



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023

2020
CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Camilo Sobreira de Santana
GOVERNADOR

Maria Izolda Cela de Arruda Coelho
VICE-GOVERNADORA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho
SECRETÁRIO DA SAÚDE

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

ÓRGÃOS DE ASSESSORAMENTO

Assessoria Executiva

Assessoria de Controle Interno e Integridade

Assessoria de Comunicação

Auditoria

Ouvidoria

ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA

Coordenadoria de Políticas Intersetoriais-

Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica

Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado

Coordenadoria de Regulação e Controle do Sistema de Saúde

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde

Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Coordenadoria de Vigilância Sanitária

Coordenadoria de Atenção à Saúde

Superintendência da Região de Fortaleza

Superintendência da Região Norte

Superintendência da Região do Cariri

Superintendência da Região do Sertão Central

Superintendência do Litoral Leste / Jaguaribe

ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO INSTRUMENTAL

Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento

Coordenadoria de Planejamento e Gestão Orçamentária

Coordenadoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

Unidade de Gerenciamento de Projetos

Coordenadoria de Tecnologia da Informação e Comunicação

Coordenadoria Administrativa

Coordenadoria de Execução Orçamentária e Financeira

Coordenadoria Jurídica

Coordenadoria de Gestão de Recursos Biomédicos

ÓRGÃOS COLEGIADOS

Conselho Estadual de Saúde

Comissão Intergestora Bipartite

ENTIDADE VINCULADA

Escola de Saúde Pública

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Clara Suzana Cardoso Braga

João Washington de Menezes

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Antônio Paula de Menezes

Anita Ludmila Leda Batista Rolim

Clara Suzana Cardoso Braga

Eufrausina Hortência Pedrosa Carlos

Francisca das Chagas Silva

João Washington de Menezes

Leônidas Fernandes Macêdo Junior

Luíza de Marilac Barros Rocha

Maria de Jesus de Sousa Cavalcante

Matheus Antônio Magalhães Farias Catunda

Olêda Maria Castro de Araújo

COLABORAÇÃO

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

SUMÁRIO

Apresentação.....	11
1. Estruturação do Plano.....	13
1.1. Harmonização instrumental ao planejamento governamental na lógica de Gestão para Resultados 2020-2023.....	13
1.1.1 Eixo: Ceará Saudável.....	13
1.1.2 Resultado Estratégico: População saudável.....	13
1.1.3 Resultado temático: População com saúde integral de qualidade.....	13
2. Orientadores Estratégicos.....	14
Missão.....	14
Visão de Futuro.....	14
Valores.....	14
Análise Situacional.....	15
3. Análise Situacional.....	16
3.1 Políticas de Saúde no Ceará – Contexto atual.....	16
3.2 Condições sócio – sanitárias.....	17
3.2.1 Mortalidade por causas.....	17
3.2.2 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório.....	17
3.2.3 Taxa de mortalidade por tipo de causa externa. (Ceará, 2000 a 2018*).....	18
3.2.4 Mortalidade por neoplasias malignas.....	19
3.2.5 Mortalidade infantil.....	20
3.2.6 Taxa de mortalidade infantil e seus componentes neonatal e pós neonatal. Ceará, 2005 a 2018*.....	21
3.2.7 Mortalidade materna.....	22
3.2.8 Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/AIDS – CEARÁ.....	23
3.2.9 Pandemia Novo Coronavírus (SARS CoV-2).....	24
3.3 Redes de atenção.....	26
3.3.1 Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil.....	28
3.3.2 Organização da Rede Materno Infantil.....	29
3.3.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	31
3.3.4 Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde.....	31
3.3.5 Atenção Básica.....	31
3.3.6 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.....	32
3.3.7 Sala de Estabilização.....	32
3.3.8 Força Nacional/Eventos de Massa.....	32
3.3.9 Unidade de Pronto de Atendimento – UPAs 24 horas.....	33
3.3.10 Componente Hospitalar.....	33
3.3.11 Atenção Domiciliar.....	34
3.3.12 Rede de Atenção às Condições Crônicas.....	34
3.3.13 Rede de Atenção em Oftalmologia.....	35
3.3.14 Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).....	41
3.3.15 Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.....	43
3.3.16 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.....	45
3.4 Estrutura do sistema, fluxo de acesso e regulação.....	48
Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.....	55
4. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.....	56
4.1. Eixo Norteador: Formulação de políticas que visem à melhoria da qualidade de vida, o bem estar e felicidade da população Cearense.....	56
4.1.1. Diretriz 1:.....	56
4.2. Eixo Norteador: Direito à atenção a saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade....	58

