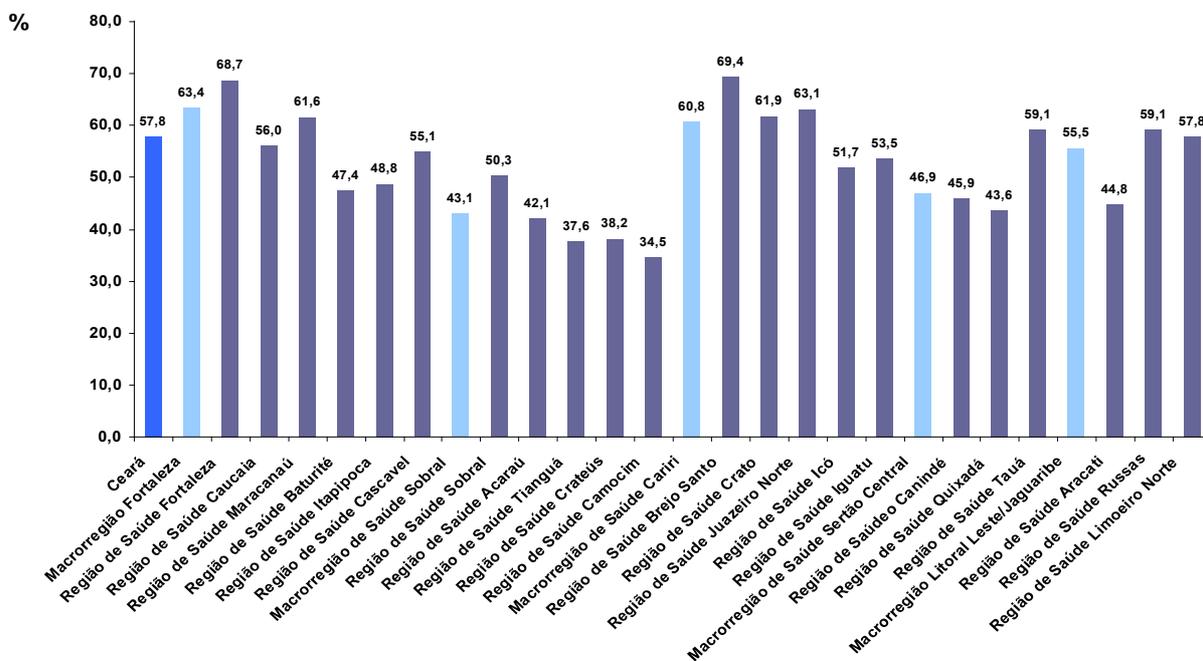
do Norte (63,1%) e Crato (61,9%); na macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe as regiões: Russas (59,1%) e Limoeiro do Norte (57,8%)

### Proporção de Partos Cesáreos. Ceará, 2000 a 2014



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC

### Proporção de Partos Cesáreos por Macrorregião e Região de Saúde. Ceará, 2014

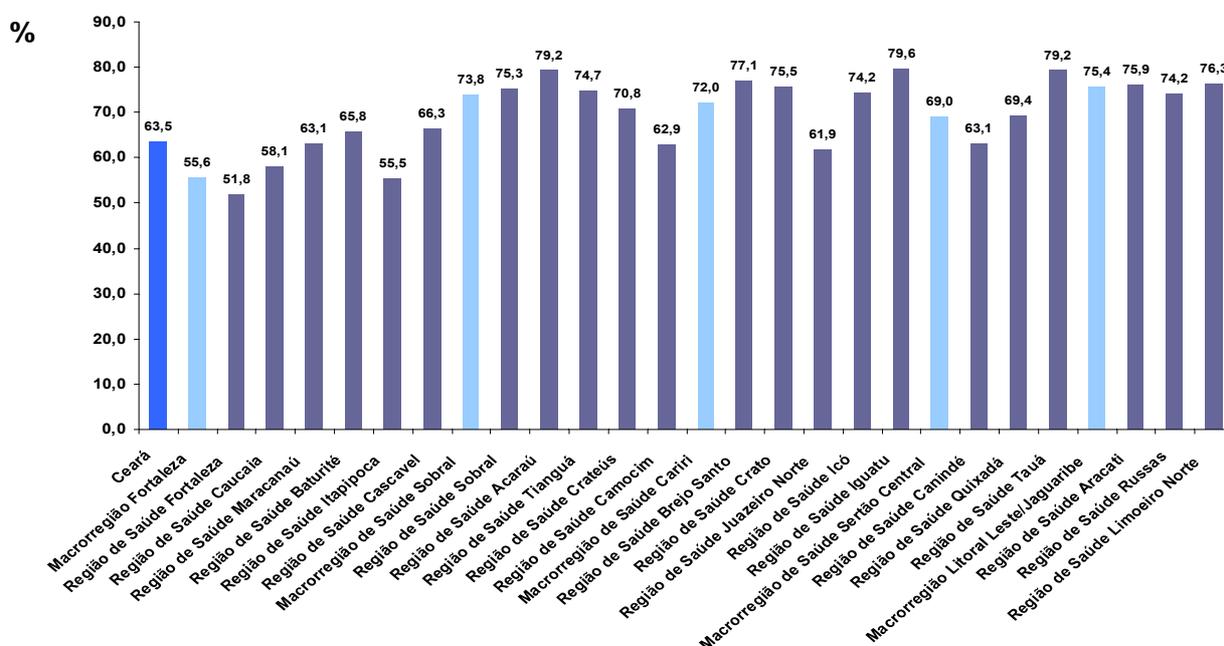


Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

Segundo o Ministério da Saúde a cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. No Brasil, a prematuridade está relacionada a 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis.

Em relação a atenção materno-infantil, a situação em 2014 das Regiões de Saúde/Macrorregiões quanto à proporção de recém-nascidos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal a macrorregião Fortaleza apresentou a menor cobertura; também se destacaram nessa situação as regiões de saúde Fortaleza, Itapipoca, Camocim e Juazeiro do Norte.

### Proporção de Recém-Nascidos de Mães com Sete ou Mais Consultas de Pré-Natal, por Macrorregião e Região de Saúde. Ceará, 2014



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

### Morbidade

A principal fonte de dados para a descrição da morbidade é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), alimentado por casos de doenças e agravos de notificação compulsória no país. Nesse estudo foram abordadas as doenças transmissíveis de interesse da saúde pública, notificadas pelo Sinan. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) foi utilizado para a descrição das principais causas de internações hospitalares no Ceará, referente, portanto, à população atendida pelo SUS. O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) foi utilizado no tópico alusivo às doenças imunopreveníveis.

## **Doenças e agravos transmissíveis**

As doenças foram agrupadas em, doenças imunopreveníveis (rubéola, sarampo, difteria, tétano acidental, tétano neonatal, coqueluche, *Haemophilus influenzae* b, meningite tuberculosa e poliomielite), doenças sexualmente transmissíveis e aids (aids sífilis congênita, hepatite B e C), doenças transmitidas por vetores e zoonoses (dengue, leishmaniose visceral, leishmaniose tegumentar, raiva, leptospirose, doença de Chagas, esquistossomose, tracoma e febre chikungunya), doenças de transmissão hídrica e alimentar (hepatite A, febre tifoide e melioidose) e outras doenças transmissíveis (hanseníase, tuberculose meningites e doença meningocócica).

## **Doenças imunopreveníveis**

As campanhas de vacinação vêm contribuindo para o declínio das doenças imunopreveníveis e erradicação de parte delas. O último caso de varíola notificado no Brasil foi em 1971 e, no mundo em 1977, na Somália. Desde então, as vacinas conseguiram interferir no processo saúde-doença e tornaram-se grandes responsáveis pela redução da morbidade e mortalidade da população mundial. O calendário básico de vacinação da criança e adultos no Brasil possui vacinas que conferem proteção contra as formas graves de tuberculose, hepatite B, hepatite A, rotavírus, doença pneumocócica, poliomielite, difteria, tétano acidental, tétano neonatal, coqueluche, meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b, sarampo, caxumba, rubéola, varicela, síndrome da rubéola congênita (SRC), meningite tuberculosa, influenza, febre amarela e doença por HPV.

Dentre todas as doenças elencadas anteriormente, algumas são objetivos da vigilância epidemiológica estadual, nacional e internacional e compõem a Portaria n.º 271, de 6 de junho de 2014. A vigilância epidemiológica desses agravos é desenvolvida mediante a notificação e investigação de casos suspeitos das doenças, além de medidas de contenção, como bloqueio vacinal e busca ativa de susceptíveis. Essa é uma forma de monitorar a ocorrência das doenças, considerando que os imunobiológicos são eficazes e efetivos no controle das mesmas, em situação de altas coberturas vacinais.

As coberturas vacinais devem ser mantidas segundo os parâmetros estabelecidos, ou seja, igual ou maior a 90% para as vacinas BCG (contra tuberculose) e contra rotavírus; igual ou maior a 95% para as vacinas contra hepatite B, contra poliomielite, vacina tetravalente (contra difteria, coqueluche, tétano e *Haemophilus influenzae* tipo b) e tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba). Essa cobertura deve ser alcançada em pelos menos 70% dos municípios (homogeneidade).

No Ceará em 2014, as coberturas vacinais adequadas pelos parâmetros acima citados, foram alcançadas conforme consolidado abaixo.

**Consolidado de Cobertura Vacinal Acumulada /Homogeneidade  
Rotina – Dezembro – 2014**

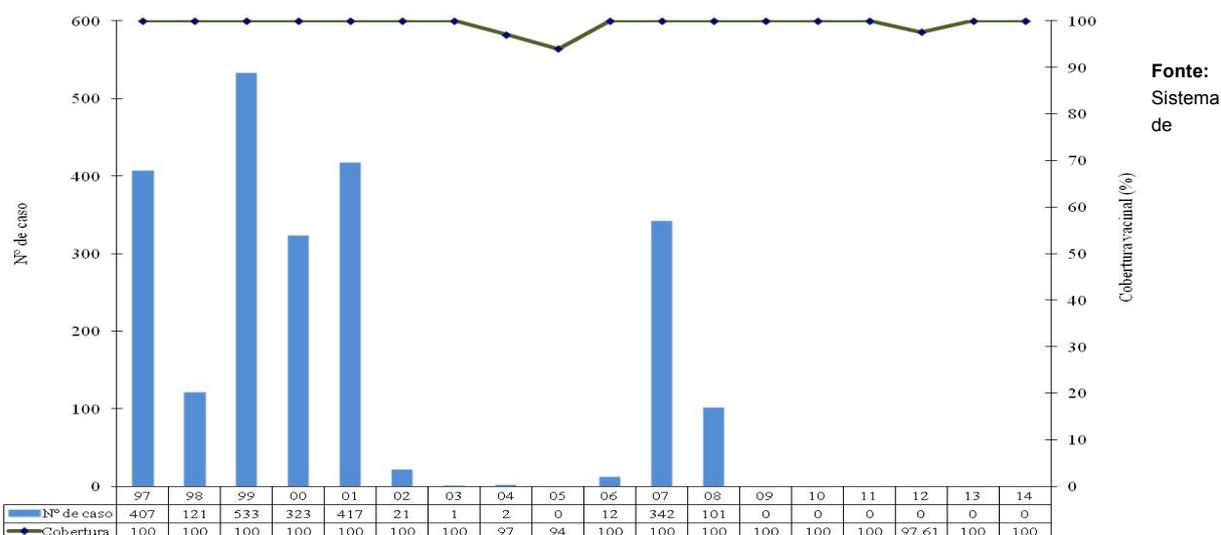
<b>VACINAS</b>	<b>CE – CV ≥ 95%</b>	<b>Nº de MUNICÍPIOS COM CV ≥ 95%</b>	<b>HOMOGENEIDADE %</b>
BCG	106,44	141	76,6%
MENINGO C	99,26	142	77,2%
PENTA	98,85	146	79,3%
PNEUMO 10	98	146	79,3%
TRIPLICE VIRAL	140,69	147	79,9%
VIP/VOP	103,86	149	81%
VORH	95,5	152	82,6%

Cobertura Vacinal adequada: BCG e VORH ≥ 90% - Outras ≥ 95%

**Rubéola e Sarampo - Doenças Exantemáticas**

A vacina tríplice viral, implantada em 1997, protege contra rubéola, sarampo e caxumba. Em 1999, foi implementado o Plano de Erradicação do Sarampo no país que impulsionou a vigilância e o controle da rubéola. No Ceará, o controle da rubéola ocorreu após a implementação da vigilância epidemiológica da doença, juntamente com o sarampo (vigilância epidemiológica de doenças exantemáticas) e a campanha de vacinação das mulheres em idade fértil em 2002, além da melhoria das coberturas vacinais em crianças a partir de um ano de idade.

## Número de Casos de Rubéola e Cobertura Vacinal. Ceará, 1997 a 2014



Informação de Agravos de Notificação – Sinan; Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização – SI-PNI

O sarampo mantém-se como uma das principais causas de morbimortalidade na infância, principalmente entre crianças menores de cinco anos e, sobretudo, desnutridas. No Brasil, há evidência da interrupção da transmissão autóctone do vírus do sarampo desde o ano 2000.

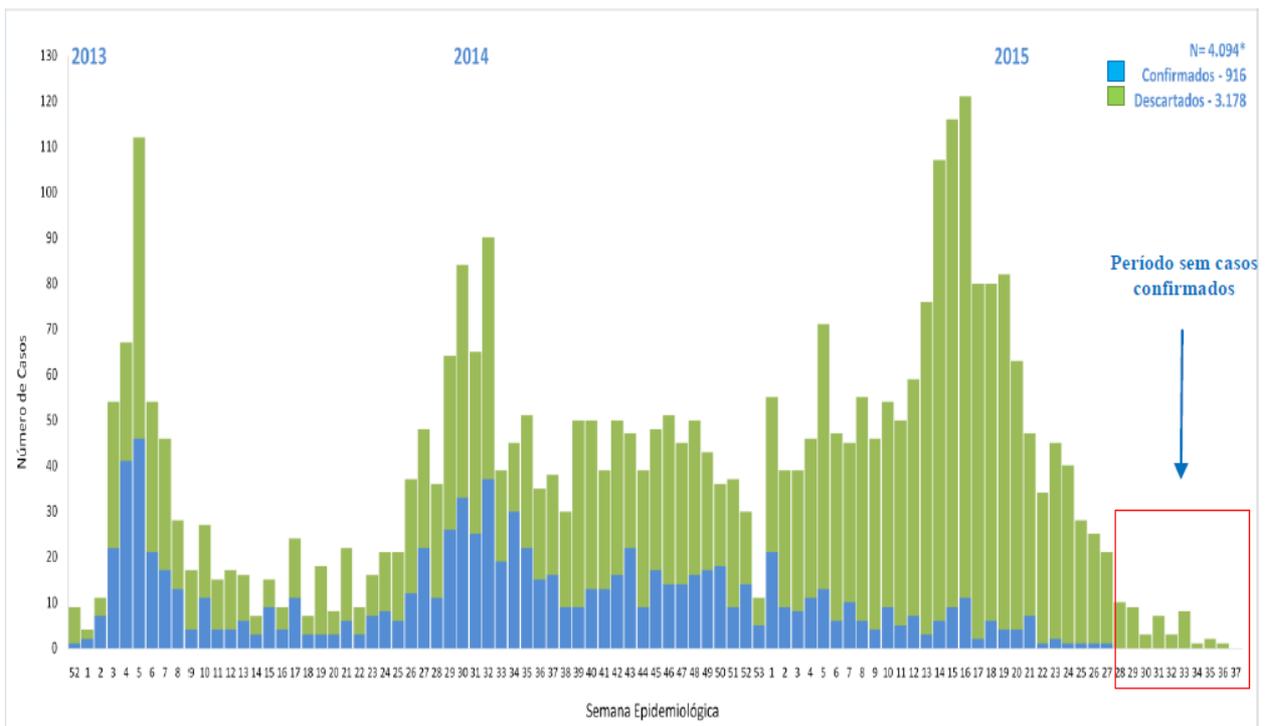
No Ceará, não foram confirmados casos de 1999 a 2012. Entre 25/12/2013 e 06/07/2015, foram notificados 4.094 casos suspeitos. Destes, 22% (916/4094) foram confirmados e 78% (3178/4095) descartados. Os meses com maior número de casos confirmados foram janeiro, julho e agosto de 2014. A maior incidência também foi no ano de 2014, sendo esta 8,6 por 100.000 habitantes.

### Casos Notificados de Sarampo, Segundo Classificação Final e Ano de Ocorrência, Ceará, 2013 a 2015\*.

Classificação	2013		2014			2015			TOTAL			
	N	%	INC	N	%	INC	N	%	INC	N	%	INC
Confirmados	1	0,5	0,01	747	33	8,6	168	10	1,94	916	22	3,5
Descartados	202	99,5		1.529	67		1.447	90		3.178	78	
<b>Total</b>	<b>203</b>			<b>2.276</b>			<b>1.615</b>			<b>4.094</b>		

Fonte: SESA/COPROM/NUVEP/SINANWEB.\* Atualização em: 24/09/2015. Dados sujeitos à revisão.

## Casos de Sarampo Confirmados, Descartados e em Investigação Epidemiológica, por Semana Epidemiológica da Data do Exantema, Ceará, 2013-2015\*



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP \*Dados sujeitos à revisão

### Vacinação Diante o Surto de Sarampo

O Estado do Ceará, desde janeiro de 2014, adotou inúmeras estratégias de vacinação na busca de população suscetível, das quais destacam-se a vacinação em Fortaleza e nos municípios da região metropolitana em fevereiro de 2014, a campanha de seguimento nos 184 municípios do Estado, a vacinação de população de risco, reorientação e sistematização das ações de bloqueio e varredura.

Em relação aos casos confirmados com as doses aplicadas no período de maio a outubro de 2014, observa-se uma constante de doses por meses e, a partir de novembro, o número de casos tem um ligeiro descenso associado, possivelmente, as doses aplicadas. Entre março e junho de 2015, realizou-se a intensificação vacinal na população de cinco a 29 anos nos municípios de Fortaleza, Caucaia e Itaitinga. O município de Paracuru realizou a intensificação da vacinação na população de cinco a 39 anos. Hoje, nesses municípios, nas diferentes estratégias de vacinação, consolidam um total de 1.232.368 doses aplicadas de dupla viral (contra sarampo e rubéola) na população alvo da intensificação. Após este período, observa-se a diminuição do número de casos confirmados no Estado do Ceará.

## **Difteria**

A vacina pentavalente introduzida no Brasil em 2012 protege contra cinco doenças (difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenza* tipo b e hepatite B). É uma combinação de DTP (contra difteria, tétano e coqueluche), Hib (contra *Haemophilus influenza* tipo b) e hepatite B. A descrição da situação da hepatite B será no grupo das sexualmente transmissíveis.

Os casos de difteria são raros quando as coberturas vacinais atingem patamares homogêneos de 80%. Nas últimas décadas, o número de casos notificados no Ceará teve redução expressiva. Em 1994, foram confirmados seis casos da doença, com redução do número de casos até 1999 e, a partir de 2000, não foram mais confirmadas casos no Ceará.

## **Tétano acidenta**

No Ceará, observou-se um declínio do número de casos de tétano acidental de 1994 a 2014. O maior número de casos registrados foi em 1996, declinando posteriormente. Em 2014 a maior proporção ocorreu na faixa etária entre 40 e 59 anos, seguida pela faixa acima de 60 anos. A letalidade, no entanto, tem se mantido elevada, configurando-se como doença grave. A maioria dos casos de tétano acidental ocorre em aposentados e pensionistas, trabalhador agropecuário, seguida pelos grupos de trabalhador da construção civil (pedreiro) e dona de casa.

No ano de 2006, dos 31 casos confirmados, 27 (87%) eram do sexo masculino, grupo mais acometido, ao longo dos anos, pela maior exposição a acidentes e menor cobertura vacinal. Em 2013 e 2014, essa proporção continuou elevada, correspondendo a 85,7% e 93,3%, respectivamente.

## **Tétano neonatal**

O tétano neonatal está em processo de eliminação no continente sul-americano desde 1989. Em 1993, foi introduzida a vacinação da mulher em idade fértil, contribuindo para a redução e manutenção da incidência zero de casos, juntamente com a implementação da vigilância epidemiológica e o maior acesso ao pré-natal. O último caso registrado no Ceará foi em 2005.

## **Coqueluche**

Desde a década de 1990, verifica-se expressiva redução na incidência dos casos de coqueluche no Brasil, como também no Ceará, decorrente da ampliação das coberturas vacinais de tetravalente e tríplice bacteriana. No entanto, a imunidade conferida pela doença e/ou imunização não é permanente e a susceptibilidade é geral em torno de 10 anos após a última dose de vacina. Devido a esse aspecto, houve uma reemergência de casos de coqueluche em todo o mundo.

No Ceará, o número de casos vem aumentando progressivamente desde 2010, com confirmação de 156 casos em 2014. Em 2014, foram confirmados casos em dezoito regiões de saúde, com exceção de Aracati, Acaraú, Icó, Iguatu e Tianguá.

Um aspecto relevante a ser destacado foi a implementação da vigilância laboratorial da coqueluche, por meio de técnicas biomoleculares, com confirmação de mais casos. A situação atual mostra que devem ser desencadeadas medidas de contenção da doença, a fim de controlar seu avanço.

## **Meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b**

A meningite causada pelo *Haemophilus influenzae* tipo b predomina em menores de cinco anos de idade (cerca de 90% dos casos). A introdução da vacina conjugada contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) no calendário de vacinação ocorreu a partir de 1999, com redução expressiva do número de casos de meningite por esse agente etiológico no país. No Ceará, ocorriam mais de 50 casos anuais até 1997, passando a menos de 10 casos por ano desde 2002. Essa situação demonstra a importância da manutenção de altas coberturas vacinais acima de 95%, de forma homogênea em todos os municípios para o controle da doença.

## **Meningite tuberculosa**

A vacina BCG é eficaz e indicada para prevenir as formas graves da tuberculose, como a tuberculose miliar e meníngea. O impacto da vacinação foi constatado no Brasil e no Ceará, com a redução na ocorrência de casos. No Ceará, foram registrados anualmente menos de 10 casos de 2005 a 2008, voltando a aumentar a partir de 2009.

## **Poliomielite**

A poliomielite foi erradicada em 1994 do continente sul-americano. No Ceará, o último caso confirmado data de 1988. No entanto, a vigilância da doença vem sendo mantida, com a notificação e investigação oportunas, até 48 horas do início dos

sintomas, diante de casos de PFA - Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos. A busca ativa de PFA e a notificação negativa semanal fazem parte da vigilância da poliomielite, considerando que a doença tem recrudescido em países com certificação de erradicação regional. Dessa forma, a vigilância da poliomielite se mantém, garantindo a ausência da circulação do vírus. É importante manter as coberturas vacinais homogêneas contra a poliomielite em todos os municípios, nas crianças menores de cinco anos de idade.

## **Aids e doenças sexualmente transmissíveis**

### **Aids**

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da aids representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo.

Os primeiros casos de aids foram descritos na década de 80. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação se deu não só, embora principalmente, pela via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela via materno-infantil (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas.

Se no início a infecção pelo HIV parecia limitar-se a determinados “grupos de risco” compostos por homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, com o decorrer do tempo ela foi buscando caminhos, tomando espaços na população geral e “socializando” a sua possibilidade de ocorrência, que antes parecia restrita aos “diferentes e famosos”, passando progressivamente por um processo de pauperização e feminização da epidemia.

No Brasil, foram estimados aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids no país no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. A região Nordeste registrou 14,3% dos casos de aids no país no período de 1980 a 2014. Nessa região, a epidemia da aids continua apresentando tendência de crescimento, apesar dos avanços e conquistas obtidas na política de enfrentamento na última década.

Desde o início da epidemia foram notificados 14.732 casos de aids no Ceará. Observa-se uma linha de ascensão entre os anos de 1990 e 2004, seguida por uma ligeira

queda, sem justificativa epidemiológica, entre 2005 e 2007, voltando a crescer a partir de 2008 atingindo o maior número de casos em 2012.

### **Sífilis congênita**

A sífilis congênita é um agravo de saúde passível de eliminação, desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* e seu parceiro sejam identificados e tratados antes ou durante o pré-natal. A eliminação foi proposta em 1993, quando o Ministério da Saúde recomendou o rastreamento da doença na gravidez, utilizando o exame VDRL, de diagnóstico de sífilis, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou curetagem. O agravo apresentou curva ascendente com 145,5% de 2006 a 2013. Mesmo assim, a partir de 2011 a taxa de crescimento anual tem se mantido entre 5% a 8%. Em 2014, a ocorrência de casos foi registrada em todas as regiões de saúde.

### **Hepatite B e C**

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Possuem semelhanças do ponto de vista clínico - laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e de evolução, destacando-se entre as doenças endêmico - epidêmicas que representam problemas importantes de saúde pública no Brasil. A melhoria das condições de higiene e de saneamento das populações, a vacinação contra a hepatite B e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da hepatite C estão entre os avanços importantes para o controle das hepatites.

A notificação de casos de hepatites no Ceará teve início em 1984, mas só a partir de 1990, com a utilização dos marcadores sorológicos pelo Lacen - Laboratório de Saúde Pública-, diagnosticou-se mais casos, particularmente após 1996 com a implementação da vigilância da doença e maior solicitação dos exames pela rede básica de saúde.

No Ceará, seguindo recomendação do Programa Nacional de Imunização, a vacinação em menores de um ano contra hepatite B teve início em 1998, ampliando-se para menores de 20 anos a partir de 2001. A vacina tem sido aplicada também nos profissionais de saúde e para outras populações de risco. Há registro anual de mais de cem casos de hepatite B, com maior risco para o sexo masculino.

A hepatite C, com confirmação de casos anualmente, semelhante à hepatite B, tende a evoluir para formas crônicas e possui mecanismos de transmissão semelhante à hepatite B: parenteral (exposição percutânea a agulhas ou outros instrumentos

contaminados, transfusão de sangue e seus derivados fora de recomendação técnica, uso de drogas endovenosas, procedimentos odontológicos, cirúrgicos e de hemodiálise), sexual e de mãe para filho. A hepatite C tem o agravante de não ser imunoprevenível como a hepatite B.

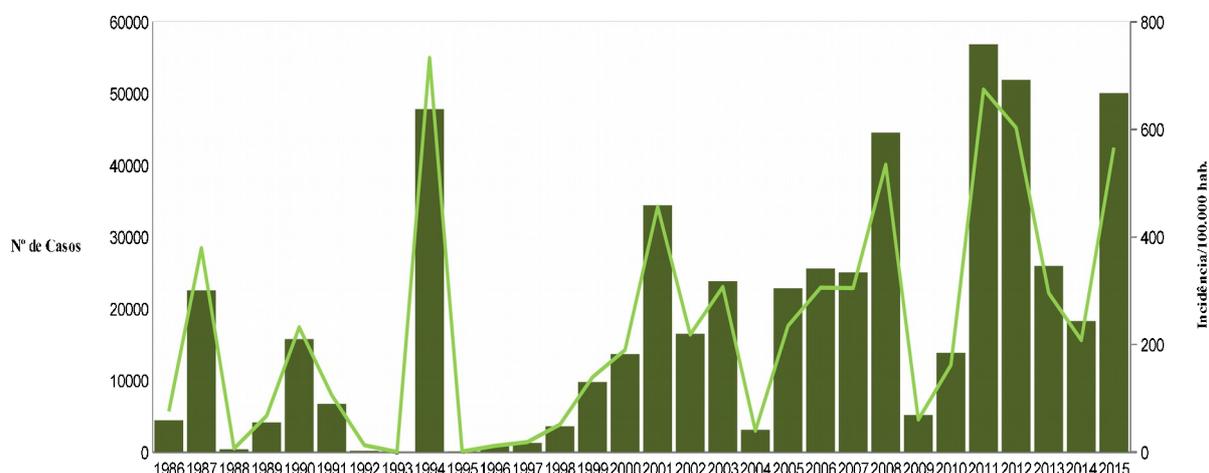
### Doenças transmitidas por vetores e zoonoses

As doenças transmitidas por vetores e zoonoses como dengue, leishmanioses, raiva, tracoma, esquistossomose e doença de Chagas, juntamente com tuberculose, hanseníase, sífilis congênita e aids são, como antes referido, doenças da pobreza, também consideradas doenças negligenciadas.

### Dengue

A dengue foi detectada pela primeira vez no Ceará no ano de 1986, manifestando-se em picos epidêmicos importantes. Desde 2002, há circulação simultânea dos três sorotipos virais, DEN 1, DEN 2 e DEN 3 e, a introdução do sorotipo DEN 4, a partir de 2011, vem contribuindo decisivamente para o aumento no número de casos graves.

**Série Histórica dos Casos Confirmados de Dengue e Incidência, Ceará, 1986 à 2015\***



Fonte: SESA/COPROM/NUVEP \*Dados 02/10/2015 sujeitos à revisão

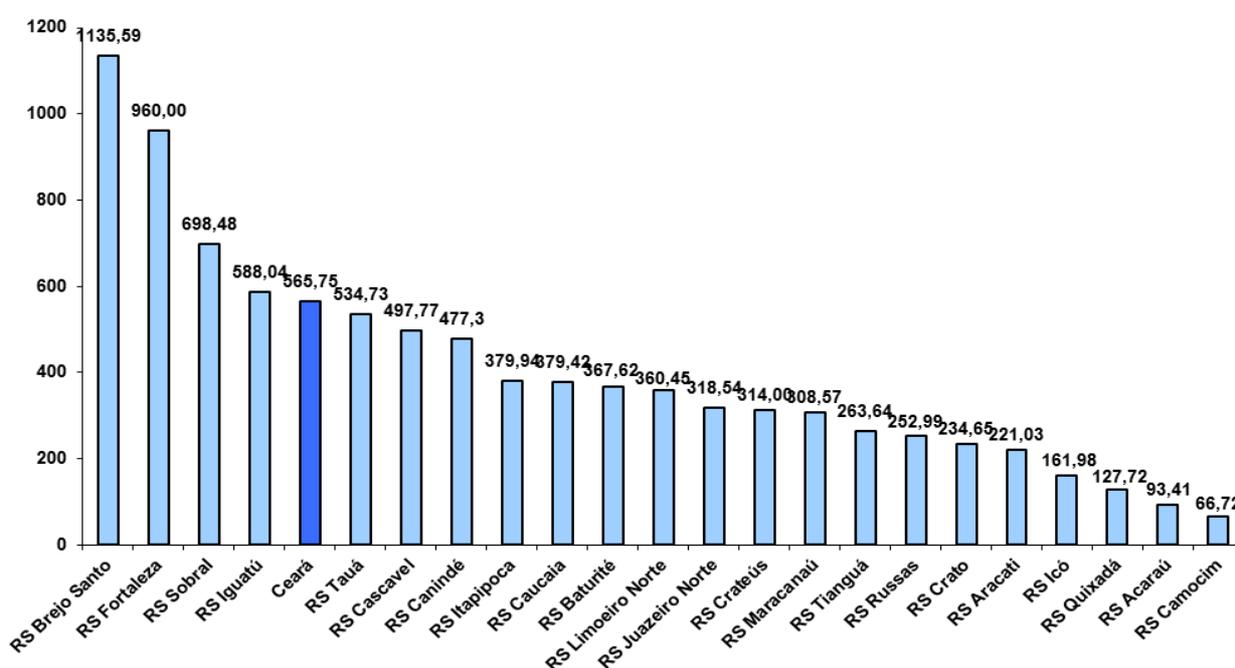
Nos últimos anos, vem sendo constatada a ocorrência de casos graves em maior proporção nas faixas etárias de menor idade, configurando um quadro preocupante.

Esse comportamento já vem se manifestando no Brasil, nos estados onde há maior força de transmissão, uma vez que a circulação de vários sorotipos, pela magnitude das epidemias, leva a um esgotamento de susceptíveis, tornando-se esta faixa mais vulnerável ao vírus.

Enfatize-se que é preciso aprimorar o controle vetorial, a atenção ao doente, principalmente no manejo clínico de crianças, a assistência e o acesso aos serviços de saúde e, sobretudo, conclamar o compromisso das autoridades públicas para o enfrentamento das epidemias que são cíclicas, com a circulação dos quatro sorotipos e a ocorrência de casos graves.

Ocorreram casos de dengue, nos últimos anos, em todas as regiões de saúde. Em 2015, as regiões de saúde que apresentaram maior risco de adoecer foram, por ordem decrescente de taxa de incidência, Brejo Santo, Fortaleza, Sobral Iguatu e Tauá.

**Taxa de incidência de dengue por Região de Saúde. Ceará, 2015**



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – Dados de Julho/2015

Segundo o Programa Nacional de Controle da Dengue, o risco de transmissão da doença está relacionado com a infestação do vetor, sendo necessária à coleta de dados nas visitas domiciliares para gerar os indicadores entomológicos. O controle da dengue é uma atividade complexa devido a fatores externos ao setor saúde, como aglomerados urbanos, condições de habitação impróprias, irregularidade no abastecimento de água, destino inadequado dos resíduos sólidos, a globalização com o fluxo constante de pessoas e mudanças climáticas devido ao aquecimento global.

Na área da saúde faz-se necessário a articulação e integração das vigilâncias entomológica, epidemiológica e sanitária com a atenção a saúde para que sejam potencializadas as ações e evitar o retrabalho ou duplicidade de atividades, considerando especial-

mente o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE).

Segundo a Portaria Nº 1708 de agosto de 2013, os municípios devem realizar pelo menos 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares com, no mínimo, 80% (oitenta por cento) de cobertura em cada ciclo. Os municípios devem realizar no mínimo três levantamentos, preferencialmente nos meses de janeiro, março e outubro e quatro ciclos de visitas domiciliares por ano para cumprimento do indicador.

O parâmetro de risco de transmissão de dengue proposto pelo Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD para o Levantamento Rápido de Índices Amostral – LIRA, segue a classificação a seguir: satisfatório (IIP < 1%), em alerta (IIP entre 1 e 3,9%) e em risco (IIP acima de 3,9).

### **Leishmaniose tegumentar americana (LTA)**

A leishmaniose tegumentar americana tem sido notificada anualmente, com redução do número de casos a partir de 2006. Em 2014, os casos predominaram no sexo masculino (51,9%), com ocorrência em todas as faixas etárias, com maior risco nas faixas de 60 anos e mais e de 40 a 59 anos. As regiões de maior risco foram RS Baturité, RS Tianguá, RS Sobral, RS Crato, RS Itapipoca, RS Brejo Santo e RS Juazeiro do Norte, com taxas de incidência (por 100.000 habitantes) de 59,0; 34,3; 15,1; 12,9; 12,8; 6,6 e 6,0 casos, respectivamente.

### **Leishmaniose visceral (LV)**

No Brasil, a leishmaniose visceral é uma doença endêmica com registro de surtos frequentes. No Ceará, a doença se mantém com incidência elevada. Em 2014, foram confirmados 537 casos, atingindo todas as faixas de idade, embora 33% dos casos tenham ocorrido em menores de cinco anos, faixa etária de maior risco de ocorrência de casos. Quanto ao sexo, houve predominância no sexo masculino 69,1 em 2014. A letalidade tem se mantido elevada (6,6% em 2013 e 7,0% em 2014) e requer diagnóstico e tratamento precoces dos casos para a sua redução.