4.2.1. Diretriz 2:.....	58
4.3. Eixo Norteador: Prevenção de doenças e promoção da saúde do cidadão.....	67
4.3.1. Diretriz 3:.....	67
4.4. Eixo Norteador: Gestão da rede de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde.....	74
4.4.1. Diretriz 4:.....	74
4.5. Eixo Norteador: Gestão e governança do SUS com transparência e integridade.....	77
4.5.1. Diretriz 5:.....	77
4.5.2. Diretriz 6:.....	80
4.5.3. Diretriz 7:.....	81
Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios.....	83
5. Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios.....	84
Diretrizes Regionais do planejamento participativo.....	153
6. Diretrizes Regionais do Planejamento Participativo 2020-2023.....	154
Monitoramento e Avaliação.....	157
7. Monitoramento e Avaliação.....	158

Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Estruturação do Plano

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

1.1.1 Eixo: Ceará Saudável

1.1.2 Resultado Estratégico: População saudável

Indicadores:

- Razão da mortalidade materna
- Taxa de mortalidade infantil
- Taxa de mortalidade por causas externas
- Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

1.1.3 Resultado temático: População com saúde integral de qualidade

Indicadores:

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

2. Orientadores Estratégicos

Missão

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

Visão de Futuro

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

Valores

Resultado centrado no cidadão

Humanização do atendimento

Valorização das pessoas

Transparência

Conhecimento e Inovação

Análise Situacional

3. Análise Situacional

3.1 Políticas de Saúde no Ceará – Contexto atual

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Condições sócio – sanitárias

3.2.1 Mortalidade por causas

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

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

3.2.2 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

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

No Ceará, em 2014, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 13.631 óbitos, com taxa de mortalidade de 154,1 óbitos por 100 mil habitantes e se apresentam como

principal causa de óbito no Ceará, correspondendo a 26,4% do total de óbitos. Esse percentual continua em crescimento, de modo que no ano de 2018, essas doenças já respondem por 27,4% de todos os óbitos registrados.

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

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

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

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

A violência vem se tornando um grave problema de saúde pública em nosso meio, principalmente nos centros urbanos e afeta a saúde individual e a coletiva, tendo acarretado grande incremento na morbimortalidade da população nas últimas décadas. Por acometer principalmente a população de adolescentes e adultos jovens, tem gerado grande custo social direto e indireto à sociedade. O grave quadro, demanda dos serviços de saúde maior empenho na elaboração de políticas de promoção da saúde, voltadas para a temática da Cultura de Paz.

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

hospitalares.

3.2.4 Mortalidade por neoplasias malignas

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

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

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

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

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

2. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna, segundo as principais localizações anatômicas, no sexo feminino. Ceará, 2013 a 2019*

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

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

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

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

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

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

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

3.2.5 Mortalidade infantil

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

sobre Nascidos Vivos – SINASC.

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

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

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

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

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

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

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

Houve uma tendência decrescente nas taxas de mortalidade infantil no Estado do Ceará considerando a série histórica de 2005 e 2019 (18,3 em 2005; 12,1 em 2019). No entanto, vale ressaltar que a partir do ano de 2016 observou-se um comportamento ascendente da TMI. O mesmo

se observou com relação a seus componentes neonatal (11,9 em 2005; 8,6 em 2019) e pós neonatal (6,4 em 2005; 3,9 em 2019). Em todos os anos analisados manteve-se a predominância dos óbitos neonatais em relação aos óbitos pós-neonatais, indicando a associação destes com a assistência no período gravídico-puerperal.

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

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

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

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

3.2.7 Mortalidade materna

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

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

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

de 65,1 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

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

3.2.8 Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/AIDS – CEARÁ

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.9 Pandemia Novo Coronavírus (SARS CoV-2)

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

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

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

Os primeiros três casos da COVID-19 no CE, confirmados em Fortaleza, no dia 15 de Março de 2020, foram de pacientes que haviam retornado de viagem ao exterior. A capital como um

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

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

- Ações de fiscalização intensificadas através da operacionalização de barreiras sanitárias nos aeroportos de Fortaleza, que monitoraram 26.499 passageiros provenientes de 131 voos Internacionais e Nacionais. De Juazeiro do Norte foram monitorados 2007 passageiros de 17 voos, além de 99 barreiras sanitárias nas divisas intermunicipais;
- Desenvolvimento de projetos estratégicos voltados a atender as demandas de pessoas em situação de vulnerabilidade (idosos institucionalizados, pessoas em situação de rua, população indígena, dentre outros), bem como assessoria através de webconferências que abordaram cuidados em saúde mental em tempos de pandemia e, junto a Casa Civil, articulou inserção na plataforma de atendimento "Plantão Coronavírus", do COVIDA (atendimento em primeiros socorros psicológicos na modalidade virtual). Também foram ofertadas formações virtuais aos psicólogos que estavam atuando nos serviços do SUS, com a temática "Primeiros Socorros Psicológicos";
- A Escola de Saúde Pública - ESP mobilizou integralmente e prontamente seus eixos de atuação dentro do Plano Estadual de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública, desempenhando um papel estratégico no enfrentamento a pandemia da COVID-19 no Ceará. Assim, foram criadas em tempo recorde ferramentas e estratégias como um site com informações para profissionais de saúde e cidadãos sobre o novo Coronavírus (<https://coronavirus.ceara.gov.br>), a capacitação de profissionais de saúde para medidas sanitárias e de tele-saúde, treinamentos para o atendimento clínico e terapia de suporte avançado de vida aos casos graves. Tais esforços integrados e concentrados culminaram no projeto ELMO, um inovador capacete respiratório para assistência aos pacientes com insuficiência respiratória, nunca usado no Brasil. Também destaca-se a criação da Central de Ventiladores Mecânicos em conjunto com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e

Federação das Indústrias do Estado do Ceará (SENAI-FIEC), a oferta de curso em larga escala com ensino à distância para treinamento em ventilação mecânica, a elaboração e ampla divulgação de protocolos clínicos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, pesquisas clínicas e de registro dos pacientes com COVID-19 hospitalizados, aplicativo iSUS para profissionais de saúde, séries de Webconferências sobre os impactos da COVID-19, dentre outras ações.

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

3.3 Redes de atenção

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

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o

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

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

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

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

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

- Doenças Crônicas Não Transmissíveis (linhas de cuidado: diabetes, hipertensão, obesidade, doenças renais crônicas)
- Materno Infantil
- Atenção Psicossocial
- Cuidados à Pessoa com Deficiência
- Urgência e Emergência
- Traumatologia-Ortopedia
- Neurologia
- Cardiovascular
- Oncologia

3.3.1 Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil

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

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

O foco desta iniciativa é o aprimoramento da organização das redes para um melhor atendimento aos usuários do SUS.

Os principais pontos abordados pela 2ª fase do programa, contemplam:

- O hospital como um ponto de atenção da RAS atuando de forma articulada, qualificada e segura;
- Avaliação, seleção e readequação dos pontos de atenção hospitalar para integrarem a rede materno infantil;
- Capacitação e qualificação dos profissionais das maternidades selecionadas;
- Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração nas maternidades de referência de alto risco no pós-parto e abortamento.

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

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

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

3.3.2 Organização da Rede Materno Infantil

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

COMPONENTE I - Atenção Integral ao pré-natal

Compromisso:

- Garantir acesso ao pré-natal de risco habitual nos 184 municípios
- Garantir acesso ao pré-natal de gestantes de alto risco nas 5(cinco) Regiões de Saúde.
- As principais ações definidas nesse componente foram: implantação da Linha Guia da Gestante e Puerperal no Estado; Implantação da Estratificação de Risco e Vinculação da gestante na atenção primária e ambulatorial especializada; Implantação da Padronização de Protocolos de Atenção ao Pré - Natal de Risco Habitual e Alto Risco.

COMPONENTE II - Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento

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

regulação.

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

- O hospital como um ponto de atenção da RAS atuando de forma articulada;
- Reclassificação dos Hospitais por Porte;
- Mudança no modelo de atenção (a gestão da clínica como conceito inovador para a dinâmica hospitalar);
- Contratualização para os hospitais (instrumento contratual formal e financiamento mediado por resultados assistenciais baseados em metas quantitativas e qualitativas)
- Responsabilidades de cada esfera de gestão (estadual e municipal).

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

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

Leitos Neonatais - Leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), UCINco (Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional) e UCINca (Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru).