Casos de leishmaniose visceral foram confirmados nas cinco macrorregiões e 22 regiões de saúde, com maiores taxas de incidência (por 100.000 habitantes) nas regiões em 2014: Sobral (16,1), Brejo Santo (12,3), Crato (9,4), Juazeiro do Norte (8,4), Canindé (8,4), Crateús (8,1), e Caucaia (8,0).

O controle efetivo da LV requer a diminuição de sua incidência em cães, que é o reservatório para a doença no homem. No período de 2011 a 2013, no Ceará, foram reali-

zados exames sorológicos (RIFI e DPP/ELISA) para LV em 688.243 cães, sendo 37,40% das amostras em 2011; 40,13% em 2012, e 22,47% em 2013.

Dos animais examinados, 32.679 eram soropositivos, com um percentual de positividade sorológica de 4,75%. Dos exames realizados, 46,56% eram de Fortaleza, como também 48,28% dos animais soropositivos. A urbanização da epidemia canina por leishmaniose e a conseqüente possibilidade de infecção humana exige o aprofundamento de novas estratégias de ação para conter sua expansão.

## **Raiva**

O Ceará continua registrando casos de raiva humana, pois o último caso ocorreu em 2012. É oportuno registrar a ocorrência dos sete casos confirmados em 2003 nos municípios de Fortaleza (3), Tururu (1) Maracanaú (1), Caucaia (1) e Umirim (1). A partir de 2005, os casos registrados tiveram como animal agressor o sagui, em São Luís do Curu (2005); o sagui, em Camocim (2010), o cão em Chaval e o sagui em Ipu (2010) e o sagui, em Jati (2012). A principal medida de prevenção é o atendimento antirrábico após a agressão por animal de qualquer espécie, além da manutenção de altas coberturas vacinais para cães e gatos nas campanhas e na rotina. Nas agressões por animais silvestres (morcegos, saguis, raposas, guaxinins e outros) é necessário o esquema completo de soro e vacina, segundo as novas recomendações do Ministério da Saúde.

No controle da raiva animal, desde 2003 com a intensificação das campanhas de vacinação de cães e gatos houve uma redução do número de casos nesses animais e um aumento nos casos referentes aos animais silvestres, devido à implantação da vigilância no ciclo silvestre, ocasionando uma mudança no perfil epidemiológico da doença, onde o ciclo silvestre se sobrepõe em relação ao ciclo urbano. Em Fortaleza, há 10 anos não há registro de casos de raiva humana nem animal.

## **Leptospirose**

O perfil endêmico da leptospirose nos últimos 10 anos vem se mantendo, com ocorrência de casos no ano inteiro. Apresenta comportamento sazonal, tendo maior concentração de casos nos meses de maior precipitação pluviométrica, relacionado, portanto, a enchentes e condições sanitárias inadequadas, que favorecem o contato do homem com a urina de animais infectados. As profissões de maior risco são os limpadores de esgotos, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, magarefes, laboratoristas, bombeiros, nadadores dentre outros.

É importante relatar a situação de 2009 no Ceará, quando foram confirmados 305 casos em 48 municípios. Destacaram-se os municípios de Fortaleza, Várzea Alegre e Pa-

coti, com 48, 48 e 37 casos, respectivamente. No mesmo ano, a ocupação que apresentou maior percentual de casos foi trabalhadores ligados à agricultura e pecuária (37%), estudantes (14,8%) e donas de casa (11,1%). Em 2014, foram notificados 175 casos, havendo confirmação de 46 destes em 14 municípios, com maior concentração em Fortaleza, que registrou 23 casos (50,0%). O sexo masculino foi o mais acometido, com 76,0% (35) e a faixa etária de 20 a 59 anos (28). A letalidade da leptospirose tem sido elevada (6,3% em 2013 e 11,6% em 2014), havendo necessidade de acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

### **Doença de Chagas**

O Ceará é endêmico para a Doença de Chagas. Os triatomíneos estão em toda sua extensão territorial, com predominância dos *Triatoma brasiliensis* e *Triatoma pseudomaculata*. Essas são as duas das principais espécies de vetores da doença no nordeste brasileiro, respectivamente presentes no intradomicílio e no peridomicílio das habitações humanas.

As áreas de maior importância epidemiológica e alto risco da transmissão da doença de Chagas, pela via vetorial, são os sertões de Crateús, Inhamuns, Central e Norte, compreendendo 54 municípios.

Apenas os casos agudos da doença de Chagas são de notificação compulsória, com vigilância voltada para esse perfil. Os últimos casos registrados no Ceará foram em 2006, um surto familiar em Redenção com oito casos e um caso em 2008 na cidade de Sobral. Os casos crônicos são acompanhados por clínicos e hospitais de referência.

Foram realizados inquéritos sorológicos humanos de acordo com a necessidade apontada pela identificação do risco de transmissão acima descrito, tendo-se como exemplo o inquérito Indígena na Aldeia dos Pitaguary (Maracanaú/2009) com 159 participantes e nenhum soro reagente; em 18 localidades no distrito de Carrapateiras (Tauá 2010/2011) com 360 participantes e 11 (3%) soro reagentes (casos crônicos em acompanhamento); em Redenção/2011, com 159 participantes e 1 (0,6%) soro reagente (caso crônico em acompanhamento). Essas informações caracterizam o perfil predominantemente crônico da enfermidade no Ceará.

Salienta-se que a vigilância da doença de Chagas vem enfrentando desafios, como a manutenção das ações de pesquisa triatomíneos, a borrifação residual, a identificação de hospedeiros domésticos de triatomíneos de importância nos diversos ciclos de manutenção do *T. cruzi*, além da busca ativa de possíveis casos agudos, triagem de candidatos à doação de sangue e hemoderivados, diagnóstico parasitológico e sorológico e acompanhamento dos pacientes chagásicos crônicos.

## Esquistossomose

A prevalência da esquistossomose no Ceará é em torno de 2% sendo que em algumas localidades como Planalto Cajueiro, no município de Maranguape, a prevalência é de 18%. O agravo é trabalhado de forma rotineira em três regiões do Ceará: Cariri, Maciço de Baturité e Serra da Ibiapaba.

No período de 2009 a 2013 foram realizados 161.658 exames de coproscopia (exame parasitológico de fezes método Kato-Katz) para pesquisa de *Schistosoma mansoni* em 30 municípios que executam ações do programa de controle da esquistossomose no Ceará. Nesse período, foram notificados 608 casos de esquistossomose mansônica com uma positividade de 0.37%.

A positividade de casos intestinais (forma mais branda da doença) foi de: 284 casos (2009); 182 casos (2010); 237 casos (2011); 194 casos (2012) e 48 casos (2013). A maior positividade de casos intestinais deve-se à baixa carga parasitária (presença de 1 a 4 ovos de *Schistosoma mansoni* nas lâminas de fezes). No período de 2009 a 2013, detectaram-se 924 pessoas positivas para o *S. mansoni* com característica parasitária acima referida, configurando o Ceará como uma área de baixa parasitemia.

Em 2009 foi notificada a presença do caramujo *Biomphalaria glabrata*, hospedeiro intermediário da esquistossomose mansônica, no município de Aurora, não infectante. Em 2010, foi detectado o caramujo *Lymnaea columella*, hospedeiro intermediário da Fascíola hepática, no maciço de Baturité também não infectante. No monitoramento realizado de 2011 a 2014, por meio da pesquisa malacológica nos municípios endêmicos, foram encontrados caramujos da espécie *Biomphalaria straminea* não infectados com a forma larvária do *Schistosoma mansoni*. A *Biomphalaria straminea* é a espécie que mantém o ciclo da transmissão da esquistossomose mansônica no Ceará.

## Tracoma

O tracoma é uma doença endêmica, com transmissão em várias regiões do Brasil. No Ceará, as regiões como Cariri e maciço de Baturité apresentam as maiores prevalências.

No Ceará, no período de 2009 a 2014 foram examinados 441.018 escolares e notificados 17.386 casos de tracoma com taxa de detecção de 3,9% em 54 municípios do Ceará que realizam busca ativa (eversão da pálpebra) da doença.

O controle da doença está sendo intensificado por meio do Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da hanseníase, do tracoma como causa de cegueira e do controle das geohelmintíases. O plano tem como estratégia a ação integrada que visa

trabalhar a busca ativa dos casos de hanseníase e tracoma para providenciar o tratamento dos casos positivos e tratamento em massa para as geohelmintíases. Para 2014 sessenta municípios, segundo critérios epidemiológicos, aderiram à campanha. As ações que envolvem o tracoma é a busca ativa nos escolares do 1 ao 5 ano do ensino fundamental e o encaminhamento dos casos de triquíase para cirurgia. O fortalecimento integrado dessas ações visa evitar os casos de cegueira na população, visto que o tracoma constitui o principal fator de cegueira evitável.

### **Febre Chikungunya**

Chikungunya é uma doença febril aguda causada por um arbovírus, o vírus Chikungunya (CHIKV). Os vetores são mosquitos do gênero *Aedes*, onde os mais comuns são o *Aedes aegypti*, notório pela transmissão da dengue. A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda, subaguda e crônica. Na fase aguda, os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta, artralgia (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações), cefaleia e mialgia. Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular e o período médio de incubação da doença é de três a sete dias (podendo variar de 1 a 12 dias). Os sintomas costumam persistir por 7 a 10 dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converter-se em uma dor crônica incapacitante para algumas pessoas.

A doença foi oriunda da África nas décadas de 50 e 60 e atualmente, esta em circulação em diversos países da Ásia, Caribe, Estados Unidos, Itália e França. No Brasil, casos da doença foram detectados pela primeira vez em agosto de 2010, sendo dois casos, cujos pacientes apresentaram os sintomas após uma viagem para a Indonésia. Até a semana epidemiológica 47 de 2014, o Ministério da Saúde registrou 2.597 casos autóctones, distribuídos nos estados do Amapá (856), Bahia (1.710), Mato Grosso do Sul (26) e Minas Gerais (5).

No Ceará, em 15/07/2014 houve confirmação laboratorial do primeiro caso importado de Febre Chikungunya e até a 53ª semana epidemiológica (terminada em 3/1/2015) foram notificados 23 casos suspeitos, destes 17 foram descartados e seis confirmados, todos importados de pessoas que viajaram para países com transmissão da doença, como República Dominicana, Suriname e Taiti. Os casos ocorreram em Fortaleza (4), Brejo Santo (1) e Aracoiaba (1).

Frente a situação de transmissão sustentada no país, o Ceará torna-se cada vez mais vulnerável à introdução e circulação viral de Chikungunya, tendo em vista a presença do *Aedes aegypti* em 96,2% (177) dos municípios e a existência do fluxo intenso de pessoas a estados procedentes de áreas com transmissão.

## **Doenças de veiculação hídrica e alimentar**

### **Hepatite A**

A hepatite A continua como doença de alta incidência no Ceará, embora com comportamento decrescente nos últimos anos. Em 2014, foram notificados 110 casos de hepatite A. Dos 110 casos notificados em 2014, 86 (78,2%) ocorreram em crianças e adolescentes, distribuídas igualmente entre os sexos. É doença relacionada às condições sanitárias deficientes, particularmente quanto ao acesso à água tratada e esgotamento sanitário inadequado.

A partir de 2014, a vacina contra hepatite A passou a fazer parte do calendário de imunização das crianças, na faixa etária de 12 meses a dois anos incompletos. A meta para 2015 é imunizar 95% do público alvo, cerca de três milhões de crianças.

### **Febre tifoide**

Casos de febre tifoide vêm sendo registrados no Ceará, embora com baixa incidência, sem registro de casos em 2013 e 2014. É importante referir que as doenças diarreicas, se encontram entre as doenças de maior internação no Ceará.

Em 2013, foram realizadas 45.200 (9,7% das internações) internações por doenças infecciosas intestinais pelo SUS.

### **Melioidose**

A melioidose é uma doença emergente no Brasil desde 2003. A ocorrência dos primeiros casos no Ceará com elevada letalidade justificou sua notificação compulsória no estado no ano de 2005. No período de 2003 a 2014, já foram confirmados 24 casos, com letalidade elevada (15 óbitos). Observa-se tendência de aumento de sua detecção, evidenciando a necessidade de vigilância epidemiológica permanente.

## **Outras doenças transmissíveis**

### **Hanseníase**

A hanseníase faz parte do grupo de doenças relacionadas à pobreza, consideradas negligenciadas. A eliminação da doença como problema de saúde pública até 2015 (coeficiente de prevalência menor ou igual a 1 caso por 10.000 habitantes), é um dos Objetivos do Milênio (IPEA, 2010). Em 2013, o coeficiente de prevalência no Brasil foi de 1,42 casos por 10.000 habitantes e no Ceará de 1,96. O coeficiente de detecção em todas as idades, que mede a relação entre os casos novos e a população em geral, no Brasil foi 15,44 e no Ceará, 24,2 casos por cem mil habitantes. Portanto, encontram-se

ainda na faixa de muito alta endemicidade (entre 20,00 a 39,99) para a OMS. Um importante indicador para medir a força de transmissão recente da doença e sua tendência é a taxa de detecção em menores de 15 anos, que em 2013 foi 5,03 para o Brasil e 5,81 para o Ceará, considera muito alta para a OMS (entre 5,00 a 9,99).

Observa-se redução da taxa de detecção da hanseníase no Ceará a partir de 2009. Em 2014, as taxas de detecção mais elevadas foram observadas nas regiões de saúde Tauá (46,7), Icó (38,6), Juazeiro do Norte (29,8), Iguatu (29,4), Sobral (26,7), Brejo Santo (26,5), Fortaleza (23,3), Maracanaú (21,8) e Crato (19,7), casos por 100.000 habitantes.

Destaca-se a importância do monitoramento dos coeficientes de detecção e de prevalência, como importantes marcadores para acompanhar os resultados efetivos das políticas de saúde para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e alcançar a meta de prevalência da doença adotada pelo Ministério da Saúde de menos de um caso por 10 mil habitantes até 2015.

## **Tuberculose**

A tuberculose, categorizada como doença negligenciada, incide mais em áreas de grande concentração populacional de precárias condições socioeconômicas e sanitárias. Assim, a distribuição é desigual, com concentração nos grandes centros urbanos e áreas mais periféricas.

A doença é endêmica no Ceará, constatando-se tendência a declínio lento da taxa de incidência. Em 2014 foram registrados 3.429 casos novos, sendo a taxa de incidência de 38,8 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, a taxa de incidência foi de 35,0 casos por 100 mil habitantes.

Em 2014, destacaram-se as maiores taxas de incidência no Ceará nas regiões de saúde Fortaleza 56,6; Sobral, 43,2; Caucaia, 34,0; Maracanaú, 31,7e Camocim, 30,4 casos por 100.000 habitantes.

## **Tuberculose**

A tuberculose, categorizada como doença negligenciada, incide mais em áreas de grande concentração populacional de precárias condições socioeconômicas e sanitárias. Assim, a distribuição é desigual, com concentração nos grandes centros urbanos e áreas mais periféricas.

A doença é endêmica no Ceará, constatando-se tendência a declínio lento da taxa de incidência. Em 2014 foram registrados 3.429 casos novos, sendo a taxa de incidência de 38,8 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, a taxa de incidência foi de 35,0 casos por 100 mil habitantes.

Em 2014, destacaram-se as maiores taxas de incidência no Ceará nas regiões de saúde Fortaleza 56,6; Sobral, 43,2; Caucaia, 34,0; Maracanaú, 31,7e Camocim, 30,4 casos por 100.000 habitantes.

## **Meningites em geral e doença meningocócica**

Entre os vários agentes causadores das meningites infecciosas destacam-se na saúde pública, a meningite meningocócica (doença meningocócica), a meningite por *Haemophilus influenzae* b e a meningite tuberculosa, tanto pela gravidade da doença, quanto pelo potencial de transmissão, mais observado nas duas primeiras.

As meningites por *Haemophilus influenzae* b e tuberculosa, pela possibilidade de prevenção por vacinas, já foram abordadas anteriormente, no item referente às doenças imunopreveníveis.

Observou-se no período de 1994 a 2014 a redução anual dos casos de meningites, acompanhada pela redução de casos de doença meningocócica. Em 2014, foram confirmadas 25 casos de doença meningocócica, distribuídos nos dois sexos, com maior incidência em menores de 20 anos. De grande transcendência pela letalidade elevada, principalmente quando o diagnóstico é tardio, a doença meningocócica apresenta comportamento sazonal e tem sido objeto de vigilância permanente, com a realização de medidas de controle diante de cada caso suspeito.

## **Morbidade hospitalar**

As estatísticas de morbidade hospitalar exibem as doenças ou grupos de doenças que requerem atenção especializada à saúde das pessoas, as quais exigem, muitas vezes, o uso de maior complexidade tecnológica.

O monitoramento e análise das taxas de morbidade hospitalar de doenças ou grupos de doenças são recursos para o planejamento e implantação de ações de

promoção, vigilância, prevenção e avaliação da qualidade da assistência e da atenção prestada à população, no âmbito primário; nessas se incluem as taxas de internação por doenças imunopreveníveis, diabetes, hipertensão arterial, infecções respiratórias agudas (IRA) e doenças diarreicas, todas componentes do grupo de doenças sensíveis à atenção primária.

Ademais, analisar as informações registradas no Sistema de Informação Hospitalar-SIH/SUS, são úteis para estimar a prevalência, incidência, sobrevida, custos e seu comportamento por ciclo de vida.

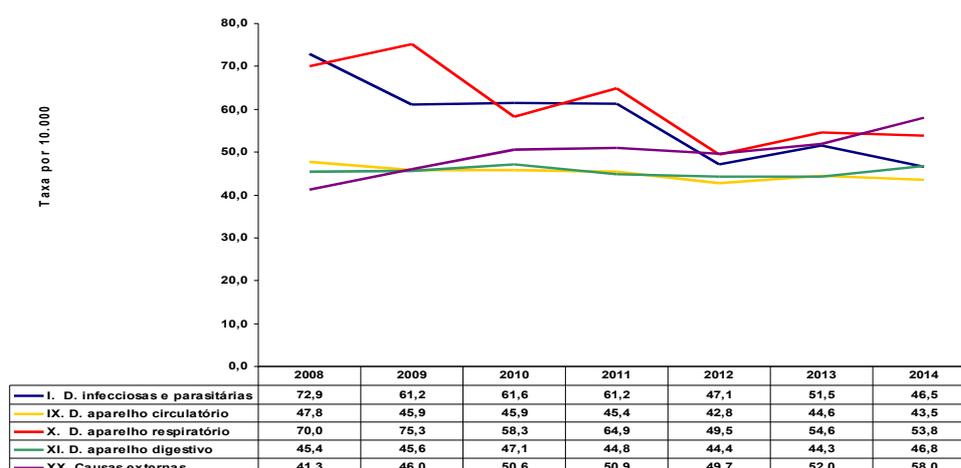
As estatísticas de morbidade hospitalar tem potencial de destacar as doenças ou grupos de doenças que requerem maior atenção à saúde das pessoas acometidas e o seu monitoramento permite avaliar e redimensionar as ações de saúde.

No período de 2008 a 2014, as principais causas de internações, excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério, foram as doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, causas externas e doenças do aparelho digestivo. As doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias se destacaram entre as demais até 2011, embora com tendência decrescente em todo o período.

As internações por causas externas eram a quinta causa de internação em 2008, passando para a terceira causa nos anos de 2009, 2010 e 2011. Em 2012, as causas externas ultrapassaram as internações por doenças do aparelho respiratório, ficando até 2014 entre as duas principais causas de internação no Ceará.

### Taxa de Internação Pelas Principais Causas (Capítulo CID 10). Ceará, 2008 a 2014

Fonte:  
Sistema de  
Informações  
Hospitalares  
– SIH SUS



**Número e Proporção de Internações Por Causas (capítulo CID 10).  
Ceará, 2008 a 2014**

Diag CID10	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I.	61.472	16,3	52.156	13,9	55.489	13,9	52.128	14,0	40.425	11,9	42.719	12,3	38.053	11,1
II.	22.453	6,0	23.127	6,2	25.812	6,5	23.471	6,3	23.779	7,0	24.700	7,1	25.235	7,3
III.	2.865	0,8	2.864	0,8	3.319	0,8	3.063	0,8	3.028	0,9	2.877	0,8	3.009	0,9
IV.	8.202	2,2	8.341	2,2	8.828	2,2	8.662	2,3	7.662	2,3	6.842	2,0	6.385	1,9
V.	24.486	6,5	20.093	5,4	20.471	5,1	16.558	4,5	16.965	5,0	15.059	4,4	14.218	4,1
VI.	3.580	1,0	4.251	1,1	4.916	1,2	4.358	1,2	4.253	1,3	4.758	1,4	6.072	1,8
VII.	1.468	0,4	2.827	0,8	3.508	0,9	3.326	0,9	3.168	0,9	3.075	0,9	3.427	1,0
VIII.	368	0,1	415	0,1	518	0,1	494	0,1	476	0,1	479	0,1	446	0,1
IX.	40.301	10,7	39.151	10,4	42.000	10,5	38.695	10,4	36.778	10,9	38.162	11,0	36.951	10,7
X.	59.075	15,7	64.178	17,1	52.613	13,2	55.150	14,8	42.396	12,5	45.466	13,1	44.254	12,9
XI.	38.253	10,2	38.842	10,3	42.859	10,7	38.109	10,3	38.084	11,2	37.397	10,8	39.003	11,3
XII.	10.360	2,7	11.781	3,1	14.891	3,7	14.410	3,9	12.263	3,6	13.011	3,8	12.983	3,8
XIII.	8.372	2,2	5.735	1,5	6.651	1,7	5.580	1,5	5.173	1,5	5.174	1,5	5.810	1,7
XIV.	27.686	7,3	30.308	8,1	33.296	8,3	29.353	7,9	27.908	8,2	27.336	7,9	28.301	8,2
XVI.	9.628	2,6	10.149	2,7	11.805	3,0	10.018	2,7	9.881	2,9	10.856	3,1	11.906	3,5
XVII.	3.083	0,8	3.075	0,8	3.403	0,9	3.010	0,8	3.028	0,9	2.750	0,8	2.973	0,9
XVIII.	4.941	1,3	5.177	1,4	7.060	1,8	5.980	1,6	6.012	1,8	5.910	1,7	6.254	1,8
XX.	32.692	8,7	37.534	10,0	46.060	11,5	43.873	11,8	43.177	12,7	45.037	13,0	45.243	13,1
XXI.	17.455	4,6	15.314	4,1	16.117	4,0	15.230	4,1	14.477	4,3	14.394	4,2	13.543	3,9
Subto- tal	376.740	100,0	375.318	100,0	399.616	100,0	371.468	100	338.933	100	346.002	100	344.066	100
XV.	123.126	32,7	121.737	32,4	131.731	33,0	117.658	31,7	112.585	33,2	108.357	31,3	111.574	32,4
Total	376.740		375.318		399.616		371.468		338.933		346.002		344.066	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH SUS

**Legenda (Causas - Capítulos CID 10):**

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	XI. Doenças do aparelho digestivo
II. Neoplasias (tumores)	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
III. Doenças sangue, órgãos hematopoiéticos, transtornos imunitários	XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
V. Transtornos mentais e comportamentais	XV. Gravidez, parto e puerpério
VI. Doenças do sistema nervoso	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal
VII. Doenças dos olhos e anexos	XVII. Malformações congênitas, deformações cromossômicas
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	XVIII. Causas mal definidas
IX. Doenças do aparelho circulatório	XX. Causas externas
X. Doenças do aparelho respiratório	XXI. Contato com serviços de saúde

As principais causas de internação por Macrorregião e Região de Saúde em 2014 são apresentadas abaixo. As maiores taxas de internação por doenças do aparelho respiratório foram nas seguintes macrorregiões e suas respectivas regiões de saúde: Cariri (Brejo Santo e Icó); Litoral leste/Jaguaribe (Russas) e Sertão Central (Tauá).

As maiores taxas de internações por causas externas ocorreram nas macrorregiões/regiões de saúde Litoral leste/Jaguaribe (Russas e Limoeiro do Norte); Fortaleza (Baturité e Fortaleza); Cariri (Crato).

As macrorregiões Litoral Leste/Jaguaribe (Russas e Limoeiro), Cariri (Brejo Santo e Icó e Fortaleza (Itapipoca) apresentaram as mais elevadas taxas de internação por doenças infecciosas intestinais, similarmente às internações por doenças do aparelho respiratório, a exceção da região de Baturité.

As regiões Brejo Santo e Crato tiveram as mais elevadas taxas de internação por doenças do aparelho circulatório. Nas internações por doenças do aparelho digestivo a Região Brejo Santo destacou-se com a taxa mais elevada de internação.

O fluxo de acesso assistencial analisado segundo internação de referência apresenta-se com maior relevância nas Regiões de Saúde de Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte (Sedes de Macrorregião) com os incrementos de internações referenciadas positivas nas Regiões de Fortaleza 3,44 e Juazeiro do Norte 3,73 quando comparado no período de 2008 e 2011, atingindo um percentual médio de internação na população referenciada de 23,88%, 17,23% e 14,70% respectivamente. Já as regiões de Crato, Maracanaú, Itapipoca, Quixadá, Russas, Brejo Santo, Tauá, Caucaia, Canindé e Cascavel apresentaram baixo percentual de internação de população referenciada variando entre 6,36% e 0,52% em relação as demais Regiões de Saúde todas tem percentuais de internação de população referenciado menor ou igual 0,62%. Ressalta-se que a Região de Fortaleza apresenta internações referenciadas de 174 municípios, a Região de Sobral com 85 municípios e a Região de Juazeiro do Norte com 65 municípios.

## 1.4 Fluxos de Acesso:

Análises do Fluxo de Acesso Assistencial , Segundo Internações Ocorridas por Região de Saúde – População Local e Referenciada no Período de 2012 A 2015.

Exercício	2012			2013			2014			2015			Incremento 2012-2015 (%)
	Pop. Local	Pop. Refe.	% Pop. Ref	Pop. Local	Pop. Referen.	% Pop. Ref	Pop. Local	Pop. Referem	% Pop. Ref	Pop. Local	Pop. Refe.	% Pop. Ref	
Fortaleza	141.961	53.547	27,39	150.169	57.552	27,11	150.863	61.731	29,04	153.646	65.912	30,02	2,63
Caucaia	10.047	156	2,53	14.828	278	1,84	13.107	235	1,76	10.218	169	1,63	1,10
Maracanaú	14.322	846	5,58	16.254	1.196	6,85	17.765	1.895	9,64	19.664	2.882	12,78	7,20
Baturité	4.469	77	1,69	4.380	33	0,75	4.827	25	0,52	4.646	9	0,19	-1,50
Canindé	6.969	109	1,54	7.747	145	1,99	7.270	100	1,36	8.029	146	1,79	0,25
Itapipoca	12.427	79	0,63	11.878	58	0,49	11.552	60	0,52	10.745	40	0,37	-0,26
Aracati	2.450	478	12,17	3.902	209	5,08	3.752	362	8,80	3.949	338	7,88	-4,29
Quixadá	11.590	74	0,63	13.180	58	0,44	10.867	78	0,71	12.391	108	0,86	0,23
Russas	10.564	331	3,04	10.626	131	1,22	11.171	279	2,44	11.269	404	3,46	0,42
Limoeiro	8.776	31	0,35	9.985	36	0,36	8.469	38	0,45	6.492	20	0,31	-0,04
Sobral	31.242	7.486	19,33	29.440	8.089	21,55	25.979	8.756	25,21	30.908	11.215	26,62	7,29
Acaraú	4.829	7	0,14	5.528	10	0,18	5.434	8	,015	5.674	16	0,28	0,14
Tianguá	13.030	60	0,46	12.388	81	0,65	11.694	124	1,05	11.607	180	1,53	1,07
Tauá	6.182	159	2,51	5.950	65	1,08	6.580	311	4,51	6.748	395	5,53	3,02
Crateús	12.877	21	0,16	13.355	32	0,24	11.194	20	0,18	10.789	21	0,19	0,03
Camocim	4.338	18	0,41	4.331	28	0,64	3.663	23	0,62	4.204	59	1,38	0,97
Icó	6.641	68	1,01	7.822	64	0,81	7.934	104	1,29	7.532	93	1,22	0,21
Iguatu	13.442	44	0,33	11.200	44	0,39	12.264	57	0,46	11.190	91	0,81	0,48
Brejo Santo	14.425	317	2,15	13.513	226	1,64	13.388	327	2,38	13.056	308	2,30	0,15
Crato	20.556	2.000	8,87	19.812	2.291	10,37	19.365	1.917	9,01	17.995	2.165	10,74	1,87
Juazeiro	20.504	5.269	20,44	19.439	5.060	20,65	22.261	6.030	21,31	24.098	7.482	23,69	3,25
Cascavel	5.136	51	0,98	6.828	38	0,55	5.661	52	0,91	6.375	69	1,07	0,09

O fluxo de acesso assistencial analisado segundo internação de referência apresenta-se com maior relevância nas Regiões de Saúde de Fortaleza, Sobral e Juazeiro do Norte (Sedes de Macrorregião) com os incrementos de internações referenciadas positivas nas Regiões de Maracanaú 7,20 e Sobral 7,29 quando comparado no período de 2012 e 2015, atingindo um percentual médio de internação na população referenciada de Maracanaú 8,71% e Sobral 16,8% respectivamente. Já as regiões de Baturité, Itapipoca, Quixadá, Limoeiro do Norte e Crateús apresentam um baixo percentual variando de 0,03 à -1,50.

## 1.5 Recursos Financeiros

A viabilidade econômica para os compromissos do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, conforme agenda de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, esta harmonizada a estrutura programática do Plano Plurianual - PPA, 2016-2019, visto que a repercussão financeira expressa no valor global de programas de governo para o tema saúde está garantida na Lei nº 15.929, de 29/12/2015.

A Lei Orçamentária Anual é elaborada seguindo a estrutura programática, a regionalização e as iniciativas definidas no Plano Plurianual – PPA, assim, sua valoração, parte das informações orçamentárias implantadas nas ações que por sua vez vinculam-se as iniciativas no PPA (Tabela 1).