COMPONENTE IV - Transporte Sanitário e Regulação

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

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

3.3.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

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

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

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

3.3.4 Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

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

3.3.5 Atenção Básica

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

3.3.6 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

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

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

3.3.7 Sala de Estabilização

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

- I** - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- II** - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e
- III** - funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

3.3.8 Força Nacional/Eventos de Massa

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

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

3.3.9 Unidade de Pronto de Atendimento – UPAs 24 horas

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

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

3.3.10 Componente Hospitalar

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

São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências:

- I** - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, I)
- II** - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, III)
- III** - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências

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

3.3.11 Atenção Domiciliar

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

3.3.12 Rede de Atenção às Condições Crônicas

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

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

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

Redes de Serviços de Saúde

3.3.13 Rede de Atenção em Oftalmologia

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

A Rede de Atenção em Oftalmologia, visa estabelecer uma nova conformação para as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; bem como em estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das doenças oftalmológicas, pela necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação ao tratamento em oftalmologia no Estado do Ceará ; define que seja composta por:

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

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

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

Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia – Ceará

Atenção Primária – UBSF 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.

Tabela 1: Atenção especializada da média e alta complexidade

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

Região de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Nº Resolução CIB	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea Resolução CIB	Nível de Complexidade
Fortaleza	Fortaleza	2482479	16. Policlínica da Lagoa Clínica de Olhos Almino Lima LTDA	-	468/2009	-	-	Média Complexidade
		2785889	17. FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa	082/2014	338/2014	-	-	
		6655947	18. Instituto de Olhos do Ceará – IOCE *	076/2014	114/2016	114/2016	-	
		2529300	19. Clínica Cearense de Oftalmologia-CCO	-	457/2009			
		3488578	20. Bioclínica Especialidades Médicas	080/2014	338/2014	40/2012	01/2016	
		2529335	21. Clínica Oftalmológica de Fortaleza-COF		458/2009	-		
		3295311	22. Centro Médico Oftalmológico – CEMOF *	-	-	-	317/2012	Só Transplante de Córnea
		3517330	23. Instituto da Visão do Ceará - IVC	-	-	-	15/2015	
	Caucaia	2561697	24. Fundação São Judas Tadeu	-	259/2008	40/2012	-	Alta Complexidade
		6274110	25. Clínica de Atendimento Especializado de Caucaia	-	279/2012	-	-	Média Complexidade
		8014825	26. Policlínica de Caucaia	-	268/2008	40/2012	-	
		7544952	27. Centro de Referência à Saúde do Homem	41/2014	338/2014	-	-	
	Itapajé	2589171	28. FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa – Mª Ione Xerez Vasconcelos	-	261/2008	40/2012	-	
		6580130	29. Instituto de Oftalmologia de Itapajé	41/2014	338/2014	256/2012	-	
	Paracuru	2562391	30. Santa Casa de Paracuru	-	260/2008	40/2012	-	Média Complexidade
		2561905	31. Centro de Saúde Iracema Braga Sanders	-	372/2012	256/2012	-	
	Pentecoste	6320163	32. Centro de Especialidades Médicas de Pentecostes	41/2014	338/2014	256/2012	-	
	Maracanaú	2272193	33. Hospital de Oftalmologia de Maracanaú – HOMA	-	338/2014	40/2012	-	
		6393133	34. Centro de Especialidades e Oftalmologia – CEO	-	338/2014	-	-	
		5417899	35. FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa	-	346/2008	40/2012	-	
		680346	36. Associação Santo Antônio – Casa da Vovó Marieta	-	168/2017	168/2017	-	
	Maranguape	7015224	37. Bioclínica Maranguape Serviços Médicos S/S Ltda *	-	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
		3423255	38. Policlínica Municipal de Maranguape Dr. Almir Pinto	-	338/2014	-	-	
	Redenção	2664666	39. Hospital Maternidade Paulo Sarasarte	-	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade

Região de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Nº Resolução CIB	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea Resolução CIB	Nível de Complexidade
	Baturité	6273181	40. Clínica de Oftalmologia LP-LTDA	-	338/2014	40/2012	-	
		6697518	41. Policlínica – Dr. Clóvis Amora Vasconcelos	-	338/2014	-	-	
	Itapipoca	6578497	42. Clínica Visão de Itapipoca	15/2014	338/2014	40/2012	-	
		7057083	43. Policlínica – Francisco Pinheiro Alves	15/2014	338/2014	-		
		2426420	44. Clínica Dr. Márcio Moreira S/C LTDA	15/2014	338/2014	40/2012	-	Alta Complexidade
	Cascavel	2514710	45.Hospital Maternidade Nossa Senhora das Graças	091/2014	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
	Pacajus	6956963	46.Policlínica – Dra. Márcia Moreira de Meneses *	074/2014	338/2014			
6741452		47.Centro de Excelência Médica Dra. Neiva	075/2014	338/2014	234/2013			
Litoral Leste / Jaguaribe	Aracati	2372967	48. Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias	29/2014	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
	Morada Nova	2327996	49.Unidade de Saúde Fundação São Lucas (Santa Casa de Morada Nova)	21/2014	338/2014	40/2012	-	
	Russas	7320418	50. Policlínica – Dr. José Martins de Santiago *	21/2014	338/2014	-	-	
		2328011	51. Hospital Maternidade Divina Providência de Russas	21/2014	338//2014	40/2012	-	
	Limoeiro do Norte	2563614	52. Instituto de Olhos Vale do Jaguaribe SC LTDA	-	338/2014	40/2012	-	
Jaguaribe	3135160	53.Clinica de Olhos Jaguaribe Ltda.	-	338/2014	40/2012	-		

Região de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Nº Resolução CIB	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea Resolução CIB	Nível de Complexidade
Sobral	Ipú	2552612	54. Clínica de Olhos Luiz Humberto Gonzaga de Mendonça	12/2014	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
	Sobral	2424533	55. Clínica de Olhos de Sobral	-	338/2014	40/2012	-	
		2424541	56. Instituto de Oftalmologia e Otorrinolaringologia Comendador José Modesto	-	338/2014	-	-	
		2424592	57. Oftalmoclínica Sobralense Ltda (consta)	-	338/2014	40/2012		
		3021114	58. Santa Casa de Misericórdia de Sobral	-	338/2014	40/2012	324/2014	

	Acaraú	7262698	59. Policlínica de Acaraú			-	-	
	Tanguá	7386257	60. Policlínica de Tanguá – Dr. Feº Edvaldo Coelho Moita	41/2014	338/2014	-	-	
		3019446	61. Clínica de Olhos Santa Luzia	40/2014	338/2014	256/2012		
	São Benedito	5325919	62. Centro da Visão- Clínica Ortomais Centro da Visão Ltda.*	14/2016	58/2016		-	
		8006407	63. Oftalmoclínica Ibiapaba LTDA	39/2014	338/2014	40/2012	-	
	Crateús	2481103	64. Centro Regional Oftalmológico de Crateús (Hospital São Camilo)	-	152/2009	40/2012	-	
		5793041	65. Centro Cearense de Oftalmologia S/C – CINCO	-	153/2009	40/2012	-	
	Nova Russas	7321651	66. Clínica Oftalmológica Dr. Luiz Humberto Gonzaga de Mendonça	19/2014	338/2014	-	-	
	Independência	2723913	67. Centro Integrado de Cirurgia Oftalmológica	-	154/2009	40/2012	-	
	Camocim	6778798	68. Policlínica de Camocim Coronel Gomes da Silva	-	338/2014	-	-	
		3058409	69. Clínica de Olhos de Camocim	-	338/2014	256/2012	-	

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

		2415534	80. Centro de Oftalmologia do Cariri	-	338/2014	40/2012	-	Alta Complexidade
		6967906	81. Centro de Especialização de Retina e Catarata	-	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
		2415240	82. Centro de Saúde Teodorico Teles	-	267/2008	40/2012	-	
	Juazeiro do Norte	5117364	83. Instituto de Olhos do Cariri	-	338/2014	40/2012		
		3416690	84. Instituto de Catarata e Miopia	-	338/2014	40/2012		
		2425912	85. Serviço de Assistência Médica Especializada – SAME	-	40/2012	40/2012	-	
	Barbalha	2611570	86. Instituto de Olhos de Barbalha – IOB	-	338/2014	40/2012	36/2011	
		2564211	87. Hospital Maternidade São Vicente de Paula	-	338/2014	40/2012	X	Alta Complexidade

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

3.3.14 Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.15 Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

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

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

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

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

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

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

- CEREST Estadual Manuel Jacaré – os 184 municípios.
- CEREST Regional de Fortaleza: abrange as Regiões de Saúde de Fortaleza, Maracanaú, Caucaia, Baturité e Itapipoca.
- CEREST Regional de Sobral: abrange as Regiões de Saúde de Sobral, Acaraú, Camocim e

Cratéus

- CEREST Regional de Horizonte: abrange os municípios de Itaitinga, Pacajus, Chorozinho, Ocara, Cascavel, Pindoretama, Aquiraz, Eusébio e Beberibe.
- CEREST Regional de Juazeiro do Norte: abrange as Regiões de Saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Icó, Iguatu, Brejo Santo.
- CEREST Regional de Tianguá: abrange a Região de Saúde de Tianguá.
- CEREST Regional de Aracati: abrange as Regiões de Saúde de Aracati.
- CEREST Regional de Quixeramobim: abrange as Regiões de Saúde de Quixadá, Canindé e Tauá.
- CERESTA Regional de Limoeiro do Norte – Zé Maria do Tomé: Desenvolve ações em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente.