**Tabela 1 – Previsão de Orçamento por Programa Iniciativa e Grupo de Despesa (2016-2019)**

*continua*

Iniciativa/Grupo de Despesa	Previsão orçamentária 2016	Previsão de Limites 2017-2019
<b>Programa 500 - GESTÃO E MANUTENÇÃO DA SESA E VINCULADA</b>	<b>776.603.751</b>	<b>2.574.363.575</b>
<b>500.1.01 - Manutenção dos serviços administrativos da SESA e vinculadas</b>	<b>775.880.455</b>	<b>2.571.746.353</b>
Pessoal	727.397.401	2.414.534.967
Custeio	44.998.054	149.583.643
Investimento	3.485.000	7.627.743
<b>500.1.02 - Desenvolvimento institucional e estruturação física e tecnológica da SESA e vinculada</b>	<b>667.540</b>	<b>2.459.845</b>
Investimento	667.540	2.459.845
<b>500.1.03 - Ampliação, desenvolvimento e qualificação do quadro profissional da SESA e vinculada</b>	<b>55.756</b>	<b>157.377</b>
Investimento	55.756	157.377
<b>Programa 57 - ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL E DE QUALIDADE</b>	<b>2.163.049.957</b>	<b>7.306.749.166</b>
<b>057.1.01 - Promoção da assistência social às pessoas com necessidades especiais.</b>	<b>20.825.282</b>	<b>73.723.392</b>
Custeio	20.825.282	73.723.392
<b>057.1.02 - Distribuição de terapia nutricional domiciliar</b>	<b>5.076.889</b>	<b>13.548.682</b>
Custeio	5.076.889	13.548.682
<b>057.1.03 - Ampliação da oferta de medicamentos.</b>	<b>174.824.316</b>	<b>500.977.002</b>
Custeio	174.617.481	500.031.039
Investimento	206.835	945.963
<b>057.1.04 - Ampliação da distribuição de medicamentos das centrais de abastecimento farmacêutico.</b>	<b>13.000</b>	<b>44.476</b>
Investimento	13.000	44.476
<b>057.1.05 - Manutenção da oferta de serviços contratados em unidades hospitalares.</b>	<b>44.361.620</b>	<b>148.727.661</b>
Custeio	44.161.620	147.735.772
Investimento	200.000	991.889
<b>057.1.06 - Expansão da realização de captação e transplante de órgão.</b>	<b>2.440.074</b>	<b>8.316.333</b>
Custeio	2.440.074	8.316.333
<b>057.1.07 - Ampliação da oferta dos serviços hospitalares de média e alta complexidade.</b>	<b>35.624.584</b>	<b>448.815.357</b>
Investimento	35.624.584	448.815.357
<b>057.1.08 - Manutenção da oferta das unidades ambulatoriais e hospitalares.</b>	<b>1.329.714.985</b>	<b>4.292.047.942</b>
Custeio	1.215.629.076	3.919.275.555
Investimento	5.891.795	3.335.000
Pessoal	108.194.114	369.437.387
<b>057.1.09 - Melhoria da estrutura das unidades prestadoras de serviços ambulatoriais e hospitalares.</b>	<b>58.478.308</b>	<b>151.687.547</b>
Investimento	58.478.308	151.687.547

**Tabela 1 – Previsão de Orçamento por Programa Iniciativa e Grupo de Despesa (2016-2019)**

*continua*

Iniciativa/Grupo de Despesa	Previsão orçamentária 2016	Previsão de Limites 2017-2019
<b>057.1.10 - Ampliação da oferta dos serviços ambulatoriais especializados.</b>	<b>65.634</b>	<b>174.484</b>
Investimento	65.634	174.484
<b>057.1.11 - Realização de ações voltadas para a unidade de gerenciamento de projetos.</b>	<b>4.919.816</b>	<b>45.852.158</b>
Custeio	2.922.544	11.200.000
Investimento	1.997.272	34.652.158
<b>057.1.12 - Manutenção da oferta de serviços de atenção à saúde bucal.</b>	<b>55.960.169</b>	<b>188.545.717</b>
Custeio	55.956.169	188.525.387
Investimento	4.000	20.330
<b>057.1.13 - Ampliação da oferta dos serviços ambulatoriais de urgência e emergência.</b>	<b>2.139.263</b>	<b>8.041.706</b>
Investimento	2.139.263	8.041.706
<b>057.1.14 - Realização de ações voltadas à saúde do trabalhador.</b>	<b>28.000</b>	<b>95.794</b>
Custeio	28.000	95.794
<b>057.1.15 - Realização de ações voltadas à alimentação e nutrição para gestantes e crianças.</b>	<b>366.000</b>	<b>1.057.421</b>
Custeio	366.000	1.057.421
<b>057.1.16 - Ampliação e estruturação da oferta do serviço móvel de urgência.</b>	<b>1.183.146</b>	<b>1.788.030</b>
Investimento	1.183.146	1.788.030
<b>057.1.17 - Manutenção da oferta de serviço móvel de urgência.</b>	<b>92.019.396</b>	<b>307.330.487</b>
Custeio	88.989.396	297.203.420
Pessoal	3.030.000	10.127.067
<b>057.1.18 - Realização de ações voltadas à atenção à saúde da mulher</b>	<b>5.000</b>	<b>17.106</b>
Custeio	5.000	17.106
<b>057.1.19 - Melhoria na prevenção e no atendimento às pessoas com câncer de mama e de colo de útero.</b>	<b>6.000</b>	<b>20.527</b>
Custeio	6.000	20.527
<b>057.1.20 - Manutenção da oferta de serviços da rede de atenção psicossocial nas regiões de saúde.</b>	<b>2.188.269</b>	<b>7.235.618</b>
Custeio	2.188.269	7.235.618
<b>057.1.21 - Realização de ações voltada à atenção à saúde do homem.</b>	<b>98.000</b>	<b>328.174</b>
Custeio	98.000	328.174
<b>057.1.22 - Ampliação da oferta de serviços à pessoa com deficiência.</b>	<b>5.000</b>	<b>17.106</b>
Custeio	5.000	17.106
<b>057.1.23 - Fortalecimento das ações voltadas a pessoa com deficiência.</b>	<b>128.000</b>	<b>95.794</b>
Custeio	128.000	95.794
<b>057.1.24 - Manutenção da oferta de serviço hospitalar especializado.</b>	<b>164.867.815</b>	<b>560.278.589</b>
Custeio	164.867.815	560.278.589
<b>057.1.25 - Melhoria da estrutura das unidades de serviço hospitalar especializado.</b>	<b>46.755</b>	<b>17.106</b>
Custeio	46.755	17.106
<b>057.1.26 - Realização de ações voltadas à saúde do adolescente.</b>	<b>240.321</b>	<b>806.008</b>
Custeio	240.321	806.008
<b>057.1.27 - Realização de ações voltadas à saúde bucal.</b>	<b>34.000</b>	<b>116.322</b>
Custeio	34.000	116.322
<b>057.1.28 - Realização de ações voltadas à saúde da criança.</b>	<b>14.000</b>	<b>47.897</b>
Custeio	14.000	47.897

**Tabela 1 – Previsão de Orçamento por Programa Iniciativa e Grupo de Despesa (2016-2019)**

*continua*

<b>Iniciativa/Grupo de Despesa</b>	<b>Previsão orçamentária 2016</b>	<b>Previsão de Limites 2017-2019</b>
<b>057.1.29 - Realização de ações voltadas à saúde do idoso.</b>	<b>240.600</b>	<b>661.011</b>
Custeio	231.000	629.198
Investimento	9.600	31.813
<b>057.1.30 - Ampliação da oferta de serviços de atenção à saúde à pessoa idosa.</b>	<b>5.000</b>	<b>17.106</b>
Investimento	5.000	17.106
<b>057.1.31 - Realização de ações voltadas à Saúde do adulto.</b>	<b>10.000</b>	<b>34.213</b>
Custeio	10.000	34.213
<b>057.1.32 - Promoção da atenção primária à saúde.</b>	<b>13.857.000</b>	<b>69.559.224</b>
Custeio	13.857.000	69.559.224
<b>057.1.33 - Ampliação da oferta da atenção primária à saúde.</b>	<b>12.103.829</b>	<b>39.668.172</b>
Investimento	12.103.829	39.668.172
<b>057.1.34 - Manutenção da oferta dos serviços ambulatoriais de urgência e emergência.</b>	<b>141.159.886</b>	<b>437.055.004</b>
Custeio	141.159.886	437.055.004
<b>Programa 56 - VIGILÂNCIA A SAÚDE</b>	<b>64.984.304</b>	<b>216.036.278</b>
<b>056.1.01 - Apoio ao desenvolvimento de ações de vigilância e controle de endemias nas áreas vulneráveis e/ou receptivas para transmissão das doenças endêmicas.</b>	<b>18.551.544</b>	<b>62.913.436</b>
Custeio	18.551.544	62.913.436
<b>056.1.02 - Apoio ao desenvolvimento de ações de imunizações para o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis.</b>	<b>2.310.097</b>	<b>7.773.726</b>
Custeio	2.310.097	7.773.726
<b>056.1.03 - Apoio ao desenvolvimento de ações de vigilância em saúde ambiental para a prevenção, redução e eliminação da exposição humana aos fatores de riscos ambientais.</b>	<b>259.000</b>	<b>865.647</b>
Custeio	259.000	865.647
<b>056.1.04 - Apoio ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária para o controle do risco sanitário em produtos e serviços de saúde.</b>	<b>9.487.499</b>	<b>31.686.352</b>
Custeio	2.835.499	9.476.992
Pessoal	6.652.000	22.209.360
<b>056.1.05 - Apoio ao desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica de doenças e agravos.</b>	<b>5.052.540</b>	<b>16.905.690</b>
Custeio	4.867.540	16.155.690
Investimento	185.000	750.000
<b>056.1.06 - Apoio ao desenvolvimento de ações de vigilância da qualidade dos dados e da informação em saúde.</b>	<b>14.504</b>	<b>49.621</b>
Custeio	14.504	49.621
<b>056.1.07 - Manutenção da oferta de serviço de verificação de óbito.</b>	<b>1.456.056</b>	<b>4.966.824</b>
Custeio	1.456.056	4.966.824
<b>056.1.08 - Melhoria da estrutura da unidade de serviço de verificação de óbito.</b>	<b>1.163.899</b>	<b>3.885.057</b>
Investimento	1.163.899	3.885.057
<b>056.1.09 - Manutenção da oferta de serviço de análise laboratorial.</b>	<b>18.146.957</b>	<b>60.138.660</b>
Custeio	18.146.957	60.138.660
<b>056.1.10 - Melhoria da estrutura da unidade serviço de análise laboratorial.</b>	<b>2.559.408</b>	<b>8.136.510</b>
Investimento	2.559.408	8.136.510
<b>056.1.11 - Melhoria da estrutura física e tecnológica das áreas de vigilância em saúde</b>	<b>3.912.000</b>	<b>11.916.653</b>
Investimento	3.912.000	11.916.653

**Tabela 1 – Previsão de Orçamento por Programa Iniciativa e Grupo de Despesa (2016-2019)**

*continua*

<b>Iniciativa/Grupo de Despesa</b>	<b>Previsão orçamentária 2016</b>	<b>Previsão de Limites 2017-2019</b>
<b>056.1.12 - Promoção do Incentivo financeiro ao desempenho profissional com qualidade</b>	<b>722.800</b>	<b>2.292.127</b>
Pessoal	722.800	2.292.127
<b>056.1.13 - Fortalecimento da Gestão Estratégica e dos processos de trabalho das ações de Vigilância em Saúde</b>	<b>1.348.000</b>	<b>4.505.975</b>
Custeio	1.348.000	4.505.975
<b>Programa 55 - FORTALECIMENTO DA GESTÃO, PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E INSTITUCIONAL DO SUS</b>	<b>14.992.214</b>	<b>52.266.864</b>
<b>055.1.01 - Auditoria e controle do sistema único de saúde nas regiões de saúde.</b>	<b>7.597.991</b>	<b>25.871.336</b>
Custeio	7.597.991	25.871.336
<b>055.1.02 - Ampliação da capacidade estadual e municipal de planejamento e gestão do sistema único de saúde.</b>	<b>815.021</b>	<b>2.724.017</b>
Custeio	798.021	2.623.986
Investimento	17.000	100.031
<b>055.1.03 - Promoção de ações voltadas à ampliação da resolutividade do sistema regional de saúde.</b>	<b>656.576</b>	<b>2.196.822</b>
Custeio	656.576	2.196.822
<b>055.1.04 - Promoção da melhoria da informação e comunicação nas regiões de saúde.</b>	<b>235.000</b>	<b>1.146.119</b>
Custeio	235.000	1.146.119
<b>055.1.05 - Promoção da participação do cidadão na gestão do SUS.</b>	<b>330.361</b>	<b>1.104.155</b>
Custeio	330.361	1.104.155
<b>055.1.06 - Promoção da melhoria dos fóruns regionais de conselheiros de saúde no sistema único de saúde.</b>	<b>125.000</b>	<b>427.656</b>
Custeio	125.000	427.656
<b>055.1.07 - Promoção da melhoria do controle social nos conselhos municipais de saúde.</b>	<b>343.872</b>	<b>1.176.472</b>
Custeio	343.872	1.176.472
<b>055.1.08 - Ampliação da transparência e participação cidadã nos conselhos de saúde.</b>	<b>206.859</b>	<b>691.377</b>
Custeio	206.859	691.377
<b>055.1.09 - Realização de ações estratégicas para a melhoria e desenvolvimento da gestão em saúde</b>	<b>4.681.534</b>	<b>16.928.910</b>
Custeio	4.681.534	16.928.910
<b>Programa 76 - GESTÃO DO TRABALHO, DA EDUCAÇÃO E DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA NA SAÚDE</b>	<b>36.648.585</b>	<b>123.390.980</b>
<b>076.1.01 - Promoção da melhoria contínua da força de trabalho nos sistemas e serviços de saúde</b>	<b>24.196.489</b>	<b>81.758.755</b>
Custeio	24.196.489	81.758.755
<b>076.1.02 - Promoção da formação profissional em saúde</b>	<b>3.805.806</b>	<b>12.720.017</b>
Custeio	3.805.806	12.720.017
<b>076.1.03 - Capacitação de membros dos conselhos de saúde e comunidades no âmbito da gestão, atenção e vigilância em saúde.</b>	<b>5.000</b>	<b>16.711</b>
Custeio	5.000	16.711

**Tabela 1 – Previsão de Orçamento por Programa Iniciativa e Grupo de Despesa (2016-2019)**

*continua*

<b>Iniciativa/Grupo de Despesa</b>	<b>Previsão orçamentária 2016</b>	<b>Previsão de Limites 2017-2019</b>
<b>076.1.04 - Promoção da qualificação profissional em gestão da saúde</b>	<b>12.000</b>	<b>40.385</b>
Custeio	12.000	40.385
<b>076.1.05 - Ampliação da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade</b>	<b>220.000</b>	<b>735.299</b>
Custeio	220.000	735.299
<b>076.1.07 - Melhoria na qualificação de docentes em educação para as profissões de saúde</b>	<b>5.000</b>	<b>16.711</b>
Custeio	5.000	16.711
<b>076.1.08 - Ampliação das estruturas tecnológicas para o ensino de saúde</b>	<b>254.000</b>	<b>770.567</b>
Investimento	254.000	770.567
<b>076.1.09 - Promoção da adoção da gestão de excelência em serviços de saúde</b>	<b>170.000</b>	<b>570.822</b>
Custeio	170.000	570.822
<b>076.1.10 - Ampliação da produção de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde para a promoção da Saúde.</b>	<b>1.762.761</b>	<b>5.894.459</b>
Custeio	1.173.211	3.837.726
Investimento	589.550	2.056.733
<b>076.1.11 - Promoção de ações voltadas para valorização do trabalho no SUS.</b>	<b>590.000</b>	<b>1.952.716</b>
Custeio	590.000	1.952.716
<b>076.1.12 - Ampliação do acesso e disseminação da informação em saúde</b>	<b>96.000</b>	<b>320.805</b>
Custeio	96.000	320.805
<b>076.1.13 - Apoio aos programas de provimento de profissionais do Ministério da Saúde.</b>	<b>916.000</b>	<b>3.061.516</b>
Custeio	916.000	3.061.516
<b>076.1.14 - Promoção de práticas de integração ensino-serviço</b>	<b>20.000</b>	<b>68.424</b>
Custeio	20.000	68.424
<b>076.1.15 - Ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde à Educação Permanente em Saúde</b>	<b>3.379.000</b>	<b>11.350.307</b>
Custeio	3.379.000	11.350.307
<b>076.1.16 - Promoção da Educação Popular em Saúde.</b>	<b>53.000</b>	<b>178.325</b>
Custeio	53.000	178.325
<b>076.1.17 - Dimensionamento e alocação da força de trabalho nos serviços de saúde</b>	<b>333.000</b>	<b>1.134.792</b>
Custeio	333.000	1.134.792
<b>076.1.18 - Apoio a realização de atividades docentes em saúde</b>	<b>30.000</b>	<b>102.638</b>
Custeio	30.000	102.638
<b>076.1.19 - Ampliação da produção editorial de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde</b>	<b>60.000</b>	<b>205.274</b>
Custeio	60.000	205.274
<b>076.1.20 - Melhoria na Prestação dos Serviços de Regulação, Auditoria e Controle do SUS das Macrorregiões de Saúde</b>	<b>5.000</b>	<b>17.106</b>
Custeio	5.000	17.106
<b>076.1.21 - Ampliação da capacidade Estadual e Municipal de Planejamento e Gestão do SUS</b>	<b>5.000</b>	<b>45.000</b>
Custeio	5.000	45.000
<b>076.1.22 - Participação do Cidadão na Gestão do SUS</b>	<b>415.000</b>	<b>1.377.015</b>
Custeio	415.000	1.377.015
<b>076.1.23 - Promoção da qualificação profissional para Conselheiros e Secretários Executivos de Saúde</b>	<b>210.529</b>	<b>704.475</b>
Investimento	210.529	704.475

**Tabela 1 – Previsão de Orçamento por Programa Iniciativa e Grupo de Despesa (2016-2019)***conclusão*

Iniciativa/Grupo de Despesa	Previsão orçamentária 2016	Previsão de Limites 2017-2019
<b>076.1.24- Promoção de capacitação em Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS nos municípios cearenses</b>	<b>5.000</b>	<b>17.106</b>
Custeio	5.000	17.106
<b>076.1.26 - Promoção da educação permanente em saúde do trabalhador</b>	<b>12.000</b>	<b>41.055</b>
Custeio	12.000	41.055
<b>076.1.27 - Estruturação da Rede de Urgência e Emergência.</b>	<b>8.000</b>	<b>30.190</b>
Custeio	8.000	30.190
<b>076.1.28 - Promoção da Atenção à saúde do homem</b>	<b>5.000</b>	<b>18.827</b>
Custeio	5.000	18.827
<b>076.1.29 - Apoio a implantação da rede de atenção psicossocial</b>	<b>8.000</b>	<b>23.923</b>
Custeio	8.000	23.923
<b>076.1.30 - Promoção à Saúde da Pessoa com deficiência</b>	<b>5.000</b>	<b>16.827</b>
Custeio	5.000	16.827
<b>076.1.31 - Apoio a educação permanente em saúde bucal</b>	<b>10.000</b>	<b>28.654</b>
Custeio	10.000	28.654
<b>076.1.32 - Promoção da atenção à saúde da criança</b>	<b>7.000</b>	<b>23.558</b>
(00-01) - Tesouro	7.000	23.558
Custeio	7.000	23.558
<b>076.1.33 - Promoção da Atenção a Saúde do Idoso</b>	<b>8.000</b>	<b>23.923</b>
Custeio	8.000	23.923
<b>076.1.34 - Capacitação dos profissionais da atenção em saúde do adulto</b>	<b>5.000</b>	<b>17.106</b>
Custeio	5.000	17.106
<b>076.1.35 - Promoção da Atenção Primária à Saúde</b>	<b>32.000</b>	<b>107.692</b>
Custeio	32.000	107.692
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>3.056.278.811</b>	<b>10.272.806.863</b>

Fonte: SEPLAG

Para a distribuição dos recursos por programa, os valores foram alocados de acordo com as informações disponibilizadas por cada unidade gestora, exceto no que se refere a recurso do tesouro do estado, pois para esta fonte a Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAG) limita o valor para que cada secretaria possa projetar sua proposta orçamentária (Tabela 1 e 2).

No primeiro ano do PPA (2016-2019) a SEPLAG adotou o seguinte critério para o Poder executivo na fonte do tesouro:

Limite para Pessoal e Encargos – adotou-se a projeção da despesa de pessoal de 2015 tendo como referência a média mensal da despesa empenhada em Pessoal e Encargos Sociais no primeiro semestre, excluindo as despesas relacionadas à folha complementar. A folha complementar trata-se de despesas de pessoal de exercícios anteriores.

Limite para Custeio de Manutenção – o critério definido para as despesas de custeio e manutenção tem por base o valor aprovado pelo Conselho de Gestão por Resultados e Gestão Fiscal (COGERF) até 05 de agosto de 2015.

Limite para o Custeio Finalístico - para este custeio adotou-se o limite autorizado

pelo COGERF até 05 de agosto de 2015, acrescido de uma estimativa de custos anualizada de 5,6% e custo de novos equipamentos.

Limite para os projetos MAPP – uma vez assegurados os recursos para atender às Despesas de Natureza Obrigatórias (aquelas que constituem obrigações constitucionais ou legais, ou seja, o Estado não tem discricionariedade de suspender sua execução, como: salários, sentenças judiciais, gastos mínimos com educação e saúde...); o saldo remanescente será alocado para atender as Despesas de Natureza Discricionária, (aquelas geradas a partir da disponibilidade de recursos orçamentários), priorizando os projetos aprovados para 2016.

A tabela 2 demonstra em percentual a participação de cada programa no total de recursos previstos para a saúde do Estado do Ceará.

**Tabela 2 – Previsão de Orçamento por Programa e Fonte de Recursos (2016-2019)**

*continua*

Programa/Fonte	Limite 2016	Previsão de Limites 2017-2019	% de Participação no Orçamento Total
<b>055 - FORTALECIMENTO DA GESTÃO, PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E INSTITUCIONAL DO SUS</b>	<b>14.992.214</b>	<b>52.266.864</b>	<b>0,5</b>
83 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS FEDERAIS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	200.892	671.435	
(00-01) - TESOURO DO ESTADO	6.580.474	23.675.763	
91 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS	8.210.848	27.919.666	
<b>056 - VIGILÂNCIA A SAÚDE</b>	<b>64.984.304</b>	<b>216.036.278</b>	<b>2,1</b>
83 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS FEDERAIS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	800.000	2.673.813	
87 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS MUNICIPAIS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	310.500	1.037.774	
(00-01) - TESOURO DO ESTADO	20.859.951	70.378.530	
91 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS	43.013.853	141.946.161	
<b>500 - GESTÃO E MANUTENÇÃO DA SESA E VINCULADA</b>	<b>776.603.751</b>	<b>2.574.363.575</b>	<b>25,1</b>
59 - OPERAÇÕES DE CRÉDITO EXTERNAS - TESOURO/BID	3.905.902	9.021.047	
(00-01) - TESOURO DO ESTADO	757.712.627	2.532.676.483	
91 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS	14.985.222	32.666.045	
<b>057 - ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL E DE QUALIDADE</b>	<b>2.163.049.957</b>	<b>7.306.749.166</b>	<b>71,1</b>
59 - OPERAÇÃO DE CRÉDITO EXTERNO	33.323.477	416.000.000	
70 - RECURSOS DIRETAMENTE ARRECADADOS	397.000	1.326.880	
89 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS PRIVADOS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	1.753.049	7.530.289	
83 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS FEDERAIS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	10.427.963	33.742.022	
47 - OPERAÇÕES DE CRÉDITO INTERNAS - BNDES/ESTADOS	1.500.000	5.013.400	

**Tabela 2 – Previsão de Orçamento por Programa e Fonte de Recursos (2016-2019)**

Programa/Fonte	Limite 2016	Previsão de Limites 2017-2019	conclusão
			% de Participação no Orçamento Total
10 - RECURSOS PROVENIENTES DO FECOP RECURSOS PROVENIENTES DO FECOP	5.659.975	21.445.141	
81 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS INTERNACIONAIS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	6.000	20.053	
(00-01) - TESOURO DO ESTADO	1.362.633.677	4.602.152.828	
91 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS	747.348.816	2.219.518.553	
<b>076 - GESTÃO DO TRABALHO, DA EDUCAÇÃO E DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA NA SAÚDE</b>	<b>36.648.585</b>	<b>123.390.980</b>	<b>1,2</b>
83 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS FEDERAIS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	2.285.001	7.637.082	
89 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS PRIVADOS - ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	1.178.761	3.939.732	
70 - RECURSOS DIRETAMENTE ARRECADADOS	260.000	867.279	
(00-01) - TESOURO DO ESTADO	19.278.197	65.343.610	
91 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS	13.646.626	45.603.277	
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>3.056.278.811</b>	<b>10.272.806.863</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SEPLAG

O programa Atenção à Saúde Integral e de Qualidade (057), representa 71% do orçamento programado para SESA. No referido programa, serão custeadas todas as despesas finalísticas referente à manutenção da oferta das unidades ambulatoriais e hospitalares, bem como a aplicação de investimentos, através de recursos de operação de crédito e convênios.

O programa Gestão e Manutenção da SESA e Vinculadas (500), trata-se da manutenção dos serviços administrativos da SESA e vinculadas, pois contempla todas as suas coordenadorias, bem como despesas com folha de pagamento de servidores tanto lotados na SESA como em suas unidades de saúde. Este programa representa 25,4% da alocação de recursos destinado a saúde do Estado.

O programa Vigilância a Saúde (056), representa 2,1% do orçamento programado para SESA, na prestação dos serviços de apoio ao desenvolvimento de ações de vigilância e controle de endemias nas áreas vulneráveis e/ou receptivas para transmissão das doenças endêmicas. Neste programa também é garantida o custeio do Laboratório Central (LACEN) e do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO).

O programa Fortalecimento da Gestão, Participação, Controle Social e Institucional do SUS (055), representa 0,4% do orçamento programado para SESA, atendendo ao custeio de atividades relacionadas a auditoria e controle do sistema único de saúde nas regiões de saúde, relacionadas a Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle do SUS.

O Fortalecimento da Gestão, Participação, Controle Social e Institucional do SUS (076), representa 1,3% do orçamento programado para SESA, atendendo a promoção da melhoria contínua da força de trabalho nos sistemas e serviços de saúde que por sua vez, contemplando o custeio da Residência Médica na ESP. No âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS no Estado do Ceará, especificamente na Secretaria Estadual da Saúde - SESA e da sua vinculada, a Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE, a gestão do trabalho, da educação e da ciência e tecnologia na saúde expressam as formas de regulação, controle, alocação, valorização, negociação e desenvolvimento do trabalho e do trabalhador, bem como as políticas e estratégias de incorporação de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, na perspectiva de mudanças nas práticas e na gestão compartilhada do SUS.

A metodologia adotada para definição dos limites tem como base a previsão da receita, respeitando-se o que preconiza a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), desta forma, a mesma pode ser variável para os demais anos do PPA (2017-2019). Para tanto, a distribuição realizada, poderá sofrer alterações no momento da elaboração orçamentária anualmente, assim, os valores lançados poderão permear entre os programas e suas respectivas iniciativas.

### **1.6 Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde**

Neste sentido, para o quadriênio 2016-2019 propõe-se a promoção da sustentabilidade e o avanço das políticas e ações governamentais, num processo contínuo de valorização do trabalhador, impactando na melhoria da qualidade do sistema e na prestação dos serviços de saúde à população, a partir da atuação dos trabalhadores, usuários, conselheiros de saúde, residentes, estudantes, docentes, pesquisadores, gestores e instituições de ensino e pesquisa, respeitando os princípios constitucionais e as demandas, necessidades e oportunidades de melhoria da atenção à saúde, consubstanciadas em planos e instrumentos de gestão.

Assim, elaborou-se iniciativas e pactuou-se produtos, metas e indicadores no Plano Plurianual do Governo Estadual - PPA 2016-2019 e no Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde – COAP que se somarão a propostas e resoluções advindas das conferências de saúde e da atuação permanente de conselhos, colegiados, comitês e grupos de trabalho, destacando no setor: as Comissões Estadual e Macrorregionais de Integração Ensino - Serviço – CIES; o Comitê de Ética em Pesquisa da SESA – CEP; o Comitê de Pesquisa Clínica da SESA – COPEC; o Conselho Editorial da SESA; a Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS – MENPSUS-CE e as Mesas Regionais de Negociação Permanente do SUS – MRNPSUS, em implantação.

Neste processo contínuo de planejamento e execução a Coordenadoria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - CGTES e a ESP-CE vem demonstrando respostas e entregas conjuntas, a saber:

### **Promoção de ações voltadas para valorização do trabalho no SUS**

Atuação na regulação, negociação, desprecarização, estruturação e qualificação da gestão do trabalho, a partir de uma gestão participativa na manutenção da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS e implantação de mesas regionais, iniciando pela Região de Icó, seguida em 2016, de Itapipoca, Crato, Quixadá, Sobral e demais Regiões de Saúde, fortalecendo o sistema negocial, a partir da pauta permanente, aprovada na Resolução CESAU Nº 1/ 2006, a saber:

- ▲ Plano de Cargos, Carreiras e Salários/ SUS;
- ▲ Formação e qualificação profissional;
- ▲ Jornada de trabalho no SUS;
- ▲ Precarização do trabalho;
- ▲ Formas de contratação e ingresso no setor público;
- ▲ Reposição da força de trabalho;
- ▲ Salário: reposição; reajuste; isonomia;
- ▲ Direitos e conquistas sindicais nas reformas de estruturas no SUS;
- ▲ Mecanismos de gestão de recursos humanos no SUS.
- ▲ Outros itens a serem acrescentados à Pauta, a critério dos integrantes da Mesa.

Ademais, para o período 2016-2019, priorizou-se ativar a gestão de conflitos, a reestruturação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários e das tabelas vencimentais, e promoção de concurso público para ingresso e reposição da força de trabalho, especificamente, vislumbrando adequação da força de trabalho do SAMU, do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO e ingresso na SESA e na ESP-CE, dentre outros.

### **Apoio aos programas de provimento de profissionais**

Coordenação estadual dos Programas de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB e Mais Médicos para o Brasil orientando a execução das atividades, pleiteando habilitação, comprovando aplicação dos recursos financeiros, instituindo processos de remanejamento, elaborando Plano de Trabalho para o uso do recurso de incentivo de custeio para manutenção e execução das atividades das CCE, enfim, regulando a atuação nos sistemas locais de saúde.

De acordo com as adesões e inscrições dos municípios, já somam 162 municípios

no PROVAB e 158 no Mais Médicos para o Brasil, conforme Tabela 1:

**Tabela 1 – Dimensionamento da Adesão aos Programas PROVAB e Mais médicos para o Brasil, por Região de Saúde. Ceará, 2015**

REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ																							
Região	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	TOTAL
<b>PROVAB</b>																							
Adesão	2	9	8	8	6	7	4	10	4	9	21	6	8	3	10	5	6	7	7	11	4	7	162
Não adesão	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	0	1	1	0	1	3	2	2	2	0	22
<b>MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL</b>																							
Inscrito	2	8	6	6	5	7	5	9	5	10	22	7	8	3	11	5	4	10	7	8	4	7	159
Não inscrito	2	1	2	2	1	0	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0	2	0	2	5	2	0	2

Fonte: SESA/ CCE - CE

### Dimensionamento e alocação da força de trabalho nos serviços de saúde

- ⤴ Realização de estudo e pesquisa buscando o estabelecimento de uma rede de informação de postos de trabalho e dos profissionais, em meio a coleta, armazenamento e análise de informações, especificamente, atualizando e dando maior robustez as informações de recursos humanos para a gestão.
- ⤴ Para o alcance desse objetivo espera-se uma integração entre a base de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES do SUS, do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos – SIGE-RH da Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado do Ceará - SEPLAG e do Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos – GRH da SESA.

Atualmente, o contingente de trabalhadores em saúde da SESA caracteriza-se de acordo com o dimensionamento apresentado nas Tabelas 2 a 4, a seguir:

**Tabela 2 – Dimensionamento dos Servidores Ativos da SESA. Ceará, 2015.**

Nº	Órgão	Quantidade de servidores
1	Nível Central - servidores	456
2	Nível Central - estagiários	112
3	Nível Regional - CRES	502
4	Convênio da municipalização - Unidades ambulatoriais	620
5	Convênio da municipalização - Unidades hospitalares	394
6	Convênio da municipalização - Secretarias Municipais	3.050
7	Unidades ambulatoriais da SESA	1.583
8	Unidades hospitalares da SESA	5.022
9	Servidores cedidos a outros órgãos	8
	<b>Total</b>	<b>11.747</b>

Fonte: GRH - CGTES/ SESA

**Tabela 3 – Dimensionamento dos Servidores Ativos, Cedidos de Outros Órgãos para SESA. Ceará, 2015.**

Nº	Órgão	Quantidade de servidores
1	Ministério da Saúde - MS	1.446
2	Fundação Nacional de Saúde - FUNASA	76
3	Prefeituras Municipais	34
4	Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos - FUNCEME	1
5	Fundação Núcleo de Tecnologia Industrial do Ceará - NUTEC	2
6	Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social - STDS	6
7	Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. SEPLAG	1
8	Secretaria da Justiça e Cidadania - SEJUS	1
9	Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - TJCE	3
10	Universidade Regional do Cariri - URCA	2
11	Secretaria da Educação do Estado do Ceará - SEDUC	3
12	Departamento Estadual de Rodovias - DER	2
13	Departamento de Arquitetura e Engenharia do Ceará - DAE	1
14	Polícia Militar do Ceará – PMC CE	2
15	Universidade Federal do Ceará - UFC	4
16	Secretaria da Saúde do Estado do Pará	1
17	Secretaria da Cultura do Estado do Ceará - SECULT	1
18	Empresa de Tecnologia da Informação do Ceará - ETICE	2
19	Fundação de Teleducação do Ceará - FUNTELC	2
20	Instituto do Desenvolvimento Agrário do Ceará - IDACE	1
21	Secretaria da Saúde do Estado do Mato Grosso	2
22	Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará	1
<b>Total</b>		<b>1.594</b>

Fonte: GRH - CGTES/ SESA

**Tabela 4 – Dimensionamento dos Agentes Comunitários de Saúde Ativos da SESA Cedidos aos Municípios e Municipais. Ceará, 2015.**

Região de Saúde	Nº de Municípios	Nº de ACS/ Estado	Nº de ACS/ Municípios	Total ACS
1ª – Fortaleza	4	132	2.488	2.620
2ª - Caucaia	10	582	395	977
3ª - Maracanaú	8	520	433	953
4ª - Baturité	8	228	96	324
5ª - Canindé	6	303	114	417
6ª - Itapipoca	7	296	130	426
7ª - Aracati	4	140	35	175
8ª - Quixadá	10	472	271	743
9ª - Russas	5	232	439	671
10ª – Limoeiro do Norte	11	332	187	519
11ª - Sobral	24	832	566	1.398
12ª - Acaraú	7	234	250	484
13ª - Tianguá	8	398	201	599
14ª - Tauá	4	170	109	279
15ª - Crateús	11	499	180	679
16ª - Camocim	5	229	92	321

17ª - Icó	7	254	130	384
18ª - Iguatu	10	387	281	668
19ª – Brejo Santo	9	339	154	493
20ª - Crato	13	429	269	698
21ª – Juazeiro do Norte	6	471	368	839
22ª - Cascavel	6	279	381	660
<b>Total: 22</b>	<b>183</b>	<b>7.758</b>	<b>7.298</b>	<b>13.327</b>

Fonte: SIGERH

**Tabela 5 – Dimensionamento dos Servidores Terceirizados da SESA. Ceará, 2015.**

<b>Lotação</b>	<b>Quantidade de servidores terceirizados</b>
Nível Central SESA	720
Unidades ambulatoriais da SESA	1125
Unidades hospitalares da SESA	2596
1ª Região - Fortaleza	25
2ª - Caucaia	20
3ª - Maracanaú	14
4ª - Baturité	11
5ª - Canindé	15
6ª - Itapipoca	18
7ª - Aracati	11
8ª - Quixadá	9
9ª - Russas	17
10ª – Limoeiro do Norte	15
11ª - Sobral	50
12ª - Acaraú	16
13ª - Tianguá	16
14ª - Tauá	12
15ª - Crateús	9
16ª - Camocim	15
17ª - Icó	12
18ª - Iguatu	25
19ª – Brejo Santo	17
20ª - Crato	5
21ª – Juazeiro do Norte	30
Policlínica de Maracanaú	4
Hospital de Quixeramobim	4
Hospital regional de Maracanaú	4
Endemias Sobral	8
Endemias Crato	4
Endemias Camocim	2
Endemias Russas	4
Endemias Euzébio	6
<b>Total:</b>	<b>4.839</b>

Fonte: COAFI/ SESA

## Promoção das práticas de integração ensino – serviço

O atendimento permanente à troca de experiências e conhecimentos entre os serviços de saúde e as instituições formadoras dar-se através de convênios para regulação de estágios curriculares e não curriculares, visitas técnicas de estudantes, desenvolvimento da preceptoria nos serviços de saúde, bem como a oferta de oportunidades para estágio de ingresso no mercado de trabalho, a partir do desenvolvimento de fluxos, protocolos e procedimentos operacionais para o efetivo desempenho das ações propostas, destacando dentre elas:

Realização de práticas de ensino na saúde entre as Unidades da SESA e Instituições de Ensino conveniadas, com maior número de solicitações para alunos do curso de Medicina, conforme Tabela 6, ressaltando a possibilidade de atendimento de até 27.069 alunos, até 2019.

**Tabela 6 – Regulação das Práticas de Ensino, por Instituição de Ensino Superior – Fies nas Unidades da SESA. Ceará, 2014-2015. Ceará, 2015.**

IES	Práticas Reguladas					Total
	Atividades	Estágio Supervisionado	Internato	Prática Assistida	Visita Técnica	
UNIFOR	3	684	92	98	244	1.121
UNICHRISTUS	0	97	213	174	148	632
UNILAB	0	0	0	18	0	18
UECE	0	268	4	39	32	343
UFC/ FORT.	0	208	32	244	50	534
UFC/ BARB.	0	26	2	0	0	28
UFC/ SOBRAL	0	5	1	0	0	6
FANOR	0	141	0	24	24	189
FAMETRO	0	26	0	154	0	180
FATECI	0	234	0	3	0	237
FIC	0	89	0	126	0	215
FGF	0	0	0	0	60	60
IFCE/ L. DO NORTE	0	19	0	0	15	34
FATENE	0	18	0	0	0	18
UFPB	0	2	0	0	0	2
UFCG	0	75	0	0	0	75
INTA	0	6	0	0	0	6
ESP-CE	0	102	0	0	0	102
SEDUC	0	40	0	0	0	40
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2.040</b>	<b>344</b>	<b>880</b>	<b>573</b>	<b>3.840</b>

Fonte: NUVEN/ CGTES

Regulação, capacitação, acompanhamento e avaliação do PROENSINO e desenvolvimento do Projeto NIPRO, de acordo com as Tabelas 7 e 8:

**Tabela 7 – Demonstrativo do NIPRO/ SESA, em outubro 2015. Ceará, 2015.**

Lotação	Quantidade
Nível Central	71
Nível Regional	0
Unidades Ambulatoriais	0
Unidades Hospitalares	0
<b>Total</b>	<b>71</b>

Fonte: NUVEN/ CGTES

**Tabela 8 – Distribuição das Vagas por Curso de Graduação, Contempladas no Edital 2015/2016 – Pro ensino. Ceará, 2015.**

Curso de Graduação	Número de vagas		
	Ampla Concorrência - AC	Pessoas com Deficiência - PD	Total
Biblioteconomia	2	0	2
Direito	2	0	2
Educação Física	2	0	2
Enfermagem	30	3	33
Farmácia	12	1	13
Fisioterapia	9	1	10
Fonoaudiologia	2	0	2
História	2	0	2
Nutrição	9	0	9
Odontologia	9	1	10
Pedagogia	2	0	2
Psicologia	10	1	11
Serviço Social	14	1	15
Terapia Ocupacional	2	0	2
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>8</b>	<b>115</b>

Fonte: Edital 2015

### **Ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde à Educação Permanente e Profissional em Saúde**

Para gestão da Educação Permanente em Saúde propõe-se, prioritariamente o fortalecimento das Comissões de Integração Ensino-Serviço Macrorregionais - CIES Fortaleza, Cariri e Sobral, bem como a criação das CIES Sertão Central e Litoral Leste – Jaguaribe, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização – PDR vigente.