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

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

Notificação Compulsória Universal

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

Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas

- Câncer relacionado ao trabalho;
- Dermatoses ocupacionais;
- Lesões por esforço repetitivo/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT);

- Perda auditiva induzida por ruído relacionada ao trabalho (PAIR);
- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho;

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

3.3.16 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

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

Pessoas com Deficiência no Brasil



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

Problemas atuais

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

Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência:

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

Objetivos da rede:

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

Situação Atual – Centro Especializado de Reabilitação – CER

Em funcionamento:

Tabela 2: Situação atual - Centro Especializado de Reabilitação – CER (em funcionamento)

REGIÃO DE SAÚDE	QTDE	MUNICÍPIO	MODALIDADE	GOVERNANÇA
CARIRI	1	BARBALHA	FÍSICA E INTELECTUAL	ESTADUAL
SOBRAL	1	SOBRAL	FÍSICA E AUDITIVA	MUNICIPAL
FORTALEZA	6	FORTALEZA (POLICLÍNICA)	FÍSICA E INTELECTUAL	MUNICIPAL

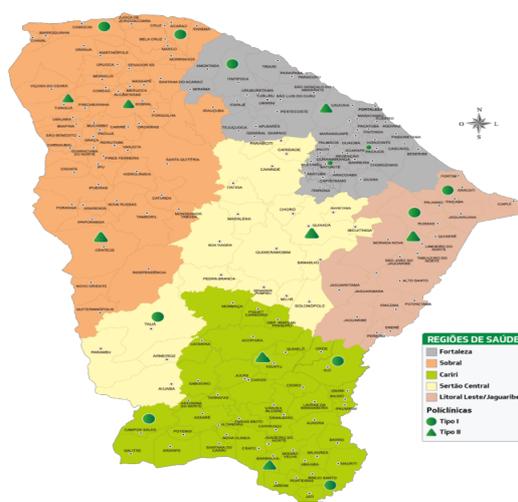
		FORTALEZA (NAMI)	FÍSICA E INTELLECTUAL	MUNICIPAL
		FORTALEZA (NUTEP)	AUD E INTELLECTUAL	MUNICIPAL
		CAUCAIA	FÍSICA E INTELLECTUAL	ESTADUAL
		PACAJUS	FÍSICA E INTELLECTUAL	ESTADUAL
		MARACANAÚ	FÍSICA E VISUAL	MUNICIPAL

Em construção

Tabela 3: Situação atual - Centro Especializado de Reabilitação - CER (em construção)

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

Núcleo de Estimulação Precoce



Oficinas Ortopédicas

Tabela 4: Oficinas Ortopédicas

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

3.4 Estrutura do sistema, fluxo de acesso e regulação

A Central de Regulação Estadual do SUS – CRESUS, integra o Complexo Regulador do SUS do Estado do Ceará, que tem como missão responde as demandas em saúde, em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada. Com base no interesse social e coletivo.

Os principais objetivos da CRESUS são:

- Regular as referências de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade entre os municípios do Estado, tendo como base as pactuações e protocolos estabelecidos.
- Acompanhar a execução dos atendimentos referenciados, organizar e padronizar o tratamento da informação na área da assistência em saúde para todos os componentes da rede informatizada.
- Garantir o acesso da população aos serviços de referência do Estado.
- Promover a integração das Centrais de Regulação municipais e das Regiões de Saúde.
- A CRESUS utiliza sistema informatizado desenvolvido, especificamente, para esta finalidade, com servidores de rede, dados e internet integrado a 4 (quatro) componentes:
- Estadual - de Coordenação e Acompanhamento, localizado na sede da Secretaria Estadual de Saúde fazendo a gestão das informações geradas pelo sistema informatizado, o desempenho operacional, contribuindo para a definição de parâmetros assistenciais que auxiliem na programação de procedimentos que atendam às necessidades da população.