Da implementação espera-se o empoderamento dos sujeitos da gestão, atenção, controle social e movimentos sociais, de forma mais efetiva na captação e desenvolvimento das ações formativas e nas mudanças de práticas nos serviços de saúde, tornando o trabalhador cada vez mais habilitado para o dia a dia do trabalho e para a atenção humanizada aos usuários do SUS.

Ademais, espera-se fomentar a capacitação de gestores e dar um impulso significativo à disseminação do conhecimento nas Redes de Atenção à Saúde, bem como gerir de forma organizada as demandas de capacitação, seja pelo desenvolvimento das ações formativas pactuadas nas CIES Estadual e Macrorregionais, no Convênio 1780/2008 MS para capacitação de gestores e nos Programas, promovendo a melhoria contínua da força de trabalho nos sistemas e serviços de saúde, bem como a formação profissional, a capacitação de docentes e a ampliação da oferta de vagas na Modalidade Residência, seja Residência Médica ou Multiprofissional.

### **Ampliação da produção de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde para a promoção da saúde**

Nesta iniciativa o Programa “Gestão do Trabalho, da Educação e da Ciência e Tecnologia na Saúde” visa organizar e publicar a produção científica na área da saúde incluindo: a organização do acervo em bibliotecas presenciais e virtuais nas Unidades de Saúde e Coordenadorias Regionais; a definição de prioridades de pesquisas para o SUS; o incentivo e o acompanhamento dos Editais de Fomento das Pesquisas em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP.

Para 2016, as equipes técnicas da SESA e os pesquisadores das Instituições de Ensino Superior – IES elegeram os seguintes eixos e linhas de pesquisa, demonstradas nos Quadros 9 a 13 .

**Tabela 9 – Prioridades de Pesquisas para o SUS. Eixo 1 – Epidemiologia. Ceará, 2015.**

<b>Problema de Saúde /Pesquisa</b>	<b>Linhas de Pesquisa</b>
Estudo da magnitude das reações adversas, recidivas e da resistência medicamentosa nas doenças transmissíveis crônicas	1) Hanseníase, Tuberculose, Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/HIV), Leishmaniose e Doença de Chagas: eventos adversos e impacto na resposta.
	2) Desenvolvimento de indicadores para a vigilância das recidivas e da resistência medicamentosa das doenças transmissíveis crônicas de grande prevalência no Estado.
	3) Marcadores epidemiológicos de resposta terapêutica, prognóstica e de impacto no custeio do tratamento das doenças transmissíveis crônicas.
Novas tecnologias em vigilância epidemiológica: georeferenciamento e tecnologias móveis digitais em tempo real	1) Automatização de análise de dados e painel de monitoramento de indicadores de saúde.
	2) Georeferenciamento e análises de dados espaciais para a melhoria da qualidade da informação em saúde.
	3) Vigilância participativa: ferramentas tecnológicas móveis para acompanhamento e informação do perfil epidemiológico da população.
Estudo da morbimortalidade e perfil epidemiológico das principais doenças não transmissíveis do Estado do Ceará	1) Marcadores epidemiológicos, clínicos, moleculares e terapêuticos para diagnóstico precoce das neoplasias.
	2) Implicações das desigualdades socioeconômicas no perfil epidemiológico da população: fatores macro e micro estruturais da morbimortalidade por causas.
	3) Determinantes epidemiológicos e marcadores diagnósticos, terapêuticos e prognósticos nas doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos, nutricionais e do desenvolvimento nos diversos grupos populacionais.

Fonte: SESA, M.S, FUNCAP

**Tabela 10 – Prioridades de Pesquisas para o SUS. Eixo 2 – Promoção da Saúde. Ceará, 2015.**

<b>Problema de Saúde /Pesquisa</b>	<b>Linhas de Pesquisa</b>
Promoção da saúde relacionada a segurança do paciente/ usuário	1) Educação permanente para aprimoramento da preceptoria e profissionais de saúde.
	2) Letramento em saúde e o desenvolvimento de novas tecnologias.
	3) Percepção dos usuários quanto aos riscos relacionados aos efeitos colaterais e contraindicações de medicamentos.
Avaliação e promoção da saúde relacionada à morbimortalidade por causas externas e doenças crônicas	1) Fatores determinantes dos principais agravos.
	2) Estudos sobre a organização urbana como determinante social para enfermidades.
	3) Avaliação e implementação dos programas de prevenção.
Avaliação da implantação e implementação de redes de atenção à saúde	1) Avaliação das diretrizes de resolubilidade e acessibilidade às redes de atenção à saúde.
	2) Promoção em saúde relacionada aos transplantes nas redes de atenção.
	3) Investigação de fatores de risco nas redes de atenção aos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) e otimizar a integração entre os níveis de saúde dos pacientes com recorrência de AVE.

Fonte: SESA, M.S, FUNCAP

**Tabela 11 – Prioridades de Pesquisas para o SUS. Eixo 3 – Doenças Transmissíveis. Ceará, 2015.**

Problema de Saúde /Pesquisa	Linhas de Pesquisa
Hanseníase, Tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV/ AIDS e Hepatites Virais	1) Estudos de diagnóstico clínico e laboratorial, resistência medicamentosa, adesão ao tratamento, co-infecção e transmissão vertical.
Zoonoses, Doenças Transmitidas por Vetores, Doenças Exantemáticas, Doenças Emergentes, Re-emergentes e de Transmissão Ambiental	1) Estudos de diagnóstico, vigilância, prevenção e controle. 2) Comprometimento neurológico secundário às doenças infecciosas.

Fonte: SESA, M.S, FUNCAP

**Tabela 12 – Prioridades de Pesquisas para o SUS. Eixo 4 – Sistemas e Políticas de Saúde. Ceará, 2015.**

Problema de Saúde /Pesquisa	Linhas de Pesquisa
Qualidade dos programas e serviços de saúde na perspectiva dos diferentes seguimentos	1) Avaliação qualitativa da qualidade da atenção em diferentes níveis do sistema de saúde (primária, secundária e/ou terciária).
	2) Estudos sobre inovações voltadas ao acesso e seguimento nos serviços de saúde.
Estudos de custo-efetividade de novas tecnologias em saúde	1) Avaliação de tecnologias em saúde (ATS).
	2) Estudo de desenvolvimento de tecnologias que favoreçam o incremento de registros e notificação de doenças crônicas não transmissíveis.
Práticas gerenciais baseadas em evidências científicas para a gestão integração nos sistemas de saúde	1) Avaliação das práticas gerenciais como estratégia de gestão eficiente, eficaz e efetiva.
	2) Avaliação e validação de tecnologias para monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis.

Fonte: SESA, M.S, FUNCAP

**Tabela 13 - Prioridades de Pesquisas para o SUS. Eixo 5 – Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança. Ceará, 2015.**

Problema de Saúde /Pesquisa	Linhas de Pesquisa
Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) de Grandes Empreendimentos	1) AIS decorrentes de grandes empreendimentos.
	2) Impactos dos grandes empreendimentos na saúde dos trabalhadores.
	3) Efeitos das desigualdades de poder no enfrentamento dos problemas ambientais: confronto entre Estado, empresas e trabalhadores.
AIS decorrentes da exposição a agrotóxicos e afins, inclusive aqueles utilizados em ações de saúde pública.	1) Avaliação dos efeitos da exposição ocupacional e/ou ambiental a múltiplos ingredientes ativos de agrotóxicos.
	2) Avaliação do modelo de controle de endemias baseado no uso de agrotóxicos e afins.
	3) Estudos sobre a percepção social do risco decorrentes da exposição aos agrotóxicos e afins.
Intoxicações agudas ou crônicas devido à exposição às substâncias químicas tóxicas e radioativas contaminantes do meio ambiente, ambiente de trabalho e alimentos	1) Estudos sobre prevenção, diagnóstico e tratamento.
	2) Avaliação da Vigilância em Saúde das Intoxicações devido à exposição a substâncias químicas tóxicas e radioativas.
	3) Perfil da exposição aos principais agentes tóxicos causadores de intoxicações agudas e/ou crônicas relacionados aos processos produtivos.

Fonte: SESA, M.S, FUNCAP

## **Ampliação da produção editorial de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde**

Garantir a publicação de estudos e pesquisas técnicas e científicas, priorizando a Coletânea das Pesquisas Prioritárias para o SUS – PPSUS, a Revista Pesquisa & Saúde da SESA, a Revista da ESP-CE, o Caderno ESP-CE, Notas Técnicas e Pareceres Técnicos, na perspectiva de produção de nove instrumentos oficiais a cada ano.

### **1.7 Gestão, Regionalização, Planejamento, Participação e Controle Social, Regulação e Ouvidoria:**

#### **Regionalização**

A Constituição Federal de 1988 determinou a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS que, a partir de então, vem passando por importantes mudanças, principalmente quanto a descentralização das responsabilidades de gestão, constituindo-se de uma rede regionalizada e hierarquizada para garantia de acesso à atenção em saúde resultante da pactuação entre os entes federativos, nas Comissões Intergestores Regionais – CIR, nos fóruns de conselheiros de saúde, nas conferências de saúde cujo financiamento se dá entre os três níveis de gestão, ou seja municipal, estadual e federal com transferência de recursos para os fundos de saúde.

É neste contexto que quatro grandes grupos de funções gestoras do SUS estão assim constituídas: formulação de políticas / planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação e prestação direta de serviços de saúde (CONASS, 2011).

A base legal de operacionalização das ações e serviços do SUS, ante a política de garantia do acesso, da participação e do controle social estão asseguradas na legislação do SUS entre leis, decretos, portarias, normas operacionais e resoluções e, mais recentemente estão reafirmadas pelo Decreto Nº. 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica de Saúde e pela Lei Complementa 141/2012.

A organização do modelo assistencial se verifica em um dos principais instrumentos de planejamento, o Plano Diretor de Regionalização – PDR/Ceará revisado em 2014, e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde sob a Resolução nº 08/2012, e a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite CIB/Ce nº 125/2014, com vigência para 2 anos e a ressalva de encaminhamento de solicitação de revisão antes do período, caso seja necessário.

O PDR expressa, de forma regionalizada, o acesso aos serviços de saúde, a sua abrangência e responsabilidades na atenção básica em cada município, organizado 22 regiões de saúde com capacidade resolutive para a média complexidade (1ª Fortaleza, 2ª Caucaia, 3ª Maracanaú, 4ª Baturité, 5ª Canindé, 6ª Itapipoca, 7ª Aracati, 8ª Quixadá, 9ª

Russas, 10<sup>a</sup> Limoeiro do Norte, 11<sup>a</sup> Sobral, 12<sup>a</sup> Acaraú, 13<sup>a</sup> Tianguá, 14<sup>a</sup> Tauá, 15<sup>a</sup> Crateús, 16<sup>a</sup> Camocim, 17<sup>a</sup> Icó, 18<sup>a</sup> Iguatu, 19<sup>a</sup> Brejo Santo, 20<sup>a</sup> Crato, 21<sup>a</sup> Juazeiro do Norte, 22<sup>a</sup> Cascavel e 5 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e Leste Jaguaribe) com capacidade resolutive a ser implantada gradativamente na alta complexidade cuja referência se dá nas Centrais de Regulação destas regiões de saúde, em cumprimento a uma pactuação formalizada na Programação Pactuada Integrada – PPI (ainda em vigência) cumprindo, neste processo, os princípios da equidade, a garantia da integralidade, a qualidade do processo de descentralização, a racionalização dos gastos e otimização dos recursos. A vigência do Decreto 7.508/2011 transforma, a partir de então, a PPI em Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGAS que passa a ser integrante do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, fortalecendo a operacionalização das redes de atenção constantes do desenho do PDR. A estruturação destes instrumentos se baseiam no Mapa da Saúde.

O Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP no Ceará foi assinado em 20 regiões de saúde em 2012, encontra-se no 2º Termo Aditivo, vencendo-se em dezembro de 2015. As regiões de Fortaleza e de Iguatu assinaram o referido Contrato em 2014, com vigência até 2015.

As redes de atenção à saúde estão sendo implantadas paulatinamente em todo Estado, ou seja, a rede de atenção à saúde materno-infantil, de atenção psicossocial, de atenção às pessoas com deficiência, de urgência e emergência e de atenção às doenças crônicas. Para o fortalecimento de uma gestão pautada nos princípios da participação, e com o objetivo de fortalecer os canais de comunicação entre os usuários e a gestão do SUS, em 1991 foi criada a Ouvidoria em Saúde, no âmbito central da Secretaria da Saúde do Estado e posteriormente expandida para as 24 unidades estaduais de saúde e em 12 coordenadorias regionais de saúde. Mas as demais dispõem de interlocutores da ouvidoria para agilizarem as comunicações.

As manifestações advindas como perguntas, críticas, sugestões, reclamações e elogios interferem positivamente na melhoria do desempenho institucional de forma gradativa. Existem também demandas para implantação de ouvidorias provenientes dos municípios cearense.

Em se tratando das informações para a tomada de decisões, existe um grande número de diferentes Sistemas de Informação em Saúde, voltados a operação de unidades assistenciais, à gerencia de redes de atenção, às estatísticas vitais e à investigação e ao controle de diversas doenças que servem de subsídios ao gestor para o planejamento das ações. No Ceará foi implantada a rede interagencial de informações

para a saúde – RIPSA, com o objetivo de promover um processo colaborativo interinstitucional para sistematizar e melhorar a qualidade de dados e informações que já existem, com o propósito de subsidiar a gestão do SUS.

Outro mecanismo de apoio à gestão do SUS são as centrais de regulação que oportunizam o acesso dos usuários às ações de média e alta complexidade, identificam falhas e necessidades do Sistema de Saúde. O estado do Ceará conta com 21 centrais de regulação regionais e 3 centrais de regulação macrorregionais.

Diante disso, no Ceará foram identificadas 22 regiões de saúde para a garantia de acesso à atenção secundária e 5 macrorregiões de saúde para a oferta da atenção terciária. Este processo foi construído e amplamente discutido no âmbito dos municípios e nas regiões de saúde, onde os mesmos definiram sua inserção no âmbito das regiões e identificaram a capacidade instalada dos serviços e, a necessidade da adequação neste novo contexto.

As Coordenadorias Regionais de Saúde, instâncias da Secretaria do Estado nas regiões que respondem pela implementação da política estadual de saúde, assessoramento, acompanhamento e avaliação do sistema de saúde neste âmbito, possuem diversas ferramentas de gestão: Colegiado Interno de Gestão; Comissão Intergestores Regional – CIR; Câmara Técnicas; Fóruns Regionais de Conselheiros; Coordenadoria Regional de Saúde Itinerante e Mesa Regional de Negociação Permanente do SUS, estando cada uma delas em etapas distintas de desenvolvimento.

Até agosto de 2015, a atenção primária contava com 2.373 equipes de saúde da família em funcionamento, com cobertura de 81,50% e 14.787 agentes de saúde, cobrindo cerca de 83,44% da população cearense. Existiam 1.627 equipes de saúde bucal, cobrindo 56,71% da população do Estado, necessitando porém de investimento na qualidade das ações.

Avanços têm ocorrido no Sistema, atualmente conta com 36 hospitais-pólo, 23 hospitais estratégicos e 64 hospitais de pequeno porte apoiados no custeio pelo Estado. Conta-se também com 19 policlínicas, 22 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO's, administrados por Consórcios Público em Saúde. Dispõe-se ainda de 25 Unidades de Pronto Atendimento – UPAS, cobrindo as regiões do Ceará, tendo o apoio logístico de Serviço Móvel de Urgência – SAMU, para reduzir as fragilidades de acesso e as crises existentes.

Além disso, fazem parte da atenção secundária prestada nas regiões, os Laboratórios Regionais de Saúde Pública e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

A atenção terciária conta com o hospital regional da Zona Norte, hospital regional do Cariri e em fase de construção o da região do Sertão Central, localizado em Quixeramobim. Dispõe de uma rede de hospitais e ambulatórios especializados de alta complexidade também da rede própria da Secretaria Estadual da Saúde e, outros conveniados e contratados com o SUS, que precisa ser cada vez mais fortalecida.

Ressalta-se ainda que as redes de atenção à saúde com suas diversas áreas temáticas e pontos de atenção estão em fase de implantação no Ceará.

Com referência a política de doação de órgãos, o Ceará vem se destacando no cenário nacional. Em 2014 foi o 1º lugar em transplantes de fígado; 2º em pulmão; 5º em coração; córnea e pâncreas; 6º em transplante de rim e 9º em medula óssea, considerando o número de transplante por milhão de habitantes.

A política de incentivo à fixação de profissionais atualmente vem sendo fortalecida e ampliada com o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médico que tem a parceria entre o Governo Federal, Estadual e Municipal.

Macrorregiões de Saúde	População	% de Representação
Fortaleza	4.624.285	53%
Sobral	1.625.273	18%
Cariri	1.462.418	16%
Sertão Central	637.257	7%
Litoral Leste/ Jaguaribe	537.226	6%
População do Estado	8.907.459	100%

Fonte: IBGE/SESA/ ASPLAG

## Planejamento

**O Planejamento no Sistema Único de Saúde do Ceará** integra numa relação interfederativa com o Ministério da Saúde, através do decreto nº 7.508/2011 e Port. Nº 2.135/2013/GM/MS e a Rede Estadual de Planejamento, conforme decreto nº 29.917/2009.

No período de 2012-2015, desenvolveu-se de conformidade com a diretriz de orientação de forma articulada, integrada e solidaria entre as esferas de governo Federal, Estadual e Municipais. Desencadeou-se por meio de um processo participativo - ascendente, regionalizado e teve como bases propositivas; a análise do Sistema de Saúde, compromissos pactuados nos Contratos Organizativos de ação Pública/ COAP, Conferência Estadual de Saúde, Documento de Diretrizes de Governo e prioridades das Oficinas Regionais de Planejamento participativo.

O planejamento no Sistema Único de Saúde do Ceará, enquanto mecanismo de orientação para a Gestão do SUS, teve sua expressão concreta a partir do Plano

Plurianual de Governo, composto de programas temáticos setoriais de Saúde, com seus respectivos objetivos, metas e iniciativas e no Plano Estadual de Saúde composto de uma análise da Situação de Saúde do Estado, compromissos e resultados expressos nas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. Integrado na lógica de Gestão Pública por resultados, agrupou-se ao eixo: Sociedade Justa e Solidária com resultados Estratégicos Setoriais: Acesso da população às ações e serviços de Saúde com qualidade; Proteção à Saúde Individual e Coletiva, Fortalecimento da Gestão, Controle Social e Desenvolvimento Institucional do SUS.

Na dimensão operativa e de monitoramento e avaliação, mencionamos a importante função da programação Anual de Saúde, Programação Operativa Anual, Relatório Anual de Gestão, Relatório de Desempenho de Gestão e Mensagem Anual de Governo.

Para o **quadriênio de 2016 – 2019**, o Planejamento do Sistema Único de Saúde do Ceará, se harmoniza no âmbito estadual à Gestão Democrática por resultados, integrando-se ao eixo – Ceará Saudável, que tem como resultado estratégico – população mais saudável e como resultado temático – acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de Saúde, assegurando a integralidade da atenção.

Indicadores estratégicos e temáticos, programa temático com suas respectivas iniciativas e produtos, regionalizados, serão objetos de monitoramento e avaliação de Gestão. Esse Planejamento também entra em consonância com as Diretrizes Nacionais, a partir da utilização de orientações metodológicas e dos compromissos pactuados. O Planejamento, através do Plano Estadual de Saúde, expressará compromissos e resultados, através de sua agenda estratégica: Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, definidos, a partir de bases propositivas: Análise da Situação de Saúde, Relatório da 7ª Conferência Estadual de Saúde, objetivos e estratégias do processo do Planejamento Participativo e regionalizado, compromissos pactuados mediante Indicadores e metas, documento de Diretrizes de Governo e com fundamentação na legislação vigente. Ressalta-se a implantação do Sistema Integrado de Monitoramento e Avaliação – SIMA, mecanismo que fortalecerá a Gestão Estadual.

O Planejamento em seus níveis estratégicos, tático e operacional, será conduzido por uma agenda estratégica da SESA e de instrumentos de programação e de monitoramento e avaliação de Gestão. Ressalta-se ainda, a função de cooperação técnica para o desenvolvimento das ações de Planejamento, junto as Coordenadorias Regionais de Saúde e respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

Reconhecendo que o Planejamento tem relevante papel como mecanismo para orientação e fortalecimento da gestão no SUS, considera-se importante que esteja na centralidade da Agenda de Gestão da SESA.

### **Participação e Controle Social**

O Conselho Estadual de Saúde (CESAU), é um órgão colegiado de caráter permanente deliberativo, criado de acordo com art.3º inciso VII, da Lei de nº 5.427, de 27 de junho de 1961, implantado em nova fase, em 1º de março de 1989, em conformidade da Resolução nº 7/89 da Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS, e Decreto nº 2.710 de 16 de agosto de 1993 sobre organização e atribuição, através da Lei Estadual de nº 12.878, de 29 de dezembro de 1998, alterado seu artigo 5º através da lei nº 13.331/03 de 17 de julho de 2003 e, seu artigo 3º pela lei nº 13.959 de 30 de agosto de 2007, alterado seu artigo 5º através da lei nº 15.559 de 11 de março de 2014.

O Conselho Estadual de Saúde é órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará -SESA -CE, com jurisdição em todo o território do Estado do Ceará, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Tem sua composição paritária conforme estabelecido em lei Nº 8.142/90 composto por representantes de instituições governamentais, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde, e representantes da sociedade civil e funcionamento em reuniões mensais.

Sua estrutura básica compreende o plenário, onde ocorrem os debates e as deliberações sobre as políticas de saúde do estado retratadas em resoluções homologadas pelo gestor. As câmaras técnicas e comissões compostas por conselheiros, a comissão de intersetorial de saúde do trabalhador compostas por conselheiros e não conselheiros de saúde, atuam na análise e emissão de recomendações ou pareceres dos projetos, planos e matérias de interesse das diversas políticas públicas, em especial, às de saúde que são submetidos ao plenário do CESAU para debates e parecer final.

A mesa diretora com composição paritária entre os segmentos dispõe dos cargos: presidente, vice-presidente, secretário geral e secretário adjunto, eleitos em plenário para mandato de um ano com recondução em igual período, é responsável pelos encaminhamentos das deliberações do plenário e nos assuntos administrativos, financeiros no que diz respeito ao controle social.

Os fóruns regionais de conselheiros de saúde constituem-se em espaços democráticos com o objetivo de fortalecer a articulação e informação entre os conselhos

estadual e municipal e a sociedade para o pleno exercício do controle social sobre as políticas públicas no âmbito dos municípios e das 22 regiões de saúde do estado do Ceará que são acompanhados pelos membros do plenário.

A secretaria executiva é o órgão de assessoria técnica e administrativa do CESAU, composta por servidores públicos do Sistema Único de Saúde, subordinada ao plenário do colegiado com função de assessorar o plenário, as câmaras técnicas, as comissões, os fóruns regionais de conselheiros de saúde e os conselheiros nos assuntos e ações empreendidas pela estrutura do colegiado. Atua também na articulação e assessoria aos colegiados municipais sobre funcionamento e realização das conferências de saúde.

O colegiado tem atuando sistematicamente na promoção do papel do conselhos de saúde e conselheiros de saúde através da educação permanente para o controle social no (SUS) em suas diversas modalidades educacionais os elementos importantes para qualificar e promover a ampliação da participação social no SUS.

Destaca-se ainda a realização sistemática das Conferências Estaduais de Saúde em parceria com a SESA mobilizando a gestão e o controle social para avaliar as políticas e propor estratégias para a execução do plano de saúde. Tal parceria se reproduz na avaliação sistemática da situação de saúde, colaborando na elaboração de propostas a partir das necessidades de saúde e na construção das diretrizes do Plano Plurianual – PPA, Programação Anual (PA) e Relatório de Gestão (RAG).

## **Regulação**

A Central de Regulação Estadual do SUS – CRESUS, consiste no Complexo Regulador do SUS do Estado do Ceará, que tem como missão responder às 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 CRESUS são regular as referências de procedimentos hospitalares e ambulatoriais especializados e de alta complexidade entre os municípios do Estado, tendo como base os pactos, acordos 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 diversas Centrais de Regulação existentes e a serem implantadas, a nível estadual e municipal.

O Complexo utiliza um sistema informatizado desenvolvido especificamente para este fim, necessitando rede informatizada dotada de servidores de rede, dados e Internet com:

I - Um componente Estadual de Coordenação e Acompanhamento que fica localizado na Secretaria Estadual da Saúde, exercendo a coordenação geral do Complexo Regulador, mantendo as informações necessárias à operação uniforme das Centrais de Regulação e suas respectivas interfaces operacionais, acompanhando e avaliando o desempenho ante sua missão e objetivos. Inclui o Núcleo Estadual de Supervisão, responsável pela definição de parâmetros de regulação e acompanhamento das Macrorregiões.

II - Um componente Macrorregional administrativo e operacional localizado nas 3 Macrorregiões (Fortaleza, Sobral e Cariri), dotado de equipe de atendimento (médico, técnico de atendimento em informática e videofonistas) em operação 24 horas, exercendo a Gerência Operacional do Complexo na Macrorregião, regulando o acesso aos serviços de média e alta complexidades e operacionalizando internações e atendimentos ambulatoriais para os quais não houve resolubilidade a nível Regional.

III - Um componente Regional administrativo, localizado nas 22 CRES – Coordenadorias Regionais de Saúde, dotado de equipe de atendimento em operação de segunda a sexta-feira, de 8 às 17 horas, acompanhando, monitorando e dando suporte à rede de operadores das Secretarias Municipais de Saúde e estabelecimentos do Complexo na região, para garantia das internações e atendimentos ambulatoriais para os quais não houve resolubilidade a nível municipal.

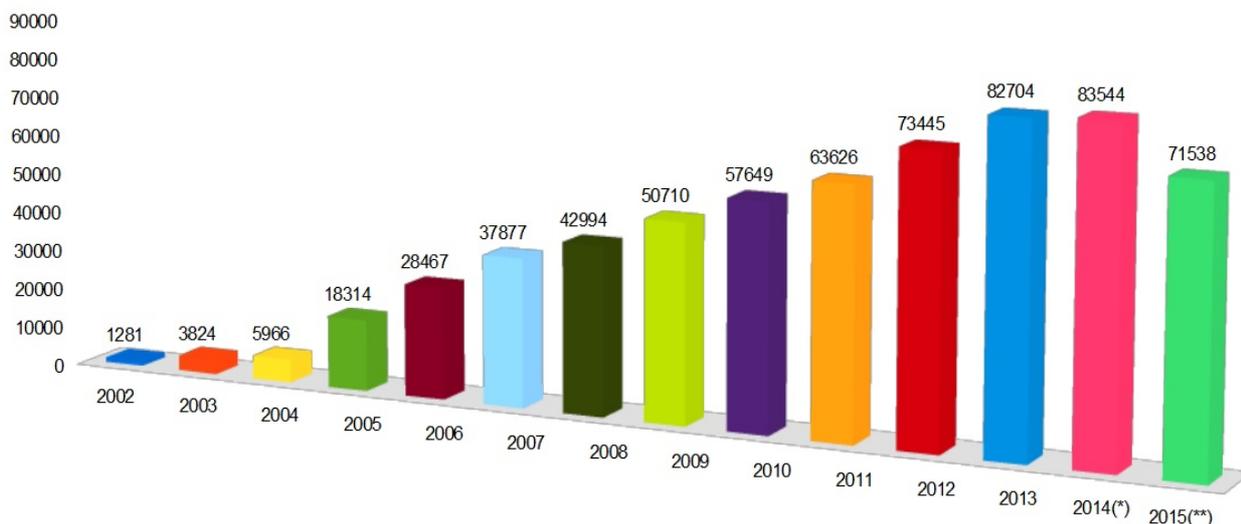
IV - Componente de Regulação Ambulatorial (Central de Marcação de consulta e exames Municipal) das 184 Secretarias Municipais de Saúde, para solicitações e agendamentos de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidades, incluindo as ofertas das Policlínicas e CEOs.

V - Componente Hospitalar para registro de internações locais, permitindo a autorização das AIHs pelo sistema, e solicitações de transferências para procedimentos não resolutivos na região, operacionalizados pelos Hospitais localizados nos municípios.

VI – Componente utilizado pelas unidades hospitalares e ambulatoriais vinculadas ao SUS, que recebem pacientes pactuados pelos municípios, ofertando agenda, confirmando atendimentos, confirmando as reservas de leito e registrando as altas para permitir a visualização pela Central de Regulação dos leitos disponíveis, além de permitir o controle, pelas auditorias dos municípios, da liberação de AIHs.

Ao longo dos 13 anos de funcionamento, a CRESUS-SESA vem agendando procedimentos ambulatoriais e realizando transferências interhospitalares em número crescente conforme gráficos I e II:

**Gráfico I – Transferências hospitalares reguladas pela CRESUS no período de 2002 a 2015**



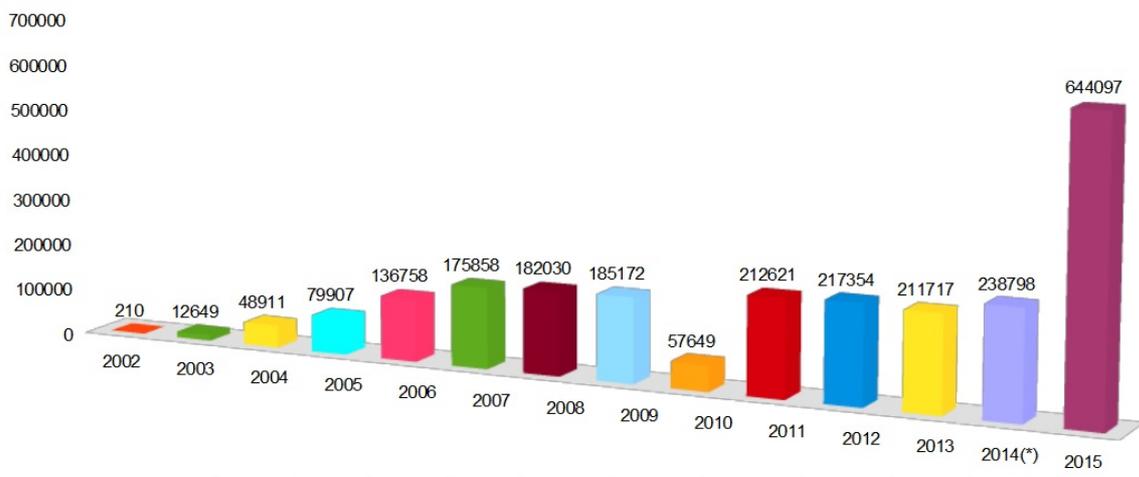
(\*) Informações dos dois sistemas, devido à migração do UNISUS para o Unisusweb, a partir de setembro.

Nessas informações estão incluídas as transferências não reguladas (vaga zero), devido não ter como separar no relatório do sistema UNISUS.

(\*\*) As transferências sem regulação (vaga zero) não estão incluídas.

Observa-se que no ano de 2015 houve uma diminuição das transferências realizadas pela CRESUS. Isso se deve ao fato de que no sistema anterior, UNISUS, não era possível separar as transferências realizadas sem regulação, o que foi viabilizado após a migração para o sistema atual, o Unisusweb.

## Gráfico II – Agendamentos ambulatoriais realizados pela CRESUS no período de 2002 a 2015



(\*) Informações dos dois sistemas, devido à migração do UNISUS para o Unisusweb, a partir de fevereiro.

Observa-se que no ano de 2015 houve um aumento considerável de agendamento em virtude de passarem a serem registrados no sistema dos agendamentos das Policlínicas e CEO's e dos agendamentos internos das unidades de referência (agenda restrita).

### Ouvidoria

As ouvidorias são canais de importância estratégica para a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, pois, ao possibilitarem o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, contribuem para a participação do cidadão na avaliação da qualidade e da eficácia das ações e serviços de saúde, auxiliando no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do SUS.

As Ouvidorias da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA fazem parte de uma rede setorial coordenada pela Ouvidoria Geral da Secretaria. Compõem a Rede de Ouvidorias do Poder Executivo Estadual, vinculada à Secretaria da Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado – CGE. Além de integrarem o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, vinculado ao Ministério da Saúde.

A Rede de Ouvidoria da SESA tem como instrumento normativo de regulamentação a Portaria nº 3240, de 29 de outubro de 2012, sendo 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.

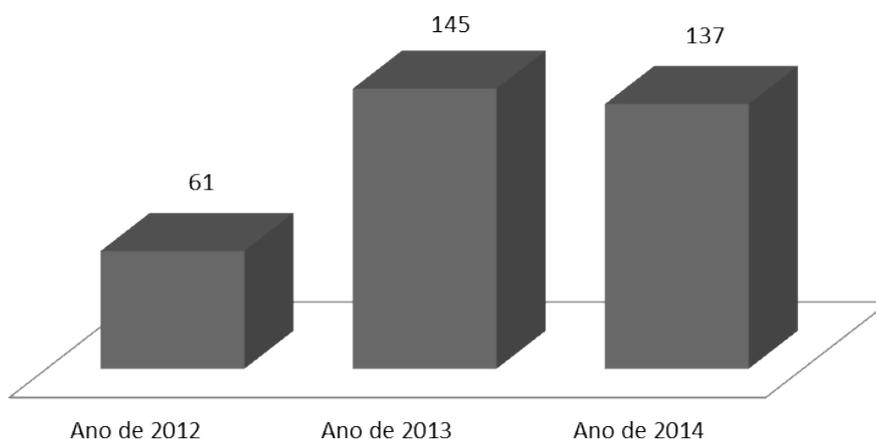
A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio de sua Ouvidoria Geral, tem atuado em dois eixos de trabalho: a coordenação da Rede de Ouvidorias da SESA e a coordenação do processo de descentralização das Ouvidorias do SUS no Ceará.

**No período de 2012-2015**, a SESA emvidou esforços na ampliação e qualificação de sua Rede de Ouvidorias, visando facilitar o acesso dos cidadãos aos seus canais de escuta. Para tanto, foram implantadas ouvidorias nas novas unidades assistenciais da Secretaria (policlínicas, hospitais regionais), bem como foram intensificadas ações de fortalecimento dos núcleos de ouvidorias nas Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES. Assim, com a implantação de 25 ouvidorias nas Policlínicas Regionais, no Hospital Regional do Cariri e no Hospital Regional Norte, a Rede SESA dispõe, atualmente, de 55 ouvidorias em funcionamento.

Todas as ouvidorias da Rede SESA trabalharam 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 foi monitorada e avaliada pelos Indicadores de Qualidade, definidos na Portaria nº 3240/2012.

No processo de descentralização das ouvidorias do SUS, a SESA disponibilizou apoio técnico aos municípios e às unidades assistenciais do SUS no processo de implantação e qualificação de suas ouvidorias, colaborando com as metas estabelecidas nos Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP’s das diversas regiões de saúde do estado. O levantamento sobre o “Perfil das Ouvidorias do SUS no Ceará”, realizado entre setembro e novembro de 2014, apontou para uma ampliação significativa das ouvidorias municipais do SUS com os COAP’s, como mostra o gráfico a seguir.

### Gráfico - Quantitativo de ouvidorias municipais do SUS no Ceará, em 2012, 2013 e 2014.



FONTE: SESA-CE

Conforme pode ser verificado, na ocasião da assinatura dos contratos, no início de 2012, o Ceará dispunha de 61 municípios com ouvidorias do SUS. No final de 2014, esse número subiu para 137. Entre 2013 e 2014, podemos perceber uma leve queda na quantidade de ouvidorias municipais, que pode derivar da vulnerabilidade dos serviços de ouvidoria diante de mudanças no núcleo gestor das secretarias municipais, ocorridos em 2014.

**No período de 2016 a 2019**, o trabalho de ampliação e qualificação da Rede de Ouvidorias da SESA exigirá a adoção de estratégias voltadas tanto para a capacitação das equipes técnicas, quanto para o alinhamento normativo e técnico das ouvidorias, na perspectiva de qualificar o trabalho realizado. A metodologia para o processo de alinhamento deve pautar-se na construção democrática e participativa dos atores envolvidos nas diversas etapas de deliberação sobre as ações a serem adotadas.

O processo de apoio à implantação de ouvidorias municipais do SUS, que tem conseguido aumentar significativamente o número de ouvidorias em funcionamento, coloca o desafio de qualificar o processo de trabalho dessas ouvidorias, ampliando a escuta ao cidadão com vista à melhoria das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

<sup>1</sup> Vide Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. *Sistematização do Processo de Trabalho da Rede de Ouvidorias da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará*, série Cadernos das Ouvidorias da Sesa, ano I - nº 2, 2011; e Secretaria da Saúde Estado do Ceará. *Referências Conceituais e Instrumentais de Trabalho da Rede de Ouvidorias da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará*, Série Cadernos das Ouvidorias da Sesa, Ano I - nº 1, 2011.

## **1.8 Assistência Farmacêutica:**

No que se refere à garantia das ações de Assistência Farmacêutica, foi a partir da homologação da Constituição Federal (CF) em 1988 que a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, foram asseguradas.

Porém, apenas em 1998, é que a Política Nacional de Medicamentos é normatizada, estabelecendo as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica (AF) para os gestores das três esferas de governo tendo como enfoque a descentralização da gestão.

Essa reorientação das ações da AF trouxe um fato novo para os estados e municípios: a aquisição descentralizada de medicamentos. Essa atribuição realizada antes apenas de forma centralizada pela esfera federal, consolida-se com a implantação de recursos de incentivo à assistência farmacêutica básica (IAFB) a partir da publicação da Portaria Federal nº176/99.

Diante da nova realidade que se apresentava e buscando alternativas para racionalizar e otimizar os recursos disponíveis para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), de forma a garantir a população o acesso aos medicamentos considerados essenciais, no Ceará, em 1999, de forma pioneira no Brasil, os municípios se articularam e, em parceria com o estado, pactuaram na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde um sistema de compra centralizada para a aquisição de medicamentos, denominada Programação Pactuada Integrada da Assistência Farmacêutica Básica (PPI-AFB).

Durante o período de 1999 a 2011 o número de municípios que aderiram à compra centralizada variou de cento e oitenta e um a cento e oitenta e dois, o que significa que a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por meio da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COASF-SESA), gerencia desde 1999 cerca de um terço de todos os recursos destinados à aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica básica, promovendo uma grande economia de escala principalmente para os municípios de pequeno e médio porte.

Dentre outras situações, essa economia possibilitou principalmente a ampliação do elenco de medicamentos disponibilizados para a atenção básica fazendo com que o número de itens adquiridos passasse de 58 em 1999 para 168 em 2015.

E o estado do Ceará mais uma vez parte na frente com relação aos agravos que não possuem cobertura farmacoterapêuticas enquadrados nos componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica (básico, estratégicos e especializado), devido aos frequentes expedientes administrativos e judiciais, tanto das secretarias municipais e

estaduais; em 2009 foi criada a política de assistência farmacêutica secundária , política esta financiada pelo estado e municípios que aderiram a mesma, e hoje o seu elenco contempla 55 itens de medicamentos distribuídos trimestralmente, junto com os medicamentos da atenção básica.

Estamos no quadro da Secretaria de Saúde do Estado como Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COASF) dividida em vários núcleos , Numes: núcleo de medicamentos essenciais; Numex: núcleo de medicamentos excepcionais ou especializados; Nufito: núcleo de medicamentos fitoterápicos, e o Ceadim ( central de armazenamento de distribuição de imunobiológicos), e o setor de demandas judiciais que atua no planejamento, gerenciamento e distribuição dos medicamentos judicializados. atualmente existem em torno de 750 apresentações de medicamentos no elenco de medicamentos judicializados que refletem um crescente gasto com média anual de aproximadamente r\$ 50.000.000,00 (dados entre 2011 e 2014). os profissionais do setor atuam de forma integrada aos demais setores da coordenadoria de assistência farmacêutica assim como outros órgãos da secretaria da saúde e procuradoria geral do estado. a judicialização de medicamentos representa importante papel na execução orçamentária da coordenadoria de assistência farmacêutico, o que colabora na busca de estratégias administrativas para diminuir as ações judiciais com máxima eficiência no atendimento dos pacientes que necessitam de medicamentos importados, inovadores, não padronizados ou que apresentem dificuldades na regulação de acesso.

Os aspectos estratégicos e operacionais devem ser considerados como sendo de vital importância na implantação da política de Assistência Farmacêutica. Podemos destacar: Articulação Intersectorial e Desenvolvimento Institucional; Assessoria Técnica e/ou Cooperação Técnica; Desenvolvimento e Logística; Desenvolvimento do Sistema de Informação ( apoio na implantação do sistema HORUS- sistema de controle de estoque do Ministério da Saúde); Capacitação dos Recursos Humanos e Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

## **Objetivos e Estratégias priorizadas no Processo de Planejamento Participativo e Regionalizado**

## 2. Objetivos e estratégias prioritizadas no Processo de Planejamento Participativo e Regionalizado

REGIÃO: CARIRI	
OBJETIVO	ESTRATÉGIA
Assegurar uma saúde de qualidade para a população do Cariri.	Melhorar e ampliar a acessibilidade e o acesso aos serviços de saúde.
	Fortalecer a regionalização dos serviços de saúde.
	Fortalecer a atenção primária como coordenadora e ordenadora das redes de saúde.
	Difundir as ações de promoção da saúde.
	Fortalecer a valorização e formação permanente do trabalhador.

REGIÃO: CENTRO SUL	
OBJETIVO	ESTRATÉGIA
Dotar o território de uma saúde pública de qualidade e humanizada.	Garantir o atendimento da demanda da atenção especializada e de alta complexidade com resolutividade.
	Aprimorar a descentralização das políticas de saúde de forma equânime entre as regiões, considerando o perfil socioeconômico e epidemiológico.
	Efetivar as redes de atenção à saúde, trabalhando a intersetorialidade.
	Efetivar a regulação da oferta dos serviços de saúde.

REGIÃO: GRANDE FORTALEZA	
OBJETIVO	ESTRATÉGIA
Reduzir a pobreza	Fortalecer as ações de saneamento básico e promoção da prevenção da saúde.
	Integrar as políticas intersetoriais de educação, saúde e assistência social.

REGIÃO: LITORAL LESTE	
OBJETIVO	ESTRATÉGIA
Reduzir a violência e a criminalidade no território.	Ampliar as formas de tratamento e acompanhamento aos dependentes químicos e ex-presidiários, intersetorializando as ações.

REGIÃO: LITORAL NORTE	
OBJETIVO	ESTRATÉGIA
Universalizar o serviço de saúde de qualidade para as populações do território.	Promover a valorização e a formação continuada dos profissionais de saúde.
	Fortalecer as redes de atenção a Saúde.

REGIÃO: LITORAL NORTE	
OBJETIVO	ESTRATÉGIA
Assegurar à população do território, infraestrutura e serviços de saúde de qualidade e universalizado.	Fortalecer o atendimento de saúde em nível secundário e terciário no território.
	Promover a valorização do profissional de saúde e a formação contínua/continuada.
	Ampliar a cobertura do atendimento móvel de urgência e emergência.

<b>REGIÃO: MACIÇO DE BATURITÉ</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Assegurar à população do território, infraestrutura e serviços de saúde de qualidade e universalizado.	Fortalecer a regionalização e as redes de atenção à saúde (urgência e emergência), psicossocial, rede cegonha, portadores de deficiência, crônicas degenerativas.
	Ampliar e melhorar o atendimento nos equipamentos de saúde da região.
	Garantir a assistência terciária para a população do Maciço do Baturité.
	Assegurar a prevenção e o controle de zoonoses na região.
	Assegurar serviços especializados no Maciço de Baturité.

<b>REGIÃO: SERRA DA IBIAPABA</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Assegurar à população o acesso a um serviço de saúde de qualidade.	Fortalecer o sistema hospitalar da região visando reduzir o número de transferência de urgência e emergência para outros centros.
	Promover a valorização dos profissionais de saúde.
	Assegurar maior celeridade nos serviços da saúde, de modo a reduzir as sequelas e a mortalidade em decorrência da demora no atendimento.
	Integrar as políticas de educação ambiental e saúde com relação ao perigo do uso de agrotóxicos.

<b>REGIÃO: SERRA DA IBIAPABA</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Garantir uma saúde pública de qualidade, humanizada com garantia de financiamento das esferas públicas e compatível com as necessidades nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.	Fortalecer as políticas públicas direcionadas aos profissionais de saúde, garantindo sua saúde e segurança no exercício do trabalho contribuindo para a melhoria da qualificação profissional e qualidade da assistência.
	Promover a valorização dos profissionais da saúde.
	Ampliar e fortalecer o sistema de saúde da atenção primária e secundária.
	Garantir a ampliação do financiamento da saúde, com gestão transparente.

<b>REGIÃO: SERRA DA IBIAPABA</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Ampliar a atenção primária no sistema de saúde.	Fortalecer o processo e formação da residência integrada em saúde.
	Investir na prevenção e humanização dos profissionais.
	Ampliar o quadro funcional de profissionais com vínculo fortalecido.
	Garantir a pactuação da compra dos medicamentos.

<b>REGIÃO: SERTÃO DE SOBRAL</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Promover a melhoria do atendimento na saúde, de forma descentralizada.	Fortalecer a capacidade administrativa das unidades de atenção básica de saúde.
	Fortalecer o diálogo intersetorial para melhorar o atendimento nas unidades de saúde.
	Fortalecer políticas de promoção e prevenção no âmbito da saúde.

<b>REGIÃO: SERTÃO DOS CRATEÚS</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Garantir à população serviço de saúde pública de qualidade.	Garantir atendimento integral, acesso e qualidade em todos os níveis do sistema público de saúde.
	Fortalecer a região e a macrorregião de saúde.
	Garantir a continuidade na oferta de qualidade dos serviços nos equipamentos de saúde.
	Regionalizar os serviços de média e alta complexidade para os municípios de pequeno e médio porte I e II.

<b>REGIÃO: SERTÃO DOS INHAMUNS</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Assegurar a qualidade e o acesso desburocratizado dos serviços de saúde pública.	Ampliar a resolutividade e capacidade de oferta dos serviços especializados.
	Aperfeiçoar os serviços da Rede Única de Saúde.
	Assegurar a estruturação e funcionalidade dos equipamentos de saúde.

<b>REGIÃO: VALE DO JAGUARIBE</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
Reduzir as desigualdades socioeconômicas, com melhor distribuição dos recursos naturais, de emprego e renda.	Ampliar a resolutividade e capacidade de oferta dos serviços especializados.
Ampliar o acesso e garantir a qualidade da educação infantil.	Integrar as políticas de Ação Social, Saúde e Educação voltadas para sensibilização e orientação às famílias quanto a importância do ingresso das crianças do 0 a 5 anos na escola.

## **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**

### 3. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores:

**DIRETRIZ 1:** Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na Atenção Primária, nas Redes Temáticas e nas Redes de Atenção à Saúde.

**Objetivo 1:** Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa com estímulo ao envelhecimento ativo e controle das doenças crônicas.

<b>Meta:</b>	<b>Indicador:</b>
Reduzir em 2% a taxa de internação por fratura de fêmur na população acima de 60 anos, de 13,2/10.000 habitantes em 2014 para 12,9/10.000 habitantes até 2019.	Taxa de internação por fratura de fêmur na população acima de 60 anos em determinado ano e local.
Reduzir em 10% a taxa de internações por pneumonia na população acima de 60 anos, de 100,3/10.000 habitantes em 2014 para 90,3/10.000 habitantes até 2019.	Taxa de internação por pneumonia na população acima de 60 anos em determinado ano e local.
Reduzir em 10% a taxa de internação por AVC na população acima de 60 anos, de 69,4/10.000 habitantes em 2014 para 62,5/10.000 habitantes até 2019.	Taxa de internação por AVC na população acima de 60 anos em determinado ano e local.

**Objetivo 2:** Fortalecer a Política Estadual de Alimentação e Nutrição, com destaque para o acompanhamento, monitoramento e avaliação do perfil nutricional da população do Estado por meio dos dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional(SISVAN).

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 6,5% o percentual de cobertura do acompanhamento no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) da população do Estado, em todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), de 30,99% em 2015 para 33% até 2019.	Percentual de cobertura do acompanhamento da população do Estado do Ceara no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
Ampliar em 5% o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família, de 79,63 em 2014 para 83,6 até 2019.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família.

**Objetivo 3:** Fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem de forma hierarquizada e regionalizada, visando proporcionar regularmente os serviços de promoção, prevenção, educação em saúde e de atenção clínica e cirúrgica à população masculina.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Reduzir em 2% a taxa de mortalidade por Câncer de Próstata, na população masculina de 20 ou mais anos, de 2,49/10.000 habitantes em 2014 para 2,44/10.000 habitantes até 2019.	Taxa de Mortalidade por Câncer de Próstata na população masculina de 20 ou mais anos em determinado ano e local.

**Objetivo 4:** Fortalecer a Rede de Atenção às Condições Crônicas no Estado.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório, na população de 20 ou mais anos, de 24,70/10.000 habitantes em 2014 para 23,46/10.000 habitantes até 2019.	Taxa de mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório na população de 20 ou mais anos em determinado ano e local.
Reduzir em 2% a taxa de mortalidade por Câncer de Mama, na população feminina de 20 ou mais anos, de 18,30/100.000 habitantes em 2014 para 17,94/100.000 habitantes até 2019.	Taxa de mortalidade por Câncer de Mama, na população feminina de 20 ou mais anos em determinado ano e local.
Reduzir em 2% a taxa de mortalidade por Câncer de Pulmão, na população de 20 ou mais anos, de 18,10/100.000 habitantes em 2014 para 17,74/100.000 habitantes até 2019.	Taxa de mortalidade por Câncer de Pulmão, na população de 20 ou mais anos em determinado ano e local.
Reduzir em 3% a taxa de mortalidade por Câncer de Estômago, na população de 20 ou mais anos, de 13,10/100.000 habitantes em 2014 para 12,70/100.000 habitantes até 2019.	Taxa de Mortalidade por Câncer de Estômago na população de 20 ou mais anos em determinado ano e local.
Reduzir em 4% a taxa de internação por doenças do Aparelho Respiratório, na população de 20 ou mais anos, de 44,8/10.000 habitantes em 2014 para 42,56/10.000 habitantes até 2019.	Taxa de internação por doenças do Aparelho Respiratório na população de 20 ou mais anos em determinado ano e local.
Reduzir em 4% a taxa de internação por Diabetes, na população de 20 ou mais anos, de 7,07/10.000 habitantes em 2014 para 6,79/10.000 habitantes até 2019.	Taxa de internação por Diabetes na população de 20 ou mais anos em determinado ano e local.

**Objetivo 5:** Fortalecer as ações de promoção e prevenção em saúde bucal no Estado.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Aumentar em 50% o percentual de ação coletiva de escovação supervisionada, de 1,71 em 2015 para 2,57 até 2019.	Média de ação coletiva de escovação supervisionada.

**Objetivo 6:** Fortalecer a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança , do Adolescente e da Mulher de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC ) e da Mulher(PNAISM).

Meta	Indicador
Reduzir em 5% a Taxa de Gravidez na Adolescência passando de 24% em 2015 para 22,8% até 2019.	Taxa de Gravidez na Adolescência.

**Diretriz 2:** Qualificar Atenção Primária e aprimorar as Redes de Atenção à Saúde nas macrorregiões e regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Materno Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção as Condições Crônica, Rede de Atenção à Saúde Bucal, Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador e Rede Especializada Hospitalar e Ambulatorial.

**Objetivo 1:** Fortalecer a padronização dos processos assistenciais, mediante as Linhas Guias do Cuidado e Protocolos Clínicos.

Meta	Indicador
Elaborar e implantar 04 Diretrizes Clínica em conformidade com as Redes de Atenção Materno Infantil até 2019.	Número de Diretrizes Clínica elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 07 Diretrizes Clínica em conformidade com as Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis até 2019.	Número de Diretrizes Clínica elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 03 Diretrizes Clínica em conformidades com as Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa até 2019.	Número de Diretrizes Clínica elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 04 Diretrizes Clínica em conformidade com as Redes de Atenção à Saúde do Trabalhador até 2019.	Número de Diretrizes Clínica elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 02 Diretrizes Clínica em conformidade com as Redes de Atenção à Urgência e Emergência até 2019.	Número de Diretrizes Clínica elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 06 Diretrizes Clínica para Saúde Bucal até 2019.	Número de Diretrizes Clínica elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 05 Diretrizes Clínica em conformidade com as Redes de Atenção Psicossocial até 2019 .	Número de Diretrizes Clínica elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 02 Diretrizes Clínica em conformidade com as Redes de Atenção em Oftalmologia até 2019.	Números de Diretrizes Clínicas elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 02 Diretrizes Clínica Atenção a Pessoa com Deficiência Visual, com a Rede de Atenção Psicossocial até 2019.	Números de Diretrizes Clínicas elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 02 Diretrizes Clínica Atenção a Pessoa com Deficiência Motora/Física, com a Rede de Atenção Psicossocial até 2019.	Números de Diretrizes Clínicas elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 02 Diretrizes Clínica Atenção a Pessoa com Deficiência Intelectual/Espectro Autista, e familiares com a Rede de Atenção Psicossocial até 2019.	Números de Diretrizes Clínicas elaboradas e implantadas.
Elaborar e implantar 02 Diretrizes Clínica Atenção a Pessoa com Deficiência Auditiva, com a Rede de Atenção Psicossocial até 2019.	Números de Diretrizes Clínicas elaboradas e implantadas.

**Objetivo 2:** Qualificar a Atenção Primária à Saúde no âmbito das redes de atenção.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Expandir o Projeto Qualifica APSUS para 100% dos municípios do Estado, de 6 municípios em 2015 para 184 até 2019.	Percentual de municípios qualificados por meio do Projeto Qualifica APSUS.
Certificar 50% dos municípios do Estado com selo de Qualidade até 2019.	Percentual de municípios certificados com Selo de Qualidade.
Reduzir em 4% as internações por causas sensíveis à Atenção Primária, de 18,9 em 2014 para 18,1 até 2019.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

**Objetivo 3:** Fortalecer e ampliar a Rede de Urgência e Emergência.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 10,39% a resolubilidade das urgências e emergências hospitalares, de 77% em 2015 para 85% até 2019.	Índice de resolução dos agravos à saúde em urgência e emergência, nos níveis de baixa e média complexidade, nas Regiões de Saúde. Índice de resolução dos agravos à saúde em urgência e emergência, nos níveis de alta complexidade, nas Macrorregiões de Saúde.
Ampliar em 118% a cobertura de municípios com mais de 50 mil com Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de 46% em 2015 para 100% até 2019.	Percentual de municípios com mais de 50 mil habitantes com Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
Ampliar em 30% a cobertura de municípios elegíveis com salas de estabilização, de 23% em 2015 para 30% até 2019.	Percentual de municípios elegíveis com salas de estabilização.
Ampliar em 43% a cobertura de municípios com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de 70% em 2015 para 100% até 2019.	Percentual de municípios com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) de 50 mortes por 100 mil/habitantes em 2015 para 45 mortes por 100 mil/habitantes até 2019.	Taxa de Mortalidade por Acidentes Vascular Cerebral (AVC).
Reduzir em 12,5% a taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) de 40 mortes por 100 mil/habitantes em 2015 para 35 mortes por 100mil/habitantes até 2019.	Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

**Objetivo 4:** Fortalecer a Rede de Atenção Especializada Hospitalar e Ambulatorial.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Aumentar em 4% a resolubilidade estadual do serviço de traumatologia - ortopedia (média complexidade) , de 77% em 2015 para 80% até 2019.	Taxa de Resolubilidade do serviço de traumatologia-ortopedia (média complexidade) .
Ampliar em 734% o número de Centros Especializados em Reabilitação – CER nos municípios integrantes da rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, de 3 em 2015 para 22 até 2019.	Percentual de Centros Especializados em Reabilitação implantados.
Adequar a Rede Hospitalar do Estado (oito hospitais), à legislação e as normas técnicas de Acessibilidades até 2019	Número de hospitais com Acessibilidade de acordo com a legislação e normas técnicas vigentes.
Implantar em 30% da Rede Hospitalar do Estado (10 hospitais ) do Estado, Núcleos de Segurança do Paciente até 2019.	Nº de Núcleos de Segurança do Paciente implantados.
Implantar Ambulatório de Atenção a população LGBT em duas Macrorregião de Saúde até 2019	Numero de Ambulatórios implantados.

**Objetivo 5:** Fortalecer a Rede Materno Infantil no âmbito do Estado.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Reduzir em 15% a Razão da Mortalidade Materna, de 61,2 óbitos / 100.000 NV em 2014 para 52,02 óbitos / 100.000 NV até 2019.	Razão da Mortalidade Materna. Proporção de nascidos vivos de mães com até sete ou mais consultas de pré-natal.
Aumentar em 1,5% a Proporção de Partos Normais, de 43,19% de 2014 para 43,84% até 2019.	Proporção de Partos Normais.
Reduzir em 12% a Taxa de Mortalidade Infantil, de 11,9 óbitos/1.000 NV em 2014 para 10,47 óbitos /1.000 NV até 2019.	Taxa de Mortalidade Infantil.
Aumentar em 2% a proporção de aleitamento materno exclusivo até 4 (quatro) meses, de 68,82% em 2014 para 70,19 até 2019.	Taxa de Prevalência de Aleitamento Materno exclusivo até 4 (quatro) meses.

**Objetivo 6:** Fortalecer a Rede em Saúde do Trabalhador nas Macrorregiões com foco na promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar para 100% o número de municípios com notificação dos agravos relacionados ao trabalho, de 111 municípios em 2015 para 184 até 2019.	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
Ampliar o número de municípios com mais de 50.000 habitantes, inserindo procedimentos em Saúde do Trabalhador no SIA/SUS, de 09 em 2015 para 36 até 2019.	Número de municípios notificando procedimentos em Saúde do Trabalhador no SIA/SUS.

**Objetivo 7:** Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Meta	Indicador
Aumentar em 8% a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de 1,15 em 2015 para 1,24 até 2019.	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Ampliar, fortalecer e implementar a Rede de Atenção Psicossocial até 2019.	Percentual de Redes de Atenção Psicossocial implantadas

**Objetivo 8:** Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção em Oftalmologia

Meta	Indicador
Estruturar para habilitar junto ao Ministério da Saúde, 54 serviços de Média Complexidade, 23 serviços de Alta complexidade e 1 (um) Centro de Referência como Rede de Atenção em Oftalmologia até 2019.	Número de serviços de Média e Alta Complexidade habilitados pelo Ministério da Saúde.
Ampliar em 5% a taxa de Cirurgias de Vitrectomia no intuito de reduzir a cegueira evitável, até 2019.	Taxa de cirurgias de Vitrectomia realizada por ano.
Ampliar em 5% a taxa de Cirurgias de Catarata e Glaucoma, no intuito de reduzir a cegueira evitável de 10.818 cirurgias de catarata em 2015 para 11.359 em 2019.	Taxa de cirurgias de Cataratas e de Glaucoma realizadas por ano.

**DIRETRIZ 3:** Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

**Objetivo 1:** Promover a integralidade e o aprimoramento da política da atenção especializada para a população cearense, nas regiões do Estado.

Meta	Indicador
Ampliar a taxa de utilização das Policlínicas em 10,38%, passando de 74,38% em 2015 para 85% até 2019.	Taxa de utilização das Policlínicas.
Ampliar o percentual de cumprimento do contrato de pactuação dos CEO's em 5,3%, passando de 84,7% em 2015 para 90% até 2019.	Taxa de cumprimento do pacto dos CEO's.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades consorciadas, através do processo de acreditação.

Meta	Indicador
Acreditar CEO's e Policlínicas sob gestão consorciada, passando de zero em 2015 para 34 até 2019.	Número de CEO's e Policlínicas acreditados.

**DIRETRIZ 4** Garantir o acesso a população aos serviços de qualidade com ênfase na humanização, equidade e tempo hábil de atendimento obedecendo as necessidades de saúde com o aprimoramento da atenção especializada, ambulatorial e hospitalar.

**Objetivo 1:** Ampliar o acesso da população as ações e serviços especializados e hospitalares.

Meta	Indicador
Reduzir de 100% para 6,25% ano o tempo de espera para a realização de exames de alto custo para apoio a diagnósticos; (Ressonância; Tomografia), até 2019.	Tempo de espera para realização de exames de alto custo para apoio diagnósticos.

**Objetivo 2:** Modernizar a gestão das unidades de atenção á saúde, com ênfase em processos enxutos e voltados à assistência de qualidade à população do estado do Ceará.

Meta	Indicador
Normatizar de 50% para 100% os exames de apoio diagnósticos ofertados pela rede estadual, com ênfase nas indicações clínicas adequadas, até 2019.	Percentual de exames de apoio diagnóstico com indicações procedimentos operacionais padrão e fluxo hierarquizado do paciente na rede.

**DIRETRIZ 5:** Promoção da atenção integral á Saúde da Mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

**Objetivo 1:** Ampliar o acesso de mulheres para realização de exames de imagens específicos para detecção precoce de câncer de mama.

Meta	Indicador
Reduzir de 100 % para 6,25% ano o tempo de espera para a realização de exames de imagens de apoio diagnóstico para detecção precoce de Câncer de Mama, até 2019.	Percentual de exames específicos para detecção precoce de câncer de mama.

**DIRETRIZ 6:** Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio de ações de vigilância em saúde, promoção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis, de doenças e agravos não-transmissíveis e de seus fatores de riscos.

**Objetivo 1:** Coordenar ações de vigilância sanitária para o controle do risco sanitário em produtos e serviços de saúde.

Meta	Indicador
Manter 100% dos municípios cearenses executando as 7 ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias, até 2019.	Percentual de municípios executando ações de Vigilância Sanitária necessárias.

**Objetivo 2:** Coordenar ações de vigilância em saúde ambiental para a prevenção e redução da exposição humana aos fatores de riscos ambientais

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Aumentar em 16% a proporção de amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, passando de 74% em 2016 para 90% até 2019.	Proporção de análises realizadas em amostra de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Realizar análises químicas de agrotóxicos em hortifrutigranjeiro pelo Laboratório Central - LACEN, até 2019.	Proporção de análises realizadas pelo LACEN
Promover ação intersetorial para coleta de embalagem de agrotóxicos, incluindo aquelas geradas pela saúde em todo o Estado, até 2019.	Proporção de órgãos envolvidos
Regularizar a central de Ultra Baixa Volume (UBV) no Eusébio, dotando de registros no IBAMA e SEMACE, bem como, a construção de 01(uma) estação de tratamento, até 2019.	Central regularizada Estação de Tratamento de resíduos construída e implantada
Garantir em 100% a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva (EPI) e (EPC) para os trabalhadores da rede SESA , até 2019.	Percentual de EPI e EPC disponibilizado
Implantar o Serviço de Assistência Toxicológica em 100% dos Hospitais Regionais do Estado conforme demanda e necessidades regionais, até 2019.	Percentual de hospitais com serviços implantados
Realizar pesquisa epidemiológica sobre as doenças e agravos existentes em 100% da população residente no entorno da Mina de Urânio em Santa Quitéria, até 2019.	Pequisa realizada
Realizar exames periódicos em 100% dos trabalhadores e residentes no entorno da Mina de Urânio em Santa Quitéria	Proporção de exames realizados
Realizar pesquisa em 100% dos municípios sobra a situação dos trabalhadores e da população residente no entorno dos lixões e Aterros Sanitários, até 2019.	Percentual de municípios pesquisados
Implantar em 100% nas Regiões de Saúde os Consórcios Público de Saúde as Unidades de Vigilância de Zoonose (UVZ) nas 22 Regiões de Saúde, até 2019.	Percentual de Unidades de Vigilância de Zoonose (UVZ) nas Regiões de Saúde

**Objetivo 3:** Coordenar ações de qualidade dos dados e da informação em saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 1,3% a proporção de registro de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias do final do mês da ocorrência, passando de 88,7 para 90% até 2019.	Proporção de registro de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias do final do mês da ocorrência.
Ampliar em 6,6% a proporção de registro de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias do final do mês de ocorrência passando de 83,4 em 2014 para 90% até 2019.	Proporção de registro de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias do final do mês de ocorrência.
Ampliar em 2,7% a proporção de registro de óbitos com causa básica definidos, passando de 92,3% em 2015 para 95% até 2019.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definidos.

**Objetivo 4:** Coordenar ações de imunizações para o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Aumentar em 93% o percentual de municípios com 80% das salas de vacinas pactuadas em 2012 alimentando dados mensalmente no SIPNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização) passando de 7% em 2015 para 100% até 2019.	Proporção de salas de vacinas com alimentação mensal do SI-PNI, por municípios
Manter em 70% ou mais o percentual de municípios com coberturas vacinais adequadas em 75% das 08 (oito) vacinas pactuadas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Em 2014 o resultado foi satisfatório em 79% dos municípios.	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.
Reduzir em 5% a taxa de abandono do esquema de vacinação das crianças de um ano de idade na estratégia de rotina com a vacina tríplice viral passando de 9% em 2014 para 4% até 2019, até 2019.	Taxa de abandono (<5%) no esquema de vacinação da Tríplice Viral I.

**Objetivo 5:** Coordenar ações de vigilância epidemiológica de doenças e agravos.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 6,3% a proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação, passando de 73,7% em 2015 para 80% em 2016, até 2019.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.
Aumentar em 11% a proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, passando de 59% em 2015 para 70% até 2019.	Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
Aumentar 3% da proporção de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase, passando de 87% em 2014 para 90% até 2019.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
Reduzir 80% da taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos, passando de 0,02 por 100.000 hab em 2015 para 0,01 por 100.000 hab até 2019.	Taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos.
Reduzir a taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade de 9,1 por 1.000 NV em 2015 para $\leq 7$ por 1.000 NV até 2019.	Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.
Aumentar em 11% os casos suspeitos de dengue notificados oportunamente (em até 7 dias) passando de 69% em 2015 para 80% até 2019.	Notificação oportuna de casos suspeitos de dengue.
Aumentar em 14% os casos suspeitos de doença exantemática notificados em até 24 horas após a data do início dos sintomas, passando de 16.1% em 2015 para 30% até 2019.	Proporção de casos suspeitos de doença exantemática notificados em até 24 horas após a data do início dos sintomas.
Aumentar em 30% os surtos de doenças de transmissão hídrica alimentar (DTHA) investigados com coleta de amostra, passando de 20% em 2015 para 50% até 2019.	Proporção de surtos de doenças de transmissão hídrica alimentar (DTHA) investigados com coleta de amostra.
Aumentar 3% os óbitos infantis e fetais notificados com investigação, passando de 72% em 2015 para 75% até 2019.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
Aumentar 24% os óbitos maternos notificados com investigação, passando de 76% em 2015 para 100% até 2019.	Proporção de óbitos maternos investigados.

**Objetivo 6:** Coordenar ações de vigilância e controle de endemias nas áreas vulneráveis e/ou receptivas para transmissão das doenças endêmicas.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Manter, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura em cada ciclo, no período de 2016 a 2019	Numero de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Garantir a busca ativa (exame ocular externo) em 50% dos escolares do 1 ao 5 ano do ensino fundamental dos municípios prioritários para o tracoma evitando assim, a perda da visão, no período de 2016 a 2019.	Proporção de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental examinados para o tracoma, nos municípios prioritários.
Realizar investigações, levantamentos e monitoramentos entomológicos em 50% dos municípios com transmissão moderada e intensa para as leishmanioses, até 2019.	Número de municípios contemplados
Realizar pesquisa da sazonalidade dos flebotomíneos (transmissor das leishmanioses) em 50% dos municípios com transmissão intensa, até 2019.	Nº municípios contemplados
Implantar o programa da vigilância da febre maculosa em 50% das regiões de saúde com registro no Estado do Ceará, até 2019.	Número de Regiões de Saúde com programa implantado
Realizar monitoramento entomológico e epidemiológico em 50% nas áreas (Pecém e Cinturão das Águas) a serem impactadas com a transformação do meio ambiente, até 2019.	Áreas impactadas monitoradas

**Objetivo 7:** Intensificar a vigilância entomológica, macológica e por animais peçonhentos no Estado do Ceará como medida para estabelecer evidências científicas como suporte para tomada de decisões.

Meta	Indicador
Criar a Rede de Laboratório de entomologia, vetores, reservatórios, hospedeiros e animais peçonhentos, até 2019.	Número de Laboratórios Macrorregionais implantados; Número de Laboratórios Regionais implantados

**DIRETRIZ 7:** Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de serviços de saúde, por meio das ações de Regulação.

**Objetivo 1:** Ampliar a taxa de efetivação das solicitações ambulatoriais e hospitalares de regulação.

Meta	Indicador
Aumentar em 8% a taxa de agendamentos ambulatoriais regulados (de 67% em 2015, para 75% até 2019).	Proporção de agendamentos solicitados regulados.
Aumentar em 50% a taxa de regulações hospitalares (de 23% em 2015, para 46% até 2019).	Proporção de regulações hospitalares realizadas.

**DIRETRIZ 8:** Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de serviços de saúde, por meio das ações de Transplantes.

**Objetivo 1:** Fortalecer as ações das **OPO's**- Organizações de Procura de Órgãos.

Meta	Indicador
Aumentar em 1,5 a taxa de efetivação das doações <b>pmp</b> anualmente, passando de 23,5 em 2015, para 29,5 até 2019.	Taxa de doadores PMP nas referidas regiões de abrangências das Organizações de Procura de Órgãos.

**Objetivo 2:** Fortalecer as ações das **CIHDOTT's** - Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos Tecidos para Transplante. instituídas e incentivar a criação de novas comissões.

Meta	Indicador
Aumentar em 28% o número de notificações de potenciais doadores até 2019. Passando de 538 em 2015, para 691 notificações até 2019.	Número de notificações de potenciais doadores.
Aumentar a taxa de efetivação da doação de 38,6% em 2015, para 50% até 2019.	Taxa de efetivação da doação.
Aumentar em 100% o número de CIHDOTT's - Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos Tecidos para Transplante entre os hospitais notificantes de 2015, passando de 18 em 2015, para 35 até 2019.	Número de comissões instituídas nos hospitais notificantes.