- Regional – Administrativo e Operacional, localizado em cada uma das Regiões de Saúde (Fortaleza, Cariri e Sobral), funcionando em regime de 24 horas com médicos, técnicos de atendimento em regulação médica e de informática). Esse componente é responsável pelo acompanhamento, análise e avaliação das regulações de acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, através das pactuações vigentes e o desempenho das unidades executoras, gerando informações que subsidiem investimentos e ampliação do acesso, conforme as necessidades dos usuários.
- Ambulatorial – operacional em 184 secretarias municipais de saúde para solicitações e agendamentos com interface no componente regional e estadual.
- Hospitalar – operacional em todas as Unidades Hospitalares do Estado e UPAS para registro de internações hospitalares, autorização de AIH pelo sistema informatizado, solicitações de transferências com interface no componente regional e estadual, respeitando as pactuações vigentes e os perfis das Unidades Executoras.

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

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

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

Tabela 5: transferências hospitalares no período de 2013 a 2018, por região de saúde

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

Fonte: UNISUS WEB – Relatório de transferências hospitalares

A Região de Sobral apresentou um leve crescimento a partir de 2017, reflexo do decréscimo de oferta de procedimentos hospitalares cirúrgicos, com destaque à clínica de ortopedia. É composta de 5 Áreas Descentralizadas Acaraú, Camocim, Crateús, Sobral e Tianguá onde a

concentração de serviços hospitalares de MAC acontece no município de Sobral. Destaca-se que os polos de Acaraú e Camocim necessitam melhorar a resolubilidade.

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

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

Tabela 6: Transferências hospitalares no período de 2013 a 2018, por região de saúde

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

Fonte: UNISUS WEB – Relatório Fila de Espera

3.5 Gestão e governança em redes integradas e regionalizadas

Para melhor compreensão do Processo de Regionalização da Saúde no SUS, é necessário revisar a legislação começando pela Constituição Federal de 1988, mais especificamente os Artigos 196 e 198. O primeiro define a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Já o segundo pauta que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

Para garantir o direito a saúde assegurada na Constituição Federal/88 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo posteriormente normatizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei

nº 8.080/90) que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o seu funcionamento. Em 2011 foi editado o Decreto Federal nº 7.508 que define os processos de organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dentre as competências do SUS está contemplado o incremento do desenvolvimento

científico e tecnológico em sua área de atuação, conforme expressa o artigo 200, inciso V, da Constituição Federal.

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

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

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

população, no sentido de desenvolver e otimizar os processos de produção e disseminação de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade. Além disso, propõe iniciativas na gestão do conhecimento, na inteligência em saúde e na inovação. Assim, esta proposta tem a intenção de articular vários setores que tem ações convergentes com o campo da saúde pública, compreendendo que a saúde é uma produção socialmente determinada e deve ser vista também como um componente das políticas de educação, de desenvolvimento econômico e industrial, e demais políticas sociais.

Atualmente a SESA conta com projeto de consultoria conduzido pelo Hospital Albert Einstein para realização do dimensionamento do quadro de pessoal da Rede. Conforme dados atuais, contamos com o seguinte quadro de pessoal da Rede SESA:

Tabela 7: Colaboradores da SESA

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

Fonte: Coordenadoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – COGEP

Após conclusão das entregas da Consultoria, está prevista a realização de concurso público para o provimento de cargos no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – HM e Hospital Geral de Fortaleza – HGF, ainda em 2020, e os demais em 2021.

No que diz respeito ao processo de formação de pessoas, a Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – COGEP realizará em 2020 o Levantamento de Necessidades de Capacitação – LNC para elaboração do Plano de Capacitação contemplando os profissionais em suas áreas de competência.

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

4. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

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

4.1.1. Diretriz 1:

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Elaborar normas, diretrizes, procedimentos, instrumentos técnicos e informativos que visem o aprimoramento das redes de atenção e serviços, para melhoria da resolutividade e a eficiência das ações de saúde de forma integrada e regionalizada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.1. Diretriz 2:

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

Objetivo 1: Qualificar a Atenção Primária no Estado do Ceará

Meta 1	Reduzir em 2,2% as internações por condições sensíveis a Atenção Primária, de 106,77/10.100 em 2018 para 104,42/10.000 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Taxa	2018	106,77	106,18	105,59	105,01	104,42	
Indicador	Taxa de internações por condições sensíveis a Atenção Primária						

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

Meta 3	Aumentar em 1,6% a proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, de 63,7% em 2018 para 73% até 2023, na População Privada de Liberdade.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023

	Percentual	2018	63,7%	70%	71%	72%	73%
Indicador	Proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera na População Privada de Liberdade						

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

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

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

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

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

Meta 3	Reduzir em 11,1 a razão da mortalidade materna, de 61,10 óbitos/100.000NV, em 2018 para 50 óbitos / 100.000NV até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			