**Objetivo 3:** Qualificar o processo de doação e transplante de córnea

Meta	Indicador
Aumentar em 49% o número de doações de córneas, passando de 543 em 2015, para 811 até 2019.	Número de doações de córneas.
Reduzir de tempo médio de espera para realização de transplante de córnea de 6 meses em 2015 para 01 mês até 2019.	Tempo médio de espera em lista para transplante de córnea.

**DIRETRIZ 9** - Garantia do acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

**Objetivo 1:** Promover a política de AF no CEAF – Componente Especializado de Assistência Farmacêutica.

Meta	Indicador
Implantar 3 farmácias especializadas para dispensação de medicamentos de alto custo até 2019.	Nº de Farmácias Especializadas implantadas.

**Objetivo 2:** Fortalecer a Política de Fitoterapia no âmbito das Farmácias Vivas no estado do Ceará.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Implantar 6 projetos na área de Fitoterapia em Saúde pública para hortos polos de plantas medicinais, farmácias vivas e capacitação até 2019.	Nº de projetos implantados.
Aumentar em 80% o atendimento das demandas de fitoterápicos encaminhadas pelas unidades de referência do Estado do Ceará passando de uma em 2015 para cinco até 2019.	Percentual de demandas atendidas.
Implantar os Laboratórios Fitoterápicos Regionais, até 2019.	Nº de Laboratórios implantados
Criar Polos Regionais de Farmácias Vivas em cidades polo no interior do Estado, até 2019.	Nº de cidades polo contempladas

**Objetivo 3:** Fortalecimento do Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Implantar em 100% dos municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, passando de 135 em 2015 para 184 até 2019.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus Básico Implantado.
Criar o sistema de informação na área de Fitoterapia até 2019.	Sistema de informação Implantado.

**Objetivo 4:** Promoção do uso racional de medicamentos.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Garantir o abastecimento e atendimento de 80% dos fármacos padronizados no elenco do Componente especializado da assistência, até 2019.	Percentual de itens atendidos (nº de itens programados/ nº de itens distribuídos).
Garantir o abastecimento e atendimento de 80% dos fármacos padronizados no elenco da Programação Pactuada Integrada - PPI da Assistência Farmacêutica Básica e secundária aos 184 municípios, até 2019.	Percentual de itens atendidos ( nº de itens programados/ nº de itens distribuídos).
Garantir o abastecimento e atendimento de 80% dos fitoterápicos para as unidades de referência do estado, até 2019.	Percentual de itens atendidos.
Garantir a distribuição 100% das demandas de mudas de plantas medicinais até 2019.	Percentual de demandas de atendidas.

**DIRETRIZ 10:** Fortalecimento das instâncias do Controle Social e os canais de interação com usuários com garantia de transparência e participação cidadã.

**Objetivo 1:** Fortalecimento da política de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS.

Meta	Indicador
Capacitar 40% dos conselheiros de saúde na área de de políticas, planejamento e gestão em saúde do SUS passando de 514 em 2015 para 2.800 até 2019.	% de conselheiros de saúde capacitados.
Formar facilitadores para atuar como multiplicadores nas comissões dos Conselhos Municipais de Saúde até 2019	% de conselheiros de Saúde capacitados.

**Objetivo 2:** Implementação de estratégias para o uso ferramentas do controle social e de gestão do SUS.

Meta	Indicador
Aumentar em 100% o percentual de municípios utilizando ferramentas de acompanhamento e gestão passando 130 em 2015 para 184 até 2019.	% de municípios com SIACS atualizados. % de conselhos utilizando o SARGSUS.

**Objetivo 3:** Promover a mobilização social por meio das conferências.

Meta	Indicador
Apoiar a realização de 100% das conferência de saúde, até 2019.	% de conferências apoiadas. % de delegados mobilizados.
Realizar conferencias de saúde, até 2019.	% de conferencias realizadas. % de delegados mobilizados.
Realizar conferencias setoriais de saúde, até 2019.	% de conferencias realizadas. % de delegados mobilizados.

**Objetivo 4:** Promover a articulação dos conselheiros por meio dos Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde.

Meta	Indicador
Apoiar a realização de 100% dos fóruns regionais de conselheiros de saúde, até 2019.	% de fóruns realizados. % de conselheiros mobilizados.
Realizar 70% dos fóruns regionais de conselheiros de saúde, até 2019.	% de fóruns realizados % de conselheiros mobilizados % de municípios envolvidos
Realizar 4 Encontros com Mesas Coordenadoras dos Fóruns até 2019	% Encontros realizados % de conselheiros mobilizados.
Firmar Termo de Compromisso do CESAU com 100% dos Secretários de Saúde como garantia da participação dos	% de termos de compromisso assinados % de termos de compromisso cumpridos.

conselheiros municipais de saúde nas reuniões dos fóruns, até 2019.	
---	--

**Objetivo 5:** Utilização das estruturas organizativas do controle social, fortalecimento institucional sobre gestão do trabalho, modelo de gestão e de atenção à saúde do SUS.

Meta	Indicador
Realizar 3 Caravanas Macrorregionais de saúde em defesa do SUS até 2019.	Nº de caravanas realizadas. Nº de participantes.
Realizar 3 Marcha Anual Estadual em Memória das Vítimas de Acidentes de Trabalho, até 2019.	Nº de marchas realizadas. Nº de participantes.

**Objetivo 6:** Ampliar e qualificar os canais de interação com o cidadão.

Meta	Indicador
Qualificar 100% das ouvidorias municipais do SUS implantadas, até 2019.	Proporção de ouvidorias municipais do SUS implantadas com qualificação.
	Número de Policlínicas regionais com ouvidorias do SUS implantadas.

**DIRETRIZ 11:** Implantação de uma Política de Comunicação em Saúde no Estado para promoção da gestão participativa, articulando redes sociais dentre outros dispositivos de comunicação virtual, mídias formais e mídias alternativas .

**Objetivo 1:** Implementação da publicização das resoluções, atos e pareceres do plenário do Conselho Estadual de Saúde.

Meta	Indicador
Redimensionar a estrutura e conteúdo do SITE do CESAU, até 2019.	SITE atualizado
Inserir a comunicação inclusiva (libras e audiodescrição) no SITE, até 2019.	Comunicação inclusiva inserida no SITE
Inserir a comunicação inclusiva (libras e audiodescrição) nos eventos da saúde, até 2019.	Comunicação inclusiva inserida nos eventos da Saúde

**DIRETRIZ 12:** Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia de acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

**Objetivo 1:** Aprimorar os instrumentos de gestão para o fortalecimento da regionalização da saúde.

Meta	Indicador
Implantar/Implementar 100% dos Colegiados Internos de Gestão em 22 Coordenadorias Regionais de Saúde, passando de 20 em 2015 para 22 até 2019.	Número de Colegiados Internos de Gestão em funcionamento nas Coordenadorias Regionais de Saúde.
Implementar nas 22 Regiões de Saúde as Câmaras Técnicas das Comissões Intergestores Regionais, passando de 20 regiões em 2015 para 22 regiões até 2019.	Número de regiões com Câmaras Técnicas implementadas/implantadas.

**Objetivo 2:** Aprimorar a gestão regional para o fortalecimento da regionalização da saúde.

Meta	Indicador
Implantar a 22ª Coordenadoria Regional de Saúde da Região de Cascavel até 2019.	Coordenadoria Regional de Saúde implantada.

**DIRETRIZ 13:** Contribuir para as necessidades do SUS, promovendo à formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações do trabalho.

**Objetivo 1:** Promover a melhoria contínua da força de trabalho nos sistemas de saúde.

Meta	Indicador
Ampliar em <b>1,84%</b> o percentual de trabalhadores capacitados para os serviços de saúde, passando de <b>5,58%</b> (5.161) em 2015 para <b>7,42%</b> (6.869) até 2019.	Percentual de trabalhadores capacitados para os serviços de saúde.
Ampliar em 34% o percentual de monitoramento e avaliação macrorregional das ações formativas da PEEPS, passando de três ciclos para cinco ciclos até 2019.	Percentual de ciclos realizados.
Implantar duas Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) Macrorregionais, passando de 3 em 2015 para 5 até 2019.	Número de CIES implantadas.

**Objetivo 2:** Promover a formação profissional em saúde

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Formar 1.500 trabalhadores para os serviços de saúde até 2019.	Percentual de trabalhadores formados para os serviços de saúde.

**Objetivo 3:** Fortalecer o controle social promovendo a capacitação dos membros dos conselhos de saúde e comunidades no âmbito da gestão, atenção e vigilância em saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Pactuar com instituições de ensino a formação de 552 conselheiros de saúde e comunidades até 2019.	Número de pessoas capacitadas.

**Objetivo 4:** Ampliar a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 566% o numero de vagas ofertadas em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, passando de 30 em 2015 para 200 em 2018, até 2019.	Percentual de ampliação de vagas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.
Avaliar 100% dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade vinculados ao Estado até 2019.	Percentual de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade vinculados ao Estado avaliados.

**Objetivo 5:** Ampliar a residência Multiprofissional

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 306% o numero de vagas ofertadas em Residência Multiprofissional (RIS), passando de 45 em 2015 para 138 até 2019.	Percentual de ampliação de vagas de Residência Multiprofissional (RIS).
Avaliar 100% dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde até 2019.	Percentual de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde avaliados.
Assegurar a implementação dos Programas da Residência Multiprofissional em Saúde até 2019.	Percentual de turmas implementadas Percentual de residentes envolvidos

**Objetivo 6:** Promover a adoção da gestão da excelência em serviços de saúde

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Implantar 18 organizações de saúde no âmbito do governo do estado até 2019.	Nº organizações de saúde no âmbito do governo do estado com Modelo de Excelência em Gestão Pública implantado.
Implantar sistema de monitoramento da regulação da jornada de trabalho em 100% das Unidades e Coordenadorias Regionais da Rede SESA., até 2019.	Percentual de implantação do sistema de monitoramento da regulação da jornada de trabalho nas unidades e Coordenadorias Regionais da Rede SESA.

**Objetivo 7:** Promover as ações voltadas para valorização do trabalho e promoção de ambientes de trabalho saudáveis no SUS.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 250% o número de Mesas de Negociação Permanente do SUS, nas regiões de saúde, passando de 02 em 2015 para 7 até 2019.	Percentual de ampliação de Mesas de Negociação Permanente do SUS.
Criar um SESMT no Nível Central da SESA até dezembro de 2016, com Programa de Controle Médico de Saúde Operacional – PCMSO e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA até dezembro de 2016 e promover a qualidade de vida do trabalhador, até 2019.	Nº de serviço especializado implantado.
Implantar o Plano de Cargos Carreiras e Salários da secretaria de Saúde do Estado até 2019	Plano de Cargos Carreiras e Salários implantado
Criar um Serviço Especializado em Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT) no Nível Central da SESA até dezembro de 2017, até 2019.	Nº de serviço especializado implantado.
Implementar Comissões Locais de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde da rede SESA até 2019.	Número de Comissões implantadas

**Objetivo 8:** Fortalecer os programas de provimento de profissionais do Ministério da Saúde com qualidade no âmbito estadual.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar o apoio aos municípios em 7% passando de 172 municípios beneficiados para 184 até 2019.	Percentual de municípios apoiados

**Objetivo 9:** Promover as práticas de integração ensino -serviço.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Ampliar em 20% a formação dos preceptores da Rede SESA sobre metodologias de ensino na saúde, passando de 50% em 2015 para 70% até 2019.	Percentual de preceptores formados
Promover a adesão aos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino -Saúde (COAPES) em 100% das macrorregiões do Ceará até 2019.	Percentual de contratos implantados

**Objetivo 10:** Ampliar o acesso dos trabalhadores da saúde à Educação Permanente em Saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Realizar até 2019 56 ações formativas abrangendo os municípios das 14 regiões, até 2019.	Percentual de ações formativas realizadas

**Objetivo 11:** Promover a educação popular em saúde.

Meta	Indicador
Apoiar as regiões de saúde com o desenvolvimento de atividades de Mobilização Social passando de zero em 2016 para cinco até 2017, até 2019.	Número de Atividades de Mobilização Social desenvolvidas nas regiões de saúde por ano.

**Objetivo 12:** Melhorar a prestação dos serviços de regulação, auditoria e controle do SUS das macrorregiões de Saúde.

Meta	Indicador
Realizar até 2019 21 ações formativas abrangendo os municípios das 06 regiões, até 2019.	Número de ações formativas realizadas.

**Objetivo 13:** Ampliar a capacidade estadual e municipal de planejamento e gestão do SUS.

Meta	Indicador
Apoiar 66 municípios nas 4 regiões até 2019.	Número de municípios apoiados.

**Objetivo 14:** Promover a educação permanente em saúde no âmbito da Gestão em Saúde.

Meta	Indicador
Formar 990 gestores em nível de especialização nas áreas de Assistência Farmacêutica, Direito Sanitário, Avaliação de Tecnologias em Saúde e Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, até 2019.	Número de gestores capacitados.
Formar 270 gestores em Gestão das Redes de Atenção à Saúde nível de Aperfeiçoamento, até 2019.	Número de gestores capacitados.
Formar 600 gestores em nível de Atualização nas de regulação, controle, avaliação e auditoria em Saúde e de ouvidoria para o SUS, até 2019.	Número de gestores capacitados.

**Objetivo 15:** Promover a educação permanente em saúde no âmbito da Atenção a Saúde.

Meta	Indicador
Realizar 297 capacitações até 2019 nas áreas de atenção a saúde do trabalhador, estruturação da rede de urgência e emergência, atenção a saúde do homem, 2019, atenção psicossocial, atenção à saúde da pessoa com deficiência, atenção a saúde bucal, atenção à saúde do idoso, atenção à saúde do adulto, atenção primária, até 2019.	Número de capacitações realizadas
Realizar 14 eventos para atenção a saúde da criança até 2019.	Número de eventos realizados

**Objetivo 16:** Promover a educação permanente em saúde no âmbito da Vigilância em Saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Formar 210 profissionais em Vigilância à Saúde nível de Especialização, até 2019.	Número de profissionais capacitados.
Formar 150 profissionais em Vigilância em Saúde do Trabalhador nível de Aperfeiçoamento, até 2019.	Número de profissionais capacitados.
Formar 510 profissionais em nível de atualização nas áreas de Sistemas de Informação em Saúde ,Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar e Vigilância alimentar e nutricional, até 2019.	Número de profissionais capacitados.
Formar 120 profissionais em Vigilância e Controle das Endemias nível de Especialização até 2019.	Numero de profissionais capacitados.

**Objetivo 17:** Promover a educação permanente em saúde no âmbito do Controle Social no SUS.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Formar 210 conselheiros em Controle Social no SUS nível de Atualização, até 2019.	Número de conselheiros capacitados.

**Objetivo 18:** Promover a melhoria da participação do cidadão na gestão do SUS.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Formar 120 usuários em Direito à Saúde e Participação Social no SUS nível de atualização, até 2019.	Número de usuários capacitados.

**Objetivo 19:** Promover a educação permanente em saúde no âmbito da Formação no SUS.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Formar 300 profissionais em Ensino na Preceptorial do SUS nível de aperfeiçoamento, até 2019.	Número de profissionais capacitados.

**Objetivo 20:** Promover a realização de atividades docentes em saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Formar 300 profissionais (que atuam como docentes nos cursos de educação permanente em saúde) em Gestão Pedagógica do Ensino na Saúde nível de Especialização, até 2019.	Número de profissionais capacitados.

**Objetivo 21:** Promover a realização de concurso público para provimento da força de trabalho na rede estadual de saúde do SUS/CE.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Realizar concurso público até 2019 para provimento da força de trabalho de nível médio e superior no quadros de pessoal na área da gestão e da atenção nos serviços públicos estatal da rede SESA/SUS, até 2019.	Concurso público realizado
Convocar e nomear a força de trabalho de nível médio e superior no quadros de pessoal na área da gestão e da atenção nos serviços públicos estatal da rede SESA/SUS concursados até 2019.	Número de profissionais concursados e nomeados
Promover a inserção dos 78 Agentes de Endemias nos quadros da rede estadual de saúde da SESA em decorrência do direito adquirido através da Emenda Constitucional - EC/51 e regulamentada pela Lei nº 11.350/2006, até 2019.	Número Agentes de Endemias inseridos nos quadros da rede SESA
Criar a carreira de Auditor do SUS /CE, até 2019.	Lei aprovada pela AL
Realizar concurso público até 2018 para provimento da carreira de Auditores do SUS/CE, até 2019.	Concurso público realizado
Convocar e nomear os Auditores do SUS/CE cursados até 2019, até 2019.	Número de Auditores concursados nomeados
Garantir o provimento do quadro funcional para a Escola de Saúde Pública do Ceará por meio do concurso público, até 2019.	Quadro Criado Concurso público realizado

**Objetivo 22:** Estruturar e implantar o Plano de Cargo, Carreiras e Salários para os trabalhadores e profissionais de saúde da rede SESA;

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Implantar o Plano de Cargo, Carreiras e Salários para a força de trabalho de nível médio e superior e quadros de pessoal na área da gestão e da atenção nos serviços públicos estatal da rede SESA/SUS considerando as cotas e pessoas com deficiência, até 2019.	Plano de Cargo, Carreira e Salários implantado
Implantar o Plano de Cargo, Carreiras e Salários da carreira de Auditores do SUS/CE, até 2019.	Plano de Cargo, Carreira e Salários implantado
Garantir a valorização por meio de incentivo no PCCS para a força de trabalho que atua como preceptor nos serviços de saúde da rede SESA do Ceará., até 2019.	Incentivo implantado

**Objetivo 23:** Realizar diagnóstico da capacidade instalada de recursos humanos nas unidades da rede SESA.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Realizar dimensionamento da força de trabalho na rede SESA, até 2019.	Dimensionamento realizado.
Definir parâmetros para inserção do contingente de trabalhadores nas unidades da rede SESA, até 2019.	Parâmetros definidos.
Garantir a inserção das pessoas com deficiência de acordo com a Lei nº 8.213/1991, até 2019.	Inserção das pessoas com deficiência.

**Objetivo 24:** Desprecarizar o trabalho nas unidade da rede SESA;

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Dimensionar 100 a força de trabalho terceirizada e cooperados na rede SESA , até 2019.	Nº de trabalhadores terceirizados Nº de trabalhadores cooperados
Ordenar a desprecarização até 70% do trabalho terceirizado e cooperado até 2019 nos serviços públicos estatal da rede SESA/SUS , até 2019.	Percentual de desprecarizado

**DIRETRIZ 14** - Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão de produção de tecnologias estratégicas para o SUS.

**Objetivo 1:** Promover a realização de ações e serviços de vigilância em saúde do trabalhador.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Apoiar a realização de 21 pesquisas na área de vigilância em saúde do trabalhador até 2019.	Nº de pesquisas na área de vigilância em saúde do trabalhador realizadas.

**Objetivo 2:** Ampliar as estruturas tecnológicas para o ensino de saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Implantar 04 Centros de Simulação Realística até 2019.	Nº de Centros de Simulação Realística implantado.

**Objetivo 3:** Ampliar a produção de conhecimentos científicos e tecnológicas em saúde para promoção da saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Realizar 4 pesquisas passando de 1 em 2015 para 4 até 2019.	Nº de pesquisas realizadas.
Publicar 17 produções científicas passando de 2 em 2015 para 17 até 2019.	Nº de produções científicas publicadas.
Realizar 4 eventos científicos até 2019.	Nº de eventos científicos realizados.

**Objetivo 4:** Ordenar a força de trabalho nos serviços de saúde.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Instalar cinco observatórios de dimensionamento na Rede SESA, passando de zero em 2015 para cinco até 2019.	Nº de observatórios de dimensionamento instalados.
Realizar dimensionamento da força de trabalho dos serviços de saúde do SUS Ceará, passando de 0% em 2015 para 100 % até 2019.	Percentual de serviços de saúde dimensionados.
Adequar 70% da força de trabalho dos serviços de saúde da Rede SESA até dezembro de 2019.	Percentual da força de trabalho adequada.

**DIRETRIZ 15** - Implementação de ferramenta de articulação política do setor governamental para debater orçamento público e de saúde .

**Objetivo 1:** Promover articulação intersetorial e interinstitucional envolvendo Casa Civil, Secretaria de Planejamento – SEPLAG, Secretaria da Fazenda, Secretaria da Saúde e Conselho Estadual de Saúde;

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Criar Agenda Temática, até 2019.	Orçamento Público
Realizar reunião anual, até 2019.	Nº reuniões realizadas

## **Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios**

#### **4. Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios:**

##### **Hospitais Polo - HP**

##### **Proposta de Distribuição de Recursos do Tesouro do Estado a Serem Transferidos aos Municípios para Ações e Serviços Públicos de Saúde**

##### **I – Identificação**

**Programa** - (057) Atenção à Saúde Integral e de Qualidade

**Iniciativa** – 057.1.24 - Manutenção da oferta de serviço hospitalar especializado.

##### **II - Justificativa**

A 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 repasse financeiro aos Hospitais Polo, 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 do Estado para atendimento à população referenciada.

A classificação de Hospital Polo utiliza como base normativa a Resolução nº. 03.1/2001 do Conselho Estadual de Saúde – CESAU.

Os Hospitais Polo prestam serviços 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.

Os recursos do Tesouro do Estado destinados à manutenção dos hospitais polo estão previstos no Plano Plurianual 2012- 2015 e são operacionalizados através 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.

### **III - Critério de Seleção dos Hospitais**

- Clínicas obstétrica, neonatal e pediátrica leva em consideração a dimensão epidemiológica e o compromisso do Estado em reduzir a mortalidade materna e na infância.
- Redução das mortes por AVC na população adulta jovem,
- Clínica cirúrgica pela necessidade de descentralizar a oferta para os municípios do interior do Estado, reduzir a demanda reprimida para cirurgias eletivas e o atendimento em tempo oportuno as vítimas de violência.

### **IV - Metas Pactuadas**

- Garantir o funcionamento 24 horas dos serviços nas clínicas médicas descritas no quadro do perfil assistencial
- Informar a Central de Regulação do SUS/CRESUS 100% das transferências realizadas
- Executar 100% das ações programadas no Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde, aprovado pela Vigilância Sanitária da SESA.
- Garantir a contra referencia de 100% dos pacientes internados e assistidos pelo Hospital.
- Garantir o acesso a 100% dos pacientes com indicação para os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: patologia clínica; radiodiagnóstico; ultrassonografia e eletrocardiografia.
- Manter em funcionamento a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

## V – Perfil Assistencial dos Hospitais Polo

Nº Ord.	Hospital	Localização	Abrangência	Perfil Assistencial
1	Instituto Dr. José Frota - IJF	Fortaleza	Estadual	Traumato-Ortopedia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Plástica, Vascular, e Buco Maxilo – Facial e Atendimento a Queimados.
2	Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC	Fortaleza	Estadual	Gineco-obstetrícia e Neonatologia
3	Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha.	Caucaia	Regional	Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Geral
4	Hospital e Maternidade Santa Teresinha	Caucaia	Regional	Clínica Obstétrica e Pediatria
5	Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbert	Maranguape	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
6	Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda	Maracanaú	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia.
7	Hospital José Pinto do Carmo	Baturité	Regional	Gineco-Obstetrícia e Pediatria
8	Hospital Santa Isabel	Aracoiaba	Regional	Clínica Médica e Cirurgia Geral
9	Hospital São Francisco	Canindé	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
10	Hospital São Vicente de Paulo	Itapipoca	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
11	Hospital Municipal Eduardo Dias	Aracati	Regional	Clínica Médica e Cirurgia Geral
12	Hospital Santa Luiza de Marilac	Aracati	Regional	Gineco-Obstetrícia e Pediatria
13	Hospital Eudásio Barroso.	Quixadá	Regional	Clínica Médica
14	Hospital e Maternidade Jesus Maria José	Quixadá	Regional	Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
15	Hospital Regional Dr. Pontes Neto	Quixeramobim	Regional	Clínica Médica e Cirurgia Geral
16	Hospital e Casa de Saúde de Russas	Russas	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
17	Hospital São Raimundo	Limoeiro do Norte	Regional	Gineco-Obstetrícia e Pediatria
18	Hospital Municipal Dr. Deoclecio Lima Verde.	Limoeiro do Norte	Regional	Clínica Médica e Cirurgia Geral
19	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Sobral	Macrorregional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Cardiologia Clínica, Cardiologia Cirúrgica e UTI Pediátrica
20	Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira	Acaraú	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria

Continuação

Nº Ord.	Hospital	Localização	Abrangência	Perfil Assistencial
21	Hospital Madalena Nunes	Tianguá	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia
22	Hospital e Maternidade Dr. Alberto Feitosa Lima	Tauá	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
23	Hospital São Lucas	Crateús	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia
24	Hospital Murilo Aguiar	Camocim	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
25	Hospital Prefeito Walfrido Monteiro Sobrinho	Icó	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
26	Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira.	Iguatu	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia.
27	Hospital Geral de Brejo Santo	Brejo Santo	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia
28	Instituto da criança Menino Jesus de Praga – INCRI	Brejo Santo	Regional	Pediatria
29	Hospital São Raimundo	Crato	Macrorregional	Clínica Médica e Cirurgia Geral
30	Hospital São Francisco	Crato	Regional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia
31	Hospital São Raimundo	Várzea Alegre	Regional	Gineco-Obstetrícia e Pediatria
32	Hospital São Lucas	Juazeiro do Norte	Regional	Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia
33	Hospital São Vicente de Paulo	Barbalha	Macrorregional	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e UTI Pediátrica
34	Hospital e Maternidade Santo Antônio	Barbalha	Macrorregional	Cirurgia Geral, Clínica Neurológica e UTI
35	Hospital do Coração do Carir	Barbalha	Macrorregional	Cardiologia, Cirurgia e UTI Pediátrica
36	Hospital Nossa Senhora das Graças	Cascavel	Regional	Gineco-Obstetrícia e Pediatria

## VI - Fonte de Financiamento e Modalidade de Repasse dos Recursos

Os Recursos financeiros são oriundos do Tesouro do Estado. Para o exercício de 2015 estão previstos recursos no valor total de R\$ 132.506.377,32 (cento e trinta e dois milhões, quinhentos e seis mil, trezentos e setenta e sete reais e trinta e dois 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, conforme Artigo 22 da Lei Complementar Nº141/2012 e o cumprimento de metas estabelecida.

## VII - Critério de Distribuição dos Recursos

- Utiliza-se o critério para utilização da distribuição de recursos o valor por clínica médica ofertada.
- **Hospitais Polo com atuação regional** – valor R\$ 78.000,00 mensal
- **Hospitais Polo com atuação macrorregional** e R\$ 90.000,00 para os hospitais polo com atuação macrorregional e
- **Hospitais Polo com atuação macrorregional que dispõe de UTI Pediátrica** R\$ 120.000,00.
- **Os Hospitais que não atenderam aos pré requisitos** conforme resolução nº 56/2013/CESAU, permanecem com os valores por clínica sem alteração, R\$ 45.000,00/mensal.
- O Hospital Dr. José Frota- IJF e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, os valores importam respectivamente R\$ 1.876.198,11/mês e R\$ 180.000,00/mês pactuados em decorrência de serem classificados como hospitais polo terciário de referência estadual.

## VIII - Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde- Fundes para os Fundos Municipais de Saúde- FMS

HOSPITAL/ Fundo Municipal de Saúde	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Instituto Dr. José Frota - IJF Fundo Municipal de Saúde - Fortaleza CNPJ: 11.621.453/0001-51	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11	1.876.198,11
Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC - Fortaleza CNPJ: 11.621.453/0001-51	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00
Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha. Fundo Municipal de Saúde - Caucaia CNPJ: 11.777.761/0001-70	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00
Hospital e Maternidade Santa Teresinha Fundo Municipal de Saúde - Caucaia CNPJ: 11.777.761/0001-70	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbert. Fundo Municipal de Saúde - Maranguape CNPJ: 11.807.618/0001-84	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
Hospital Dr. João Elísio de Holanda Fundo Municipal de Saúde - Maracanaú CNPJ: 10.553.026/0001-10	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00	225.000,00
Hospital José Pinto do Carmo Fundo Municipal de Saúde - Baturité CNPJ: 10.241.072/0001-84	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00
Hospital Santa Isabel Fundo Municipal de Saúde - Aracoiaba CNPJ: 09.625.350/0001-18	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00
Hospital São Francisco Fundo Municipal de Saúde -Canindé CNPJ: 11.422.579/0001-05	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
Hospital Hospital São Vicente de Paulo Fundo Municipal de Saúde - Itapipoca CNPJ: 11.402.517/0001-23	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00

### VIII - Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde- Fundes para os Fundos Municipais de Saúde- FMS (cont.)

HOSPITAL/ Fundo Municipal de Saúde	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
<b>CNPJ: 11.402.517/0001-23</b>												
<b>Hospital Municipal Eduardo Dias. Fundo Municipal de Saúde - Aracati CNPJ: 09.650.719/0001-42</b>	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
<b>Hospital Santa Luiza de Marilac Fundo Municipal de Saúde - Aracati CNPJ: 09.650.719/0001-42</b>	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00
<b>Hospital Eudásio Barroso Fundo Municipal de Saúde - Quixadá CNPJ: 10.652.262/0001-94</b>	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00
<b>Hospital e Maternidade Jesus Maria José Fundo Municipal de Saúde - Quixadá CNPJ: 10.652.262/0001-94</b>	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
<b>Hospital Regional Dr. Pontes Neto Fundo Municipal de Saúde - Quixeramobim CNPJ: 12.035.183/0001-60</b>	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00
<b>Hospital e Casa de Saúde de Russas Fundo Municipal de Saúde - Russas CNPJ: 11.734.352/0001-97</b>	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
<b>Hospital São Raimundo Fundo Municipal de Saúde – Limoeiro do Norte CNPJ: 11.906.403/0001-10</b>	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00
<b>Hospital Municipal Dr. Deoclecio Lima Verde. Fundo Municipal de Saúde – Limoeiro do Norte CNPJ: 11.906.403/0001-10</b>	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
<b>Santa Casa de Misericórdia de Sobral Fundo Municipal de Saúde - Sobral CNPJ: 11.407.563/0001-15</b>	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00	750.000,00
<b>Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira Fundo Municipal de Saúde - Acaraú CNPJ: 11.278.643/0001-18</b>	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00

## VIII - Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde- Fundes para os Fundos Municipais de Saúde- FMS (cont.)

HOSPITAL/ Fundo Municipal de Saúde	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
<b>Acaraú</b> CNPJ: 11.278.643/0001-18												
<b>Hospital Madalena Nunes</b> Fundo Municipal de Saúde - Tianguá CNPJ: 11.410.840/0001-01	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00
<b>Hospital e Maternidade Dr. Alberto Feitosa Lima</b> Fundo Municipal de Saúde - Tauá CNPJ: 11.393.992/0001-80	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
<b>Hospital São Lucas</b> Fundo Municipal de Saúde - Crateús CNPJ: 11.341.165/0001-43	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00
<b>Hospital Murilo Aguiar</b> Fundo Municipal de Saúde - Camocim CNPJ: 11.395.055/0001-64	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
<b>Hospital Regional Deputado Oriel Guimarães Nunes.</b> Fundo Municipal de Saúde - Icó CNPJ: 11.896.777/0001-00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
<b>Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira.</b> Fundo Municipal de Saúde - Iguatú CNPJ: 11.979.908/0001-05	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00
<b>Hospital Geral de Brejo Santo</b> Fundo Municipal de Saúde - Brejo Santo CNPJ: 11.352.025/0001-70	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00	312.000,00
<b>Instituto da criança Menino Jesus de Praga - INCRI</b> Fundo Municipal de Saúde - Brejo Santo CNPJ: 11.352.025/0001-70	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00	78.000,00
<b>Hospital São Raimundo</b> Fundo Municipal de Saúde - Crato CNPJ: 11.737.471/0001-01	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00
<b>Hospital São Raimundo</b> Fundo Municipal de Saúde -Várzea Alegre CNPJ: 07.892.698/0001-46	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00	234.000,00

### VIII - Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde- Fundes para os Fundos Municipais de Saúde- FMS (cont.)

HOSPITAL/ Fundo Municipal de Saúde	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Hospital São Francisco Fundo Municipal de Saúde - Crato CNPJ: 11.737.471/0001-01	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00
Hospital São Lucas Fundo Municipal de Saúde – Juazeiro do Norte CNPJ: 11.422.073/0001-98	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00	175.000,00
Hospital São Vicente de Paulo Fundo Municipal de Saúde – Barbalha CNPJ: 11.740.887/0001-70	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00	570.000,00
Hospital e Maternidade Santo Antônio Fundo Municipal de Saúde - Barbalha CNPJ: 11.740.887/0001-70	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00
Hospital do Coração do Cariri Fundo Municipal de Saúde - Barbalha CNPJ:	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00	270.000,00
Hospital Nossa senhora das Graças Fundo Municipal de Saúde - Cascavel CNPJ: 11.412.197/0001-92	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00	156.000,00
TOTAL GERAL												132.506.377,32

## **IX - Responsabilidade de Gerenciamento**

Os recursos são empenhados, controlados e repassados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde- CRES de Fortaleza, Baturité, Sobral e Iguatu . As demais Coordenadorias Regionais de Saúde- CRES procederão os empenhos e os repasses das parcelas mensais são efetuados em nível central com suporte da COAFI / NUFIN.

## **X - monitoramento e Controle**

As Secretarias Municipais de Saúde encaminham o Relatório Gerencial Quadrimestral para Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES, apresentando os resultados das metas pactuadas. Os gestores municipais que dispõem de hospital polo sem fins lucrativo, integrante do setor complementar do SUS, deverão no prazo de 05(cinco) dias úteis, após o recebimento dos recursos do Tesouro do Estado repassados ao FMS, creditá-los na conta bancária específica da entidade mantenedora do mesmo.

### **Hospitais Estratégicos - HE**

#### **I. Identificação**

**Programa** - (057) Atenção à Saúde Integral e de Qualidade

**Iniciativa** – 057.1.24 - Manutenção da oferta de serviço hospitalar especializado.

#### **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, 2015, são destinados ao auxílio financeiro aos municípios, com a finalidade de garantir o acesso a serviços especializados pela população e 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 Cegonha e a Rede das Urgências.

Esta Ação fortalece o Sistema Único de Saúde - SUS e possibilita a população residente no Interior o acesso em tempo oportuno aos serviços especializados localizados nos municípios. A classificação de Hospital Municipal utiliza como base normativa a Resolução nº. 03.1/2001 do Conselho Estadual de Saúde – CESAU.

Os hospitais estratégicos prestam serviços classificados nos níveis de atenção à saúde de média complexidade ambulatorial e hospitalar, compostos por ações e serviços classificados como de porte intermediário, nas áreas de obstetrícia, pediatria, cirurgia geral e clínica cirúrgica oncológica.

Os recursos do Tesouro do Estado destinados ao custeio de hospitais estratégicos estão previstos no Plano Plurianual e são operacionalizados através dos Orçamentos aprovados anualmente. Estes recursos, são repassados de forma regular e automática do Fundo Estadual de Saúde- FUNDES para os Fundos Municipais de Saúde- FMS.

### **III- Critérios de Seleção dos Hospitais**

- Classificação como hospital municipal e a sua inserção em pelo menos um dos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção: Cegonha, das Urgências e Psicossocial.
- Compromisso assumido pelos gestores de saúde dos municípios de ampliar o atendimento ao parto em seus hospitais maternidades, reduzindo os encaminhamentos de Gestantes de Risco Habitual para os hospitais estaduais: Hospital Geral de Fortaleza -HGF e Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira - HGCC e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC.
- Ampliação da capacidade de atendimento nas clínicas obstétrica, pediátrica, cirurgia geral e clínica cirúrgica oncológica e o compromisso do Estado em reduzir os encaminhamentos de pacientes que são classificados de baixo e médio risco para os hospitais pólo, foram determinantes para escolha destes hospitais.

### **IV- Perfil Assistencial dos Hospitais Estratégicos**

- Garantir o funcionamento 24 horas dos serviços nas clínicas médicas descritas no quadro do perfil assistencial.
- Informar a Central de Regulação do SUS/CRESUS 100% das transferências realizadas.
- Garantir a contra referência de 100% dos pacientes internados e assistidos pelo Hospital.
- Ampliar o número de partos em Gestantes de Risco Habitual.
- Reduzir as transferências de Gestantes de Risco Habitual (gestantes com  $\geq 35$  semanas) para hospitais localizados em Fortaleza, no caso dos hospitais com Clínica Obstétrica.
- Alimentar regularmente os Sistemas Nacionais de Informações Ambulatoriais- SIA e Hospitalares- SIH.

- Reduzir as Internações sensíveis à Atenção Básica.

## **V. Responsabilidades dos Hospitais Maternidades**

- Receber referência de Gestante de Risco Habitual (gestantes com  $\geq 35$  semanas) residentes em seus municípios e em municípios circunvizinhos, conforme distribuição abaixo:
- Hospital Geral Manuel Assunção Pires de Aquiraz: atender as gestantes residentes e receber as gestantes encaminhadas pelo município de Pindoretama.
- Hospital Municipal de Beberibe: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa de Horizonte: atender as gestantes residentes e receber as gestantes encaminhadas pelo município de Ocara.
- Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá do Eusébio: atender as gestantes residentes e receber as gestantes encaminhadas pelo município de Itaitinga.
- Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira de Morada Nova: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação de Jaguaruana: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital Municipal de Jaguaribe: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital e Maternidade Maria Roque de Macêdo de Iracema: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital Municipal de Santa Quitéria: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital Municipal Senador Carlos Jereissati de Mucambo: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital Municipal Dr, José Evangelista de Ipú: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital Municipal Raimundo Timbó Camelo de Tamboril: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital e Maternidade Zumira Sedrin de Aguiar de Cedro: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital e Maternidade Luíza Teodoro da Costa de Orós: atender as gestantes residentes no município.

- Hospital Vicente Ferrer de Lavras da Mangabeira: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital Municipal de Campos Sales: atender as gestantes residentes no município.
- Hospital Cura D'Ars – Fortaleza: atender as gestantes residentes no município e as reguladas pela CRIFOR e CRESUS.

## **VI. Fonte de Financiamento e Modalidade de Repasse dos Recursos**

Este Programa será financiado através dos Recursos Próprios do Tesouro do Estado vinculados a saúde por determinação da Lei Complementar nº 141/2012. No exercício de 2015, para estes hospitais estão previstos recursos no valor total de R\$ 24.560.400,00 (vinte e quatro milhões, quinhentos e sessenta mil e quatrocentos reais). 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 N°141/2012.

## **VII. Critério de Distribuição dos Recursos**

Os recursos foram distribuídos utilizando o critério de valor por clínica médica ofertada, sendo definido o valor mensal de R\$ 45.000,00 para os hospitais estratégicos localizados em municípios do interior do Estado.

Este critério não se aplica aos Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Hospital Infantil Luís de França/SOPAI localizados em Fortaleza, cujos valores importam respectivamente R\$ 390.000,00 (trezentos e noventa mil reais) e R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) que foram pactuados em decorrência dos mesmos serem classificados como “hospital retaguarda” dos hospitais estaduais: Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Infantil Albert Sabin, respectivamente, e aos Hospitais Maternidade de Aquiraz, Eusébio e Horizonte cujos recursos foram distribuídos, tendo como base o valor mensal de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) para cada hospital, devido esses hospitais serem localizados na Região Metropolitana de Fortaleza e dos gestores terem assumido o compromisso de diminuir as transferências de gestantes de risco habitual para os hospitais estaduais: Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand -MEAC.



## VIII - Perfil Assistencial dos Hospitais Estratégicos

Nº Ordem	Hospital	Localização	Abrangência	Perfil Assistencial
1	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	Fortaleza	Hospital Retaguarda do Hospital Estadual- HGF	Traumato Ortopedia de Alta complexidade, Cirurgia Geral e Clínica Cirúrgica Oncológica,
2	Hospital Cura D'Ars	Fortaleza	Municipal	Clínica Obstétrica e Neonatologia
3	Hospital Infantil Luis de França - SOPAI	Fortaleza	Hospital Retaguarda do Hospital Estadual- Albert Sabin	Clínica Pediátrica
4	Hospital São Vicente de Paulo	Fortaleza	Municipal	Clínica Psiquiátrica
5	Hospital Municipal de Beberibe	Beberibe	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
6	Hospital Geral Manoel Assunção Pires	Aquiraz	Municipal	Clínica Obstétrica
7	Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa	Horizonte	Municipal	Clínica Obstétrica
8	Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá	Eusébio	Municipal	Clínica Obstétrica
9	Hospital Infantil Nossa Sra. do Perpetuo Socorro	Quixeramobim	Municipal	Clínica Pediátrica
10	Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira	Morada Nova	Municipal	Clínica Obstétrica
11	Santa Casa de Morada Nova	Morada Nova	Municipal	Clínica Médica e Cirúrgica
12	Hospital e Mat. Nossa Sra. da Expectação	Jaguaruana	Municipal	Clínica Obstétrica
13	Hospital Municipal de Jaguaribe	Jaguaribe	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
14	Hospital e Mat. M <sup>a</sup> Roque de Macêdo	Iracema	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
15	Hospital Municipal de Santa Quitéria	Santa Quitéria	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
16	Hospital Municipal Senador Carlos Jereissate	Mucambo	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
17	Hospital Municipal José Evangelista	Ipú	Municipal	Clínica Médica, Cirúrgica, Gineco-Obstétrica e Pediatria
18	Hospital Municipal Raimundo Timbó Camilo	Tamboril	Municipal	Clínica Obstétrica
19	Hospital Mat. Zumira Sedrin de Aguiar	Cedro	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
20	Hospital e Mat. Luíza Teodoro da Costa	Orós	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
21	Hospital Vicente Ferrer	Lavras da Mangabeira	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica
22	Hospital Municipal de Campos Sales	Campos Sales	Municipal	Clínica Obstétrica
23	Hospital Geral de Missão Velha	Missão Velha	Municipal	Clínica Médica e Obstétrica

## IX- Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde-Fundes para os Fundos Municipais de Saúde-FMS

HOSPITAL/ Fundo Municipal de Saúde	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza Fundo Municipal de Saúde - Fortaleza CNPJ: 07.273.592/0001-64	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00	390.000,00
Hospital Cura D'Arns Fundo Municipal de Saúde - Fortaleza CNPJ: 60.975.737/0035-09	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital Municipal de Beberibe Fundo Municipal de Saúde - Beberibe CNPJ: 10.366.729/0001-30	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital São Vicente de Paulo Fundo Municipal de Saúde - Fortaleza CNPJ: 60.975.737/0013-95	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00	56.700,00
Hospital Geral Manuel Assunção Pires Fundo Municipal de Saúde – Aquiraz CNPJ: 07.911.696/0002-38	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00
Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa Fundo Municipal de Saúde – Horizonte CNPJ: 35.024.991/0001-27	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00
Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá Fundo Municipal de Saúde – Eusébio CNPJ: 11.339.077/0001-07	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00
Hospital Infantil Luis de França – SOPAI Fundo Municipal de Saúde – Fortaleza CNPJ: 11.621.453/0001-51	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00
Hospital Infantil Nossa Senhora do Perpétuo Socorro Fundo Municipal de Saúde – Quixeramobim CNPJ: 12.035.183/0001-60	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00

## IX- Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde-Fundes para os Fundos Municipais de Saúde-FMS (cont.)

HOSPITAL/ Fundo Municipal de Saúde	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira Fundo Municipal de Saúde – Morada Nova CNPJ: 11.867.762/0001-06. 13	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00
Santa Casa de Morada Nova Fundo Municipal de Saúde – Morada Nova CNPJ: 17.209.891/0002-74	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação Fundo Municipal de Saúde – Jaguaruana CNPJ: 12.040.122/0001-90	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00
Hospital Municipal de Jaguaribe Fundo Municipal de Saúde – Jaguaribe CNPJ: 10.383.249/0001-87	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital e Maternidade Maria Roque de Macêdo Fundo Municipal de Saúde – Iracema CNPJ: 11.937.201/0001-36	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital Municipal de Santa Quitéria Fundo Municipal de Saúde – Santa Quitéria CNPJ: 11.419.244/0001-20	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital Municipal Senador Carlos Jereissati Fundo Municipal de Saúde – Mucambo CNPJ: 11.413.562/0001-83	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital Municipal Dr. José Evangelista Fundo Municipal de Saúde – Ipú CNPJ: 11.385.157/0001-07	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00	180.000,00
Hospital Municipal Raimundo Timbó Camelo Fundo Municipal de Saúde – Tamboril CNPJ: 11.795.650/0001-97	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00
Hospital e Maternidade Zumira Sedrin de Aguiar Fundo Municipal de Saúde – Cedro CNPJ: 11.432.076/0001-02	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00

## IX- Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde-Fundes para os Fundos Municipais de Saúde-FMS (cont)

HOSPITAL/ Fundo Municipal de Saúde	MESES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Hospital e Maternidade Luiza Teodoro da Costa Fundo Municipal de Saúde – Orós CNPJ: 10.237.604/0001-00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital Vicente Ferrer Fundo Municipal de Saúde – Lavras da Mangabeira CNPJ: 11.432.076/0001-02	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Hospital Municipal de Campos Sales Fundo Municipal de Saúde – Campos Sales CNPJ: 11.430.761/0001-08	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00
Hospital Geral de Missão Velha Fundo Municipal de Saúde – Missão Velha CNPJ: 11.867.762/0001-06	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00
<b>TOTAL</b>												<b>24.560.400,00</b>

## **Hospitais de Pequeno Porte – HPP**

### **I. Identificação**

**Programa** - (057) Atenção à Saúde Integral e de Qualidade

**Iniciativa** – 057.1.24 - Manutenção da oferta de serviço hospitalar especializado.

### **II- Justificativa**

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 vem sendo empregados na busca da articulação dos três níveis de atenção com ênfase na atenção básica e no primeiro nível da média complexidade.

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 irão fortalecer 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**

- 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.

### **V- Metas Pactuadas com os Hospitais de Porte:**

Alimentação mensal dos bancos de dados nacionais: Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e Sistema de Informações Hospitalares- SIH.

### **VI- Fonte de Financiamento**

Os recursos necessários a cobertura do impacto financeiro desta 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.

Os recursos estaduais são oriundos do Tesouro do Estado vinculados a saúde por determinação da ECnº29/2000. Para o exercício de 2015 estão previstos recursos no valor total de R\$ 3.627.533,40 (três milhões, seiscentos e vinte e sete mil, quinhentos e trinta e três reais e quarenta centavos) e 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 Nº141/2012.

## VIII - Cronograma de Repasse dos Recursos do Fundo Estadual – 2015

Nº	MUNICIPIO	HOSPITAL	VALOR ANUAL EM R\$											
			MESES											
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	Aiuaba	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 07.568.231/0002-26	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37	4.294,37
2	Apuiarés	Hospital São Sebastião Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 11.901.982/0001-09	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70	7.166,70
3	General Sampaio	Hospital Maternidade Julia Jorge Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 11.411.267/0001-98	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
4	Aratuba	Hospital Padre Dionísio Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 02.217.466/0001-12	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54	4.738,54
5	Banabuiú	Hospital Senador Carlos Jereissate Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 11.397.753/0001-07	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52	4.127,52
6	Barro	Hospital Municipal Santo Antônio. Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 12.67.634/0001-23	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57	8.666,57
7	Barroquinha	Unidade Mista de Saúde de Barroquinha Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 10.145.676/0001-27	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58	9.031,58
8	Capistrano	Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 10.365.809/0001-70	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67	8.222,67
9	Caridade	Unidade Mista Caridade Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 11.267.917/0001-73	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66	7.639,66
10	Caririaçu	Hospital Geraldo L. Botelho Fundo Municipal de Saúde - CNPJ: 10.559.556/0001-76	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10	8.515,10
11	Carnaubal	Unidade Mista Nossa Senhora Auxiliadora Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 07.732.670/0002-22	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81	4.044,81
12	Catarina	Unidade Mista de Saúde de Catarina Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.245.720/0001-70	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29	7.586,29
13	Catunda	Hospital Geral de Catunda Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.419.138/0001-46	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30	980,30
14	Choro	Hospital Maternidade Pe. Bezerra Filho Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.407.837/0001-76	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00	2.433,00
15	Chorozinho	Unidade Mista de Saúde de Chorozinho Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.420.962/0001-16	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26	7.900,26
16	Coreau	Hospital Fernandes Teles Camilo Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 07.598.618/0002-25	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88	6.183,88

### VIII - Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde-Fundes para os Fundos Municipais de Saúde-FMS (cont.)

Nº	MUNICIPIO	HOSPITAL	MESES	VALOR ANUAL EM R\$											
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
17	Croata	Hospital Municipal Monsenhor Antônio Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.463.735/0001-78	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	2.555,63	
18	Dep. Irapuan Pinheiro	Hospital Municipal São Bernardo Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.247.269/0001-20	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	1.639,54	
19	Erere	Unidade Mista de Saúde de Ererê Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.418.461/0001-03	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	3.382,25	
20	Fortim	Unidade Mista de Saúde Dr. Waldemar Alcântara Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.295.311/0001-89	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	5.741,72	
21	Frecheirinha	Hospital Maternidade Menino Jesus Praga Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.416.323/0001-87	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	2.336,04	
22	Granjeiro	Hospital Municipal Dr. José S. de Macedo Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.422.373/0001-77	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	
23	Groairas	Hospital Maternidade Joaquim Guimarães Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.408.007/0001-63	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	1.803,00	
24	Guaiuba	Hospital Municipal Dom Aluizio Lordcheider Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 09.662.953/0001-90	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	9.282,52	
25	Guaramiranga	Unidade Mista de Guaramiranga Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.413.042/001-70	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	2.744,72	
26	Hidrolândia	Hospital Maternidade Dr. Luiz G. Fonseca Mota Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.137.147/0001-44	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	1.886,38	
27	Salitre	Hospital Municipal Antônio Cavalcante Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.419.241/0001-96	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	3.264,13	
28	Icapui	Unidade Mista de Saúde Maria Idalina R. Medeiros. Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.418.377/0001-81	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	8.418,89	

### VIII - Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde-Fundes para os Fundos Municipais de Saúde-FMS (cont)

Nº	MUNICIPIO	HOSPITAL	VALOR ANUAL EM R\$											
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
31	Itapiuna	Hospital Maternidade Prof. Waldemar de Alcântara. Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.428.360/0001-05	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31	3.121,31
32	Quixere	Hospital Municipal Joaquim Manoel Oliveira Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 07.807.191/0002-28	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71	5.110,71
33	Reriutaba	Hospital Municipal Rita do Vale Rego. Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.417.035/0001-47	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63	4.833,63
34	São Luiz do Curu	Hospital Municipal Antônio R. da Silva Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 12.015.253/0001-18	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76	3.622,76
35	Solonópole	Hospital Maternidade N. Suely Pinheiro. Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.734.149/0001-58	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79	1.819,79
36	Tejuçuoca	Unidade Mista de Saúde Roque Silva Mota. Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.780.781/0001-09	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98	4.532,98
37	Tururu	Unidade Mista de Saúde de Tururu. Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.848.798/0001-42	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64	4.526,64
38	Umari	Unidade Mista de Saúde de Umari. Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.423.095/0001-72	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37	1.917,37
39	Umirim	Unidade de Obstetrícia Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.886.102/0001-72	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60	6.271,60
40	Uruburetama	Hospital Municipal Antônio Nery Filho Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.394.331/0001-70	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48	2.353,48
41	Uruoca	Unidade Mista de Saúde de Uruoca Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.423.060/0001-33	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91	2.482,91
42	Varjota	Unidade de Obstetrícia de Varjota Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.422.767/0001-25	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04	4.701,04

### VIII - Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde-Fundes para os Fundos Municipais de Saúde-FMS (cont.)

Nº	MUNICIPIO	HOSPITAL	VALOR ANUAL EM R\$											
			MESES											
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
43	Ocara	Unidade Mista de Saúde Francisco Raimundo Marcos Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.321.417/0001-00	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89	10.704,89
44	Pindoretama	Hospital Centro de Parto Normal Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.419.798/0001-48	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71	6.056,71
45	Paraipaba	Hospital Municipal de Paraipaba Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.977.291/0001-99	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43	10.359,43
46	Barreira	Sociedade Beneficente de Barreira CNPJ: 07.336.084/0001-88	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93	5.143,93
47	Palmácia	Hospital Virginia Rodrigues Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.671.239/0001-47	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53	881,53
48	Mulungu	Hospital Maternidade Waldemar de Alcântara Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.401.584/0001-23	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56	3.651,56
49	Madalena	Hospital Maternidade Mãe Totonha Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.413.402/0001-34	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91	3.484,91
50	Paramoti	Hospital Municipal Aramis Paiva Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.418.581/0001-10	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61	3.113,61
51	Jaguaretama	Hospital Maternidade Adolfo B. Menezes Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.285.246/0001-73	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61	3.663,61
52	Palhano	Hospital Maternidade Maria Tereza Matos Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.857.544/0001-90	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26	3.563,26
53	Potiretama	Unidade Mista Raimundo Paiva Diogenes Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.874.976/0001-00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
54	Meruoca	Hospital Chagas Barreto Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.343.117/0001-21	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76	3.587,76
55	Moraújo	Unidade Mista de Saúde de Araújo Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.447.587/0001-06	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36	2.408,36
56	Morrinhos	Unidade Mista de Morrinhos Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.407.938/0001-47	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54	7.665,54

### VIII - Cronograma de Repasse dos Recursos do Fundo Estadual – 2015 (cont.)

Nº	MUNICIPIO	HOSPITAL	MESES	VALOR ANUAL EM R\$											
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
58	Piquet Carneiro	Unidade Mista de Saúde de PiquetCarneiro Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 13.848.618/0001-58	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	2.876,24	
59	Penaforte	Unidade Mista de Saúde João Muniz Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.417.651/0001-06	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	
60	Porteiras	Unidade Mista de Saúde de Porteiras Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.428.532/0001-40	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	4.673,58	
61	Nova Olinda	Unidade Mista de Saúde Ana Alencar Alves Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 02.437.268/0001-10	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	3.227,68	
62	Milhã	Unidade Mista João Leopoldo P. Landim Fundo Municipal de Saúde CNPJ:10.626.250/0001-95	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	3.647,90	
63	Ibaretama	Hospital Municipal Antônio Cavalcante Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.419.241/0001-96	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	2.789,35	
64	Martinópolis	Hospital Imaculada Conceição Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 10.145.676/0001-27	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	4.695,18	
<b>TOTAL GERAL</b>													<b>3.627.533,40</b>		

## **IX- Responsabilidade de Gerenciamento:**

Os recursos serão empenhados, controlados e repassados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde- CRES de Fortaleza, Baturité, Sobral e Iguatu. As demais Coordenadorias Regionais de Saúde- CRES procederão os empenhos e os repasses das parcelas mensais em Nível Central com suporte da COAFI / NUFIN.

## **X- Monitoramento e Controle**

As Secretarias Municipais de Saúde deverão encaminhar as Coordenadorias Regionais de Saúde o Relatório Gerencial Quadrimestral, que enviam a COPAS/NUESP para análise e devidos encaminhamentos.

## **PROGRAMA UPA**

### **I - Identificação**

**Programa – (057) Atenção à Saúde Integral e de Qualidade**

**Iniciativa – (057.1.13) – Ampliação da oferta dos serviços ambulatoriais de urgência e emergência)**

### **II - Justificativa**

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 pronto 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.

UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7HS ÀS 19HS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS 19HS ÀS 7HS	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m <sup>2</sup>	Até 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m <sup>2</sup>	Até 300 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m <sup>2</sup>	Até 450 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 hrs, iniciaram suas atividades desde 2011, conforme quadro especificado abaixo:

PROPONENTE ESTADO		
MUNICÍPIO	PORTE	DATA DE INÍCIO DE FUNCIONAMENTO/SITUAÇÃO
Maranguape	II	04/11/11
Caucaia	III	05/07/12
Eusébio (Aquiraz)	II	10/10/13
Canindé	I	03/02/14
São Gonçalo do Amarante (Paracuru e Paraipaba)	II	23/12/13
Horizonte ( Pacajus)	II	22/11/13
São Benedito (Guaraciaba do Norte)	I	25/11/13
Aracoiaba (Baturité)	I	05/02/14
Aracati	I	Em aguardo
Quixadá	I	28/02/14
Russas	I	20/03/14
Juazeiro do Norte	III	25/05/14
Iguatu	I	27/03/14
Itapipoca	II	03/10/14
Jijoca de Jericoacoara	I	12/01/16
Crateús	I	15/01/14
Pentecoste	I	31/10/13
Itapajé	I	Proposta
Fortaleza ( SER III ) Autran Nunes *	II	12/04/12
Fortaleza ( SER VI ) Messejana *	II	10/05/12
Fortaleza ( SER II ) Praia do Futuro *	III	22/03/12
Fortaleza ( SER V ) Canindezinho *	III	27/06/12
Fortaleza ( Conj. Ceará ) *	II	17/10/13
Fortaleza ( José Walter ) *	III	15/06/13

\* UPAS Contrato de Gestão ISGH

UPA Tauá – Consorcio (Funcionamento 10/01/2014)

PROPONENTE MUNICIPIO		
MUNICIPIO	PORTE	DATA DE INICIO DE FUNCIONAMENTO/SITUAÇÃO
UMPA Baturité	I	31/08/10
CAUCAIA	II	Em construção
MARACANAU	II	Em construção
MARACANAU	I	Em construção
BOA VIAGEM	I	Em construção
TRAIRI	I	Em construção
QUIXERAMOBIM	I	Em construção
MORADA NOVA	I	Em construção
LIMOEIRO DO NORTE	I	Em construção
JAGUARIBE (PEREIRO)	I	Em construção
SOBRAL	II	Em construção
ACARAÚ	I	Em construção
TIANGUÁ (VIÇOSA DO CEARÁ E UBAJARA)	II	Em construção
CAMOCIM	I	25/06/16
GRANJA	I	01/07/16
ICÓ	I	Em construção
ACOPIARA	I	Em construção
CRATO	I	Em construção
JUAZEIRO DO NORTE	I	Em construção
BARBALHA	I	Em construção
CASCADEL	I	Em construção
PACATUBA	I	Em construção
FORTALEZA (JANGURUSSU)	III	07/02/14
FORTALEZA (CRISTO REDENTOR)	III	14/02/14
FORTALEZA (ITAPERI)	III	09/04/14
FORTALEZA (VILA VELHA)	III	13/05/16
FORTALEZA (BOM JARDIM)	III	03/05/16
FORTALEZA (EDSON QUEIROZ)	III	Em construção

### **Critério de Seleção das UPAS**

As unidades de Pronto Atendimento – UPAS 24h, os critérios e valores de investimento e custeio foram criadas pela Portaria No. 1020 de 13 de maio de 2009, em consonância com as Portarias nº 2.048 de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a Portaria nº 1.863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

E por último a Portaria Ministerial nº 342 de 04 de março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal e a Portaria nº 104 de 15 de janeiro de 2014 que altera a Portaria nº 342 de 04 de março de 2013.

Com base na normatização acima referida, destacam-se os critérios dos municípios a serem beneficiados com a implantação de UPA:

- Compromisso formal do respectivo gestor de prover a UPA 24h com equipe horizontal de gestão do cuidado na unidade, sendo de responsabilidade do gestor a definição de estratégias que visem garantir presença médica, de enfermagem, de pessoal técnico e de apoio administrativo nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, possibilitando o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência;
- Quantitativo populacional a ser coberto pela UPA 24h, devendo esse quantitativo ser compatível com os respectivos portes de UPA 24h estabelecidos (Porte I – 50.000 a 100.000 habitantes/Porte II – 100.001 a 200.000 habitantes/Porte III – 200.001 a 300.000 habitantes);
- Informação da existência, na área de cobertura da UPA 24h, de SAMU 192 habilitado ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação ou de cobertura de SAMU 192 dentro do prazo de início de funcionamento da UPA 24h;
- Informação da cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do Município sede da UPA 24h ou apresentação de termo de compromisso de implantação dessa cobertura;
- Compromisso da implantação da classificação de risco no acolhimento dos usuários na UPA 24h, de acordo com padrões nacionais e/ou internacionais reconhecidos;
- Grades de referência e contra-referência pactuadas em nível loco-regional com todos os componentes da RUE e, quando houver, com o transporte sanitário;
- Compromisso formal subscrito pelo responsável legal de pelo menos 1 (um) dos hospitais integrantes da grade de referência de que esse(s) estabelecimento(s) garante(m) a retaguarda hospitalar para a UPA 24h;
- Resolução da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal com a designação do coordenador da Coordenação da Rede de Urgência, conforme a [Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002](#);
- Declaração do gestor acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União para implantação da UPA 24h, com garantia da execução desses recursos para este fim;
- Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência,

compromisso formal do gestor de que a nova UPA 24h estará inserida no citado Plano, quando da sua elaboração;

- Excepcionalmente, o ente federativo interessado poderá apresentar ao Ministério da Saúde proposta de construção de UPA Nova cujo quantitativo populacional a ser coberto seja menor que o da área de abrangência de uma UPA Porte I, conforme definido acima, levando em consideração a análise dos seguintes elementos: extensão territorial e densidade populacional, oferta de outros serviços de atendimento 24 (vinte e quatro) horas para a urgência e emergência no território, quantitativo e duração de variação sazonal da população do território, dados que comprovem a demanda reprimida de atendimento de urgência e emergência.
- Adesão ao Pacto pela Saúde ou ao Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP.

### **Perfil Assistencial das UPAS**

As Unidades de Pronto Atendimento são unidades ambulatoriais voltadas para o atendimento de urgências clínicas de adultos e crianças conforme quadro abaixo.

<b>UPA</b>	<b>Perfil Assistencial</b>
Porte I	Clinica Médica, Pediatria
Porte II	Clinica Médica e Pediatria
Porte III	Clinica 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.

### **Metas Pactuadas Com as UPAS**

- ✧ 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.

## **Financiamento**

Todas as portarias mencionadas estabelecem que as UPAS tem financiamento tripartite: União, estados e municípios. O Ministério da Saúde estabeleceu em portarias, valores fixos por porte de UPA. Estes recursos são transferidos de forma regular e automática a partir da habilitação da UPA. A habilitação é feita a partir da apresentação ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, disponível no sítio eletrônico <http://saips.saude.gov.br>, dos documentos e informações a citar: declaração de efetivo funcionamento da UPA 24h, incluindo - se a informação da data de início do funcionamento em conformidade com as regras definidas para UPA 24h, declaração de equipamentos instalados na UPA 24h nos termos desta Portaria e das diretrizes e regras técnicas fixadas em Portaria específica da SAS/MS, relação nominal de recursos humanos em atuação na UPA 24h, número de cadastro da unidade no SCNES.

A etapa seguinte é a qualificação, quando é realizada visita técnica de equipe do Ministério da Saúde que constata o cumprimento de normas mais exigentes, especificados no artigo 38 da Portaria Ministerial nº 342 de 04 de março de 2013. Os valores transferidos em cada um dos casos e portes estão na seção seguinte, dos recursos. Para as UPAS qualificadas, os valores transferidos pelo MS representam cerca de 50% do custo estimado de cada UPA. As portarias estabelecem que a diferença deve ser rateada entre estado e municípios conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. No Ceará, resolução da bipartite estabelece que município e estado devem dividir meio a meio, ou seja 25% para cada um dos entes.

Com base na Lei Complementar nº 141/2012, estes recursos serão transferidos de forma regular e automática, do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES para os Fundos Municipais de Saúde - FMS

As novas UPAS que forem inauguradas devem passar a receber recursos conforme seus portes.

## Recursos

PORTE	VALOR MS	VALOR ESTADO	VALOR MUNICÍPIO	CUSTO TOTAL ESTIMADO
<b>UPA NOVA HABILITADA</b>				
Porte I	R\$ 100.000,00	R\$ 85.000,00	R\$ 85.000,00	R\$ 270.000,00
Porte II	R\$ 175.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 475.000,00
Porte III	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 750.000,00
<b>UPA NOVA HABILITADA/QUALIFICADA</b>				
Porte I	R\$ 170.000,00	R\$ 85.000,00	R\$ 85.000,00	R\$ 340.000,00
Porte II	R\$ 300.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 600.000,00
Porte III	R\$ 500.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$1.000.000,00

Ano	Porte	Município	Valor Mês	Valor Ano Estado (R\$)
			Estado (R\$)	
<b>UPA Nova Habilitada e Qualificada</b>				
2016	III	Caucaia	250.000,00	3.000.000,00
2016	II	Maranguape	150.000,00	1.800.000,00
2016	II	Eusébio (Aquiraz)	150.000,00	1.800.000,00
2016	I	Canindé	85.000,00	1.020.000,00
2016	II	São Gonçalo (Paracuru e Paraipaba)*	237.378,96	2.848.547,52
2016	II	Horizonte (Pacajus)	150.000,00	1.800.000,00
2016	I	São Benedito (Guaraciaba do Norte)	85.000,00	1.020.000,00
2016	I	Aracoiaba (Baturité)	85.000,00	1.020.000,00
2016	I	Aracati	85.000,00	1.020.000,00
2016	I	Quixadá	85.000,00	1.020.000,00
2016	I	Russas	85.000,00	1.020.000,00
2016	III	Juazeiro do Norte	250.000,00	3.000.000,00
2016	I	Iguatu	85.000,00	1.020.000,00
2016	II	Itapipoca	150.000,00	1.200.000,00
2016	I	Crateús	85.000,00	1.020.000,00
2016	I	Pentecoste**	92.727,27	1.112.727,24
2016		UMPA Baturité ***	60.000,00	720.000,00
2016	II	Fortaleza (SER III) Autran Nunes	1.104.494,30	13.253.931,60
2016	II	Fortaleza (SER VI) Messejana	1.104.494,30	13.253.931,60
2016	III	Fortaleza (SER II) Praia do Futuro	1.114.230,88	13.370.770,56
2016	III	Fortaleza (SER V) Canindezinho	1.114.230,88	13.370.770,56
2016	II	Fortaleza (Conj. Ceará)	1.104.494,30	13.253.931,60
2016	III	Fortaleza (José Walter)	1.114.230,88	13.370.770,56
2016	I	Itapajé	85.000,00	1.020.000,00
<b>TOTAL GERAL</b>				<b>106.335.381,24</b>

UPA	PORTE	Valor ano/ Estado R\$	Valor ano/ referente ao custeio do município	Valor Ano/ Valor referente ao custeio Federal	TOTAL
Jijoca de Jericoacoara****	Porte I	1.020.000,00	1.020.000,00	1.020.000,00	3.060.000,00

\* Valor pactuado anteriormente em Resolução Cesau nº 09/2014, considerando que a proposta inicial para UPA de São Gonçalo do Amarante com área de abrangência aos municípios de Paracuru e Paraipaba, seria construída na sede do município de São Gonçalo do Amarante, considerando o intenso processo de desenvolvimento industrial, comercial, turístico, urbano, educacional e social na Zona Portuária do Pecém, onde não havia nenhuma assistência a urgência, o Governo Estadual resolveu remanejar as instalações da UPA de São Gonçalo do Amarante para o Distrito Pecém, no entanto o Estado reconheceu que com o deslocamento da UPA para Pecém, houve um aumento de dificuldade de acesso para os dois municípios de área de abrangência(Paracuru e Paraipaba), decidiu então assumir a contrapartida dos referidos municípios.

\*\* Valor pactuado anteriormente em Resolução Cesau nº 03/2015, considerando que anteriormente a gestão da UPA de Pentecoste era por meio de consorcio, e que o repasse estadual no contrato de rateio era no valor de R\$ 92.727,27, em 2015 a gestão da referida unidade passou a ser municipal, ficando acordado que o valor permaneceria o mesmo.

\*\*\* A UMPA é uma Unidade que presta assistência a população de Baturité, no entanto não é considerada pelo Ministério da Saúde como Unidade de Pronto Atendimento, mas o Estado entendendo a relevância do serviço, decidiu cofinanciar a Unidade com o valor de R\$ 60.000,00 mensais para custeio, valor pactuado anteriormente em Resolução Cesau nº 07/2014

\*\*\*\*UPA de Jijoca de Jericoacoara, em pactuação entre a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a Prefeitura de Jijoca, ficou definido que o Estado assumiria as parcelas do custeio Municipal e seis meses do custeio Federal, além das parcelas referente ao Custeio Estadual, valor mensal do custeio municipal R\$ 85.000,00/valor mensal do custeio estadual R\$ 85.000,00/ valor mensal do custeio federal para habilitação e qualificação de R\$ 170.000,00 durante (6 meses).

Ano	Porte	Município	Valor Mês Estado (R\$)	Valor Ano Estado (R\$)
<b>UPA Nova Habilitada e Qualificada</b>				
2016	II	CAUCAIA	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
2016	II	MARACANAU	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
2016	I	MARACANAU	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	BOA VIAGEM	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	TRAIRI	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	QUIXERAMOBIM	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	MORADA NOVA	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	LIMOEIRO DO NORTE	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	JAGUARIBE	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	II	SOBRAL	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
2016	I	ACARAÚ	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	II	TIANGUÁ	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
2016	I	CAMOCIM	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	GRANJA	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	ICÓ	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	ACOPIARA	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	CRATO	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	JUAZEIRO DO NORTE	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	BARBALHA	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	CASCADEL	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	I	PACATUBA	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
2016	III	FORTALEZA (JANGURUSSU)	250.000,00	3.000.000,00
2016	III	FORTALEZA (CRISTO REDENTOR)	250.000,00	3.000.000,00
2016	III	FORTALEZA (ITAPERI)	250.000,00	3.000.000,00
2016	III	FORTALEZA (VILA VELHA)	250.000,00	3.000.000,00
2016	III	FORTALEZA (BOM JARDIM)	250.000,00	3.000.000,00
2016	III	FORTALEZA (EDSON QUEIROZ)	250.000,00	3.000.000,00

### **Responsabilidade de Gerenciamento:**

Os recursos serão empenhados, controlados e repassados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES de Fortaleza, Baturité, Sobral e Iguatu. As demais Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES procederão aos empenhos e aos repasses das parcelas mensais em Nível Central com suporte da COAFI/NUFIN.

### **Monitoramento e Controle**

As Secretarias Municipais de Saúde deverão encaminhar às Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES e ao Núcleo de Atenção às Urgências e Emergências – NUAEM/Coordenação Estadual de Urgência e Emergência da SESA, Relatório Gerencial Quadrimestral.

## **Consórcios Públicos em Saúde do Estado no Ceará - Estratégia para Fortalecimento da Regionalização da Saúde**

A política de consórcios favorece a divisão de responsabilidades entre gestores municipais de uma determinada região e de apoio do Estado para a solução de problemas de saúde mais complexos, como atenção ambulatorial de referência (cardiologia, neurologia, pneumologia, mastologia), destinação de resíduos sólidos, referência hospitalar, matadouros públicos e outros serviços específicos da saúde. Assim, a integração, via consórcio, racionaliza custos e otimiza resultados.

Os municípios que se consorciaram na forma de Organizações Públicas de direito público, autarquia ou Organização Social se habilitam a receber repasses orçamentários estaduais e federais.

Instituições ligadas ou não à área da saúde poderão se consorciar, de acordo com o modelo de consórcios públicos previsto na proposta da Secretaria da Saúde do Estado. Dessa forma, um centro de especialidades médicas ou um aterro sanitário poderão ser gerido por um consórcio de municípios, representado pelos gestores.

A proposta de Implantação dos consórcios públicos do Estado do Ceará, foi elaborada pela Comissão instituída através da Portaria nº 2061 de 08 de novembro de 2007, da Secretaria da Saúde do Estado, e encaminhada ao Governador do Estado.

Foram implantados no Ceará 21 Consórcios Públicos em Saúde nas 21 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRES, visando ampliar a assistência de saúde de Média e Alta Complexidade-MAC, reduzindo as transferências de pacientes para os serviços localizados nas Macrorregiões de Saúde. Dentre as vantagens dos consórcios, destacam-se: a melhoria do acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, ampliação da oferta com maior resolubilidade e qualidade e redução dos custos operacionais com eficiência e eficácia na aplicação dos recursos financeiros.

Através do **PROEXMAES I** e com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, foram construídos e equipados no Estado do Ceará: 19 Policlínicas Regionais, 22 Centros de Especialidades Odontológicas-CEO's Regionais que garantem atendimento especializado com oferta de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos e atenção às pessoas com deficiência,

uma UPA – Unidade de Pronto atendimento, gerenciada pelo Consórcios Público da Região de Tauá.

Todas as ações realizadas estão inseridas no Programa (057) Atenção à Saúde Integral e de qualidade, gerenciado através do Mapp Gestão de Governo.

**Policlínica -Iniciativa 057.1.08** - Manutenção da oferta dos serviços de saúde nas unidades ambulatoriais especializadas.

**CEO's - Iniciativa -057.1.12** - Manutenção da oferta de serviços de atenção à saúde bucal especializada.

**UPA - Iniciativa 057.1.34** - Manutenção da oferta dos serviços ambulatoriais de urgência e emergência.

Consórcios Públicos em Saúde - UPA Consórcio  
Orçamento e Recursos Pactuados para Exercício - 2016  
Programa: 057 - Ação: 22470 - Fonte: 1.01.00.0.3

CRES	REGIÃO	UNIDADE	MAPP GESTÃO	PACTUAÇÃO/ ANO	ORÇAMENTO/ ANO
14ª	Tauá	UPA – Tauá	2015	R\$ 1.020.000,00	1.020.000,00
<b>Total</b>				R\$ 1.020.000,00	1.020.000,00

Consórcios Públicos em Saúde  
Orçamento - Recursos Pactuados para as Policlínicas - 2016  
Programa: 057 - Ação: 22469 - Fonte: 1.01.00.0.3

CRES	REGIÃO	POLICLINICA	MAPP GESTÃO	PACTUAÇÃO/ANO	ORÇAMENTO/ANO
1ª	FORTALEZA	POLI-PACAJUS	240907	R\$ 2.692.917,00	R\$ 2.692.917,00
2ª	CAUCAIA	POLICLINICA	2042	R\$ 3.019.982,32	R\$ 3.019.982,32
4ª	BATURITÉ	POLICLINICA	2409042	R\$ 4.824.920,51	R\$ 4.824.920,51
6ª	ITAPIPOCA	ITAPIPOCA	2409092	R\$ 3.644.368,33	R\$ 3.644.368,33
7ª	ARACATI	POLI-ARACATI	240903	R\$ 3.559.548,44	R\$ 3.559.548,44
8ª	QUIXADÁ	QUIXADÁ	2063	R\$ 4.041.599,29	R\$ 4.041.599,29
9ª	RUSSAS	RUSSAS	1909	R\$ 3.721.789,73	R\$ 3.721.789,73
10ª	L.NORTE	LIMOEIRO	2043	R\$ 3.914.057,53	R\$ 3.914.057,53
11ª	SOBRAL	SOBRAL	1753	R\$ 2.996.440,96	R\$ 2.996.440,96
12ª	ACARAÚ	ACARAÚ	1907	R\$ 3.734.308,86	R\$ 3.734.308,86
13ª	TIANGUA	TIANGUA	1927	R\$ 4.413.040,29	R\$ 4.413.040,29
14ª	TAUA	TAUÁ	1618	R\$ 5.483.269,57	R\$ 5.483.269,57
15ª	CRATEÚS	POLI-CRATEÚS	2275	R\$ 4.064.073,89	R\$ 4.064.073,89
16ª	CAMOCIM	CAMOCIM	2409052	R\$ 4.708.842,97	R\$ 4.708.842,97
17ª	ICÓ	ICÓ	1908	R\$ 4.822.008,72	R\$ 4.822.008,72
18ª	IGUATU	IGUATU	2062	R\$ 4.042.725,53	R\$ 4.042.725,53
19ª	B.SANTO	BREJO SANTO	2449172	R\$ 3.953.789,91	R\$ 3.953.789,91
20ª	CRATO	POLI-CAMPOS SALES	2409062	R\$ 2.750.403,52	R\$ 2.750.403,52
21ª	JUAZ. NORTE	POLI-BARBALHA	2064	R\$ 3.197.858,63	R\$ 3.197.858,63
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 73.585.946,00</b>	<b>R\$ 73.585.946,00</b>

(\*) AGUARDANDO CONCLUSÃO DE OBRAS E INCLUSÃO DO EQUIPAMENTO NO MAPP GESTÃO

Consórcios Públicos em Saúde - CEO's Regionais  
 Orçamento e Recursos Pactuados para Exercício - 2016  
 Programa: 057 - Ação: 22471 - Fonte: 1.01.00.3

	REGIÃO	CEO	MAPP GESTÃO	PACTUAÇÃO/ANO	ORÇAMENTO/ANO
1ª	FORTALEZA	CASCVEL	2409152	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
2ª	CAUCAIA	CAUCAIA	2409162	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
		S.GONÇALO	2409302	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
3ª	MARACANAÚ	MARACANAÚ	2409262	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
4ª	BATURITÉ	BATURITÉ	2409112	R \$ 1.096.138,57	1.096.138,57
5ª	CANINDÉ	CANINDÉ	2409142	R \$ 1.159.684,95	1.159.684,95
6ª	ITAPIPOCA	CEO-ITAPIPOCA	2409212	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
7ª	ARACATI	CEO-ARACATI	1606	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
8ª	QUIXADÁ	CEO-QUIXERAMOBIM	2409272	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
9ª	RUSSAS	CEO-RUSSAS	240929	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
10ª	L.NORTE	CEO-L.NORTE	2409242	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
11ª	SOBRAL	CEO-SOBRAL	1617	R \$ 1.251.030,67	1.251.030,67
12ª	ACARAÚ	CEO-ACARAÚ	2409102	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
13ª	TIANGUA	CEO-IBIAPABA	1616	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
14ª	TAUA	CEO-TAUA	1618	R \$ 1.254.623,33	1.254.623,33
15ª	CRATEÚS	CEO-CRATEÚS	2409172	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
16ª	CAMOCIM	CEO-CAMOCIM	240913	R \$ 1.154.573,70	1.154.573,70
17ª	ICÓ	CEO-ICÓ	2409182	R \$ 1.187.427,01	1.187.427,01
18ª	IGUATU	CEO-IGUATU	2409202	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
19ª	B.SANTO	CEO-B.SANTO	2409122	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
20ª	CRATO	CEO-CRATO	1607	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
21ª	JUAZ. NORTE	CEO- JUAZ. NORTE	2409222	R \$ 1.089.907,06	1.089.907,06
<b>TOTAL</b>				<b>R \$ 24.541.991,19</b>	<b>24.541.991,19</b>

**Fundamentação Legal:** Fundamenta-se no Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.  
 Lei Federal nº 8.666/93 e Contrato de Consórcio Público Lei Estadual/CE nº 14.457/09 de 15 de setembro de 2009.

## Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil ACS em 2015

O Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria de Saúde do Estado, reconhecendo a importância da parceria do Estado em fortalecer a atenção primária à saúde, garante no ano de 2015 o pagamento de despesas com representação salarial de 7.776 Agentes Comunitários de Saúde-ACS numa parceria financeira no valor de R\$ 102.292.871,69 (cento e dois milhões duzentos e noventa e dois mil oitocentos e setenta e um reais e sessenta e nove centavos) e no 1º semestre de 2016 a representação é 7.678 ACS equivalendo a um valor de R\$ 51.185.721,85 (cinquenta e um milhões cento e oitenta e cinco mil setecentos e vinte um reais e oitenta e cinco centavos).

Esse compromisso, com execução de recursos financeiros oriundos da Fonte Tesouro do Estado, viabilizar na força de trabalho para o Sistema Único de Saúde do Estado, impacto na estrutura da Saúde da Família e portanto, repercutindo na atenção à saúde de nível primário nos 184 municípios cearenses.

Apresento a seguir, quadro com quantitativo físico e projeção financeira.

MÊS / ANO 2015	QUANTIDADE DE ACS 2015	VALOR
JANEIRO	7776	R\$ 6.551.336,67
FEVEREIRO	7768	R\$ 6.542.485,79
MARÇO	7749	R\$ 6.505.253,00
ABRIL	7744	R\$ 12.898.544,13
MAIO	7741	R\$ 8.202.079,11
13º SALARIO/JUNHO	7720	R\$ 3.915.094,47
JUNHO	7724	R\$ 8.189.853,36
JULHO	7717	R\$ 8.175.145,36
AGOSTO	7714	R\$ 8.153.261,89
SETEMBRO	7708	R\$ 8.152.795,40
OUTUBRO	7702	R\$ 8.141.094,08
NOVEMBRO	7695	R\$ 8.098.985,88
13º SALARIO/NOVEMBRO	7695	R\$ 702.368,47
DEZEMBRO	7683	R\$ 8.064.574,08
<b>VALOR TOTAL ANUAL</b>		<b>102.292.871,69</b>

MÊS / ANO 2016	QUANTIDADE DE ACS 2016	VALOR
JANEIRO	7678	R\$ 8.032.046,78
FEVEREIRO	7661	R\$ 7.768.254,00
MARÇO	7631	R\$ 7.737.834,00
BRIL	7614	R\$ 7.720.596,00
MAIO	7598	R\$ 8.040.088,59
13º SALARIO/JUNHO	7597	R\$ 3.852.825,25
JUNHO	7582	R\$ 8.034.077,23
<b>VALOR TOTAL ANUAL</b>		<b>R\$ 51.185.721,85</b>

## **PROGRAMA SAMU**

### **I - Identificação**

**Programa – (057) Atenção à Saúde Integral e de Qualidade**

**Iniciativa – (057.1.17) Manutenção da oferta de serviço Móvel de urgência**

### **II - Justificativa**

A política estadual de regionalização das ações e serviços tem como objetivo garantir o acesso da população aos serviços especializados de saúde. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um serviço pré-hospitalar, utilizado em casos de urgência e emergência. É oferecido pelo Governo Federal Brasileiro, em parceria com Governos Estaduais e Municipais, com a finalidade de prover o atendimento pré-hospitalar.

O SAMU é classificado como um componente da Rede de Atenção às Urgências e será implantado em todas as regiões de saúde do Estado, atualmente esta organizado em 03 (três) pólos: Eusébio, Sobral e Cariri, além do SAMU Fortaleza que é de gestão municipal. Dentre as várias ações estabelecidas para o alcance deste objetivo, destaca-se o esforço do Estado em assumir a gestão dos serviços nos municípios do Interior, agrupados nesses 03 (três) pólos. Na divisão de responsabilidades da gestão e da implantação, entre Estado e municípios, apenas Fortaleza assumiria a gestão deste serviço, em todos os outros a gestão será estadual. Pelo fato do SAMU de Sobral está em pleno funcionamento e sob gestão municipal, o Estado só assumirá quando da implantação do pólo 2- Sobral.

Esta política fortalece e aprimora o Sistema Único de Saúde (SUS), dado que a mesma assegura a população acesso em tempo oportuno aos serviços pré-hospitalares nos municípios de Fortaleza e Sobral. Para a classificação do serviço de Atendimento Móvel (SAMU) utiliza-se como base formativa a Portaria GM/MS Nº 2026, de 24 de agosto de 2011 que aprova as diretrizes para a implantação do SAMU.

Os SAMU prestam serviços classificados nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade, compostos por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica assume papel relevante na estruturação das Redes de Atenção: Materno Infantil, Psicossocial, de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a de Urgência e Emergências.

Os recursos do tesouro do estado destinados a manutenção dos SAMU estão previstos no plano plurianual 2016-2019 e são operacionalizados através dos orçamentos aprovados para cada ano deste período.

No caso do SAMU, sob gestão municipal, os recursos de contrapartida do tesouro do Estado, 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.

### **III - Critério de Seleção**

Os SAMU's Fortaleza e Sobral foram selecionados utilizando como critério a sua habilitação junto a Política Nacional de Urgências e Emergências através das Portarias GM/MS Nº 307, de 03 de março de 2004 e Nº 1.103, de 05 de julho de 2005, respectivamente e a inserção destes serviços nos Planos de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências.

### **IV – PERFIL ASSISTENCIAL**

<b>Nº Ordem</b>	<b>SAMU</b>	<b>Localização</b>	<b>Perfil Assistencial</b>
1	Fortaleza	Fortaleza	Traumatologia, clínica médica, pediatria, obstetrícia, neonatologia, psiquiatria, atendimento a queimados nas urgências e emergências.
2	Sobral	Sobral	Traumatologia, clínica médica, pediatria, obstetrícia, neonatologia, psiquiatria, atendimento a queimados nas urgências e emergências.

### **V- Metas Pactuadas**

- Garantir o funcionamento 24 horas dos serviços nas clínicas descritas no quadro do perfil assistencial
- Garantir de forma eficiente e eficaz o atendimento de qualidade a população atendendo as ocorrências de urgência e emergência, na sua totalidade, assegurando a cobertura total de toda sua demanda

### **VI – Fonte de Financiamento e Modalidade de Repasse de Recursos**

Este programa será financiado através de recursos próprios do tesouro do Estado. Para o exercício de 2016, estão previstos recursos no valor total de R\$ 4.003.500,00. Os recursos serão repassados na modalidade de transferência fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES para os Fundos Municipais de Saúde – FMS. Esse repasse é condicionado a comprovação do funcionamento do Fundo Municipal

de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde.

## VII – Critérios de Distribuição dos Recursos

Considerando que as portarias ministeriais que regulamentaram a implantação e financiamento do SAMU a nível nacional estabelecem que o financiamento do SAMU é de responsabilidade tripartite, o Estado assume a responsabilidade de transferir aos municípios que possuem serviço sob gestão municipal a metade do valor que o Ministério da Saúde transfere, isto é, 50% do valor de repasse dos recursos federais definidos pela Portaria GM/ MS Nº 1010, de 21 de maio de 2012 e Portaria GM/MS 1.473 de 18/07/2013, cujos valores estão estabelecidos no item VIII

## VIII – Cronograma de Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde

MÊS	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	
	SAMU FORTALEZA	SAMU SOBRAL
JANEIRO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
FEVEREIRO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
MARÇO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
ABRIL	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
MAIO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
JUNHO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
JULHO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
AGOSTO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
SETEMBRO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
OUTUBRO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
NOVEMBRO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
DEZEMBRO	R\$ 280.250,00	R\$ 53.375,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 3.363.000,00</b>	<b>R\$ 640.500,00</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 4.003.500,00</b>	

Proposta de alocação de recursos do Tesouro do Estadual de Saúde, transferidos através do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES, para o Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza, destinados à implementação da Rede de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza.

## **I – Identificação:**

**Programa:** 057 – Atenção à Saúde Integral e de Qualidade

**Iniciativa:** 057.1.32 – Promoção da Atenção Primária à Saúde

## **II – Justificativa**

De conformidade com o disposto no Art. 19 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, “o rateio do recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo critério de necessidades de saúde da população e levará em consieração as dimensões epidemilógica, demográfica, sócio-econômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Atualmente a população de Fortaleza, estimada pelo Fundo Nacional de Saúde, em 2015, para transferência de recursos ao Fundo Municipal, é de 2.571.896 habitantes, acrescida a esta população, o Município de Fortaleza atende também a uma grande demanda de pacientes do interior do Estado, gerando deste modo, uma elevação de custos na assistência à saúde.

O Governo do Estado do Ceará, entendendo o papel e a responsabilidade da gestão estadual do SUS, no bom funcionamento da Rede de Atenção Primária à Saúde, bem como na importância do desenvolvimento dos projetos estruturantes, visando resultados na melhoria da atenção prestada à população cearense, através de ações e serviços de saúde, encaminhou ao Conselho Estadual de Saúde – CESAU o processo nº 3428004/2014, originário da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, solicitando a liberação mensal de recursos no valor de R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais), o que foi aprovado pelo Plenário e liberado mensalmente em 2014, pelo Secretário Estadual de Saúde.

Em 2013, ao assumir o governo, o atual Prefeito Municipal de Fortaleza estabeleceu como prioridade a Atenção Primária à Saúde, definida como porta de entrada do cidadão no Sistema Municipal de Saúde.

Com essa definição, a Atenção Primária à Saúde assumiu um papel central no desenho e funcionamento das Redes de Atenção, cujo desenvolvimento fundamentou-se no Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde – PDAPS.

Para que a Atenção Primária à Saúde se torne de fato o contato inicial e preferencial do usuário do SUS nos Serviços de Saúde, os Postos de Saúde (UAPS) e as equipes de Atenção Básica à Saúde devem atuar de forma abrangente, com acolhimento de todas as faixas etárias e condições da população.

Com a adoção desta sistemática, será garantido um melhor e mais adequado acesso aos Serviços de Saúde e com os custos mais reduzidos.

Os serviços prestados aos usuários por essas unidades devem ser focadas na atenção integral e não nas enfermidades, atuando em intervenções curativas, de reabilitação, de prevenção e promoção da saúde. Seu desenho deve ser concebido de forma a possibilitar o atendimento às diversas necessidades dos cidadãos ao longo de seus ciclo de vida, contemplando as perspectivas física, psicológica e social dos indivíduos, famílias e comunidades, coordenando e integrando a atenção prestada em qualquer ponto da rede, através do trabalho de equipes multidisciplinares (Starfield, 2002).

### **III – Critérios de Seleção dos Pontos**

Ficou estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza que a presente proposta inclui o universo de seus 93 noventa e três) Pontos de Saúde, atualmente em funcionamento, conforme relação anexa, bem como aqueles em processo de construção.

Foi definido também que será implantado em todas essas unidades as linhas de Atenção à Saúde, de conformidade com as características epidemiológicas da população.

Do mesmo modo, ficou definido também que todos os 93 Postos de Saúde, atualmente em funcionamento, terão o mesmo modelo assistencial e de gestão, visando obter com essas diretrizes e cuidados uma uniformidade e melhoria de assistência aos usuários do SUS.

O critério de escolha e seleção dos Postos de Saúde foi em razão de possibilitar a reorganização dos três níveis de atenção, estabelecendo que o contato inicial e preferencial de busca não seja no nível secundário ou terciário do Sistema de Saúde, mas através das Unidades de Atenção Primária à Saúde, evitando-se deste modo uma superlotação nos Hospitais da Rede Pública.

#### **IV - Perfil Assistencial dos Postos**

Todos os postos da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, embora tenham diversidade de desenho arquitetônico e de dimensão física, têm a mesma definição de perfil da assistência prestada à população, caracterizada pela Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo entre outras, as seguintes ações:

- ✦ Consultas médicas e de enfermagem
- ✦ Ações preventivas através de postos de vacinação;
- ✦ Ações preventivas e cutaribas de saúde bucal nos consultórios e escolas;
- ✦ Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico – SADT;
- ✦ Dispensação de medicamentos da Atenção Básica;
- ✦ Ações de prevenção e acompanhamento da saúde da população, através dos Agentes Comunitários de Saúde.
- ✦ Acompanhamento aos grupos prioritários de saúde da gestante, criança, adolescentes, adulto, idoso com atividades de consulta etc.

Segue anexa, a relação de endereço dos 93 Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

#### **V – Proposta de Plano de Ação do Governo Municipal**

- ✦ Assim, com esse compromisso, o governo municipal propõe executar um Plano de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com as seguintes ações:
- ✦ Manter em funcionamento os 93 Postos de Saúde;
- ✦ Ampliar para 65% a cobertura das equipes Saúde da Família;
- ✦ Implantar o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde;
- ✦ Possibilitar aos profissionais das equipes, dentro do horário de trabalho, disponibilidade para a realização de atividades de educação permanente.
- ✦ Concluir a implantação do Prontuário Eletrônico nos Postos de Saúde;
- ✦ Da continuidade a elaboração de Linhas Guias de Atenção `Saúde, de conformidade com as patologias prevalentes do perfil epidemiológico da população.

## **VI – Metas Pactuadas**

- ✦ Continuar a garantir o funcionamento de forma contínua dos Postos de Saúde, no horário de 7 às 19 horas;
- ✦ Referenciar para as Unidades de Pronto Atendimento à Saúde e Unidades de Níveis Secundários e Terciários 100% dos casos agudos ou com risco de vida;
- ✦ Obter pelo menos, 85% de nível de satisfação dos usuários;
- ✦ Manter pelo menos 95% de atualização do cadastro dos usuários;
- ✦ Atender 95% da clientela agendada;
- ✦ Atender 85% da Relação dos Medicamentos definidos para Atenção Básica;
- ✦ Atender em 95% as solicitações de exames laboratoriais definidos para a Rede de Atenção Primária.

## **VII – Fonte de Financiamento e Modalidade de Repasse dos Recursos**

Financiamento do Projeto de Implementação da Rede de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza com recursos próprios do Tesouro do Estado vinculados à saúde, por determinação da Emenda Constitucional Nº 29/2000 para o exercício de 2015, onde estão previstos recursos no valor de R\$ 30.000.000,00, com desembolso de 12 (doze) parcelas mensais de R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais).

## **VIII – Critério de Utilização dos Recursos**

Os recursos ora previsto serão utilizados nas despesas de manutenção das 93 (noventa e duas) Unidades de Atenção Primária à Saúde, contemplando o universo das seguintes despesas:

1. Sistema de Apoio, Diagnóstico e Terapêutico – SADT;
2. Sistema de Atendimento ao Cliente;
3. Capacitação e Educação Permanente;
4. Melhoria da ambiência das Unidades Assistenciais;
5. Execução da manutenção geral dos equipamentos, materiais e instalações;
6. Fortalecimento de insumos necessários ao plano funcionamento das Unidades Assistenciais.

## **IX – Responsabilidades do Gerenciamento dos Recursos**

Os recursos serão repassados pelo Fundo Estadual de Saúde – FUNDES para o Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza e serão empenhados e controlados sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

## **X – Monitoramento e Controle**

A fim de que sejam efetuados o monitoramento e o controle do uso dos recursos recebidos, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza encaminhará, quadrimestralmente, ao gestor do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES um relatório gerencial do alcance dos objetivos e metas programadas.

## **XI - Cronograma de Repasse de Recursos do Tesouro do Estado, Através do Fundo Estadual de Saúde – Fundes para o Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza**

<b>MESES/ANO-2015</b>	<b>VALOR MENSAL EM R\$</b>
JANEIRO	R\$ 2.500.000,00
FEVEREIRO	R\$ 2.500.000,00
MARÇO	R\$ 2.500.000,00
ABRIL	R\$ 2.500.000,00
MAIO	R\$ 2.500.000,00
JUNHO	R\$ 2.500.000,00
JULHO	R\$ 2.500.000,00
AGOSTO	R\$ 2.500.000,00
SETEMBRO	R\$ 2.500.000,00
OUTUBRO	R\$ 2.500.000,00
NOVEMBRO	R\$ 2.500.000,00
DEZEMBRO	R\$ 2.500.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 30.000.000,00</b>

## **LEI N 12.192, DE 25.10.93 (D.O. DE 28.10.93)**

Dispõe sobre a criação do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES e de outras providencias.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e eu sancionei a seguinte Lei:

Art. 1 - Criado o Fundo Estadual de Saúde - FUNDES, nos termos dos 1 e 2 do Art. 247 da Constituição do Estado, como instrumento de administração e suporte financeiro para as atividades do Sistema Único de Saúde - SUS, coordenadas ou executadas pela Secretaria de Saúde do Estado.

Art. 2 - O Fundo Estadual de Saúde - FUNDES fica vinculado à Secretaria de Saúde do Estado.

Art. 3 - Constituem-se receitas do Fundo:

I - Os recursos financeiros repassados pelos Governos da União e do Estado do Ceará, por força do Sistema Único de Saúde - SUS;

II - Os recursos financeiros resultantes de prestação de serviços;

III - Auxílios, subvenções, contribuições, transferências e participação em convênios, ajustes e acordos;

IV - Rendimentos resultantes da aplicação de seus recursos no mercado financeiro;

V - Outras receitas que, por sua natureza, possam a ele ser destinadas;

VI - O produto de operações de crédito;

VII - As taxas relativas concessão ou renovação de alvará de saúde, multas e outros emolumentos arrecadados em função do desempenho dos serviços de vigilância sanitária pela SESA.

Art. 4 - O Fundo Estadual de Saúde - FUNDES estão sob a supervisão direta do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 5 - A gestão dos recursos do Fundo Estadual de Saúde caberá a uma Junta Deliberativa e a um Diretor Executivo, homologado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 6 - A Junta Deliberativa constituída pelos seguintes membros:

I - O Secretário de Saúde do Estado, que a preside;

II - Dois representantes do Conselho Estadual de Saúde;

III - Um representante da Diretoria Administrativa - Financeira da Secretaria de Saúde do Estado;

IV - Um representante da Assessoria de Planejamento e Coordenação da Secretaria de Saúde do Estado;

V - Um representante da Secretaria de Planejamento e Coordenação do Estado do Ceará;

VI - Um representante da Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará.

1 - O Diretor-Executivo participa, obrigatoriamente, das sessões da Junta Deliberativa, sem direito a voto.

2 - A Junta Deliberativa decide com a presença de, pelo menos, cinco de seus membros.

Art. 7 - Compete Junta Deliberativa:

I - Aprovar as diretrizes operacionais do Fundo;

II - Aprovar a programa o financeira do Fundo, ad referendum do Conselho Estadual de Saúde;

III - Expedir normas e procedimentos destinados a adequar a operacionalização do Fundo às exigências decorrentes da legislação aplicável ao Sistema Único de Saúde.

Art. 8 - A administração dos recursos do Fundo Estadual de Saúde feita por um Diretor-Executivo, sob a orientação e supervisão direta do Secretário de Saúde do Estado do Ceará.

Art. 9 - Compete ao Diretor - Executivo:

I - Praticar os atos incluídos na alçada administrativa da execução;

II - Movimentar as contas do Fundo, observadas as diretrizes demandadas do Conselho Estadual de Saúde e as normas operacionais vigentes;

III - Zelar pela regularidade e exatidão das transferências de recursos do Fundo para os Municípios;

IV - Fornecer as autoridades do Sistema Único de Saúde, nas três esferas de governo e aos Conselhos Municipais de Saúde, os elementos e informa es que lhes forem requeridos;

V - Apresentar, na periodicidade definida pelo Conselho Estadual de Saúde, relatórios sobre a execução orçamentária do Fundo;

VI - Cumprir outras determinações do Secretário de Saúde do Estado.

Art. 10 - A direção executiva do Fundo atribui o do Diretor Administrativo - Financeiro da Secretaria de Saúde do Estado.

Art. 11 - Os recursos do FUNDES destinam-se a prover, nos termos dos Incisos I a XXIV do Art. 248, da Constitui o Estadual, as despesas de custeio e de capital da Secretaria Estadual de Saúde, e entidades da Administração Indireta, as transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde, a serem executados pelos municípios e

instituições conveniados com o SUS, autorizadas pela Lei orçamentária anual, em consonância com os Planos Plurianuais.

Art. 12 - Também ser o providos pelo FUNDES as Campanhas de Vacina o ou outras de carácter emergencial, bem como o pagamento de pessoal técnico e auxiliar necessário aos respectivos serviços.

Art. 13 - O regimento interno do Fundo Estadual de Saúde ser elaborado pelo Diretor - Executivo, submetido ao Conselho Estadual de Saúde e aprovado pelo Secretário de Saúde do Estado do Ceará.

Art. 14 - Aplica-se, no que couber, administra o financeira do FUNDES, o disposto na Lei - Federal N 4.320, de 17 de mar o de 1964, no Código de Contabilidade do Estado e na legislação pertinente a contratos e licitações.

Art. 15 - As dotações orçamentárias consignadas ao Fundo Especial de Saúde pela Lei Orçamentária 1993, bem como os créditos adicionais autorizados em Lei, ser o, automaticamente, transferidos ao FUNDES, após a promulgação desta Lei, e constituir o receitas no exercício financeiro de 1993.

Art. 16 - Esta Lei entrar em vigor na data de sua publicação e ficam revogadas as disposições em contrário e em especial, o Art. 2 , Art. 4 , "caput" e 1 , 2 , do Art. 5 , "caput" e Par grafo único do Art. 6 , da Lei 7.190, de 16 de abril de 1964 (cria o do Fundo Especial de Saúde - FES), a Lei 8.753, de 13 de abril de 1967) e a Lei 10.455, de 28 de novembro de 1980.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ , em Fortaleza, aos 25 de outubro de 1993.

CIRO FERREIRA GOMES

RAIMUNDO PIMENTEL GOMES NETO

## **Monitoramento e Avaliação**

## 5. Monitoramento e Avaliação:

O processo da gestão do SUS e a implantação de novas competências e responsabilidades governamentais, implicam constantes negociações e pactos intergestores desencadeando um forte sentimento de pertença e compromisso federativo e intergovernamental, haja vista a crescente implantação do Decreto 7.508/2011; a adesão ao Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP e a implantação da Lei Complementar 141/2011.

Desta feita, Santos e Andrade<sup>1</sup> destacam que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, onde os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. No federalismo (no SUS), todos são cotitulares dos interesses (da saúde) e todos devem manter garantida sua autonomia (direção única).

Ressalte-se ainda que, é a produção de decisões, que desencadeiam o processo de intermediação e implementação das políticas públicas, embazadas por uma prática institucional de monitoramento e avaliação gerando conhecimento e, segundo Brito e Jesus<sup>2</sup>, citando Silva, integrante do processo de planejamento, como atividade sistemática e capaz de subsidiar as tomadas de decisões auxiliam iniciativas voltadas para a conformação do modelo assistencial nas 3 esferas de governo.

Segundo Pisco<sup>3</sup>, a avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança que não deve ser visto como uma ameaça, mas sim como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade.

A SESA vem desenvolvendo, um processo de sensibilização desta importância, focado ao temário de avaliação da gestão do SUS, com o propósito de fortalecer a gestão e a participação como elementos desencadeantes da ausculta e comunicação na saúde do Ceará.

Sabe-se que tornar este propósito viável é um desafio pois, o próprio Ministério da Saúde<sup>4</sup> identifica alguns dos limites dessas iniciativas: 1) a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação; 2) a fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada; 3) a ênfase em variáveis relacionadas a processo; e, 4) avaliações de resultados pontuais e/ou especialmente restritas.

Afirma ainda que no Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional,

aparecendo de maneira pouco ordenada e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial. Porém, concordando com Carvalho, et al<sup>5</sup> pode-se afirmar que se observa alguns avanços, mas também é patente que os inúmeros esforços ainda ocorrem de forma fragmentada, frequentemente restritos aos objetivos específicos e aos processos de gestão de alguns programas, mas raramente utilizados para redesenhar suas estratégias e formas de operação.

Miranda<sup>6</sup> ainda observa que os sistemas de direção, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento).

Portanto, Furtado e Laperrière<sup>7</sup>, citando Figueiredo e Tanaka, afirmam que o Sistema Único de Saúde nesse bojo, vem ampliar a importância econômica e política de serviços e programas de saúde. Configurando-se como o grande projeto social do país, as ações do SUS tornam-se alvo de questionamentos sobre sua eficiência e efetividade, estimulando o surgimento de demandas por avaliações sistemáticas.

Assim sendo pretende-se que a gestão deste plano considere as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, tendo como norte os indicadores propostos, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e aos devidos encaminhamentos na formação dos sujeitos envolvidos.

Sendo também necessário o desenvolvimento de mecanismos técnicos; estratégias organizacionais de qualificação das equipes gestores; a realização de estudos e pesquisa e a divulgação de informações estratégicas, processos estes pautados pela concepção de atender as especificidades da gestão e tendo como base um amplo processo de cooperação envolvendo, além dos gestores, as instituições de ensino e pesquisa.

Na perspectiva de reforçar a reflexão sobre monitoramento e avaliação deste plano temos em Garcia<sup>8</sup> 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.

E, finalmente, dando sequência ao propósito de implantação de uma prática de monitoramento e avaliação no SUS-Ceará concordamos com Tanaka<sup>9</sup>, quando este afirma que se formos capazes de despertar o 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.

Os compromissos e resultados de gestão expressos neste documento, através de suas diretrizes, objetivos, metas e respectivos indicadores, serão objetos de monitoramento e avaliação, anualmente apresentados nos relatórios de gestão após processo de articulação da ASPLAG com as áreas técnicas e específicas da SESA e consolidados de forma analítica e propositiva. Ressalta-se da importância de recomendações para a gestão, quanto ao cumprimento de desempenho desses compromissos e resultados no sentido de que o Plano Estadual de Saúde mude positivamente o quadro de saúde para uma população mais saudável.

A harmonização desses resultados ao modelo de atenção aos instrumentos e a uma política pública de saúde, concretiza a aplicabilidade do planejamento na agenda Central de gestão.'

Por tanto, o monitoramento e avaliação, se utilizará das ferramentas e sistemas existentes na instituição SESA dentre eles: SIM, SISPACTO, SARGSUS, CNES, SIA, SIH, SINASC, SIMA.

**Quadro de SIGLAS:**

<b>SIGLA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>PUB</b>	<b>PÚBLICO</b>
<b>PRIV</b>	<b>PRIVADO</b>
<b>SIA</b>	<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL</b>
<b>SUS</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>
<b>CEO</b>	<b>CENTRO ESPECIALIZADO DE ODONTOLOGIA</b>
<b>UPA</b>	<b>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</b>
<b>SAMU</b>	<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA</b>
<b>SESA</b>	<b>SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ</b>
<b>RAS</b>	<b>REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>
<b>IAM</b>	<b>INFARTO AGUDO NO MIOCÁRDIO</b>
<b>AVC</b>	<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>
<b>CRESUS</b>	<b>CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL DO SUS</b>
<b>TCE</b>	<b>TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO</b>
<b>GM</b>	<b>GABINETE DO MINISTÉRIO</b>
<b>OMS</b>	<b>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE</b>
<b>DCNT</b>	<b>DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS</b>
<b>DPOC</b>	<b>DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA</b>
<b>UBSF</b>	<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>