				2020	2021	2022	2023
	Óbitos por 100 mil Nascidos Vivos	2018	61,10	52,50	51,70	50,90	50,0
Indicador	Razão de mortalidade materna						

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

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

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

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

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

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

Indicador	Número de Centros Especializados em Reabilitação implantado nas Policlínicas
------------------	--

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

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

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

*Pessoas atendidas em novembro/2019

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

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

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

Meta 1	Reduzir a Taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de 45,9/100.000 hab em 2018 para 41/100.000hab até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023

	Óbitos por 100 mil habitantes	2018	45,90*	44,00	43,00	42,00	41,00
Indicador	*Taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC)						

*Dados parciais, sujeitos a revisão *

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

*Dados parciais, sujeitos a revisão *

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

*Dados parciais, sujeitos a revisão.

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

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

Meta 2	Manter em 85% Taxa de ocupação dos leitos das unidades hospitalares da rede própria da SESA até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
	Percentual	2018	88,50	2020	2021	2022	2023
85				85	85	85	
Indicador	Taxa de ocupação dos leitos das unidades hospitalares da rede própria da SESA						

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

Indicador	Percentual de utilização da capacidade instalada das Policlínicas
------------------	---

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

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

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

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

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

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

Meta 1	Reduzir em 1,2 a taxa de mortalidade por suicídio, passando de 7,20 em 2018 para 6,0 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023

	óbitos por 100 mil habitantes	2018	7,20	6,8	6,6	6,3	6,0
Indicador	Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)						

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

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

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

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

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

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

Indicador	Tempo médio entre a realização do exame e a disponibilização do laudo ambulatorial
------------------	--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.1. Diretriz 3:

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

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

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

Meta 2	Aumentar 15,6% da proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados anos das coortes, passando de 74,4% em 2019 para 90% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2019	74,4	88	90	90	90	
Indicador	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados anos das coortes.						

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

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

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

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

Meta 7	Aumentar em 15% os surtos de doenças de transmissão hídrica alimentar (DTHA) investigados com coleta de amostra, passando de 50% em 2019 para 65 % até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2019	50	50	55	60	65	
Indicador	Proporção de surtos de DTHA investigados com coleta de amostras.						

Meta 8	Ampliar em 212,5% a proporção de municípios com adesão a Vigilância dos fatores de risco e proteção para as DCNT, passando de 16% em 2020 a 50% em 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			

				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	16	16	22	32	50
Indicador	Proporção de municípios com adesão a Vigilância dos fatores de risco e proteção para as DCNT.						

Meta 9	Monitorar a implantação das equipes mínimas de vigilância em saúde nas regiões de saúde até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2020	01	01	02	03	05	
Indicador	Proporção de regiões de saúde com equipe mínima de Vigilância em Saúde implantada.						

Meta 10	Manter pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura em cada ciclo, no período de 2020 a 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2020	4	4	4	4	4	
Indicador	Número de ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura em cada ciclo no período de 2020 a 2023.						

Meta 11	Reduzir em 630,2 a taxa de incidência dos casos de arboviroses de 630,2 em 2020 para 322,6 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Casos novos por 100 mil habitantes	2020	630,2	630,2	504,2	403,3	322,6	
Indicador	Taxa de incidência de casos de Arboviroses.						

Meta 15	Garantir a busca ativa (exame ocular externo) em 50% da população de 1 a 10 anos dos municípios prioritários para o tracoma evitando assim a perda da visão, no período de 2020 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	50	50	50	50	50	
Indicador	Proporção de escolares examinados na faixa etária de 01 a 10 anos de idade para o tracoma.						

Meta 13	Aumentar em 5% a proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, passando de 70% em 2020 para 75 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	70	70	72	73	75	
Indicador	Proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera.						

Meta 14	Aumentar em 5% o número de contatos examinados entre os casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, passando de 80% em 2020 para 85% até 2023.						
----------------	--	--	--	--	--	--	--

	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	80	80	82	83	85
Indicador	Proporção de contatos examinados entre os casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.						

Objetivo 2: Promover as ações de imunização.

Meta 1	Manter em 100% a Proporção de vacinas (Pentavalente, Pneumocócica 10v, Poliomielite e Tríplice Viral) do Calendário Básico de Vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas (= ou >95%) no período de 2020 até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
	Percentual	2020	100	2020	2021	2022	2023
				100	100	100	100
Indicador	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.						

Meta 2	Reduzir em 4% a taxa de abandono no esquema de vacinação da Tríplice Viral, passando de 15% em 2019 para 11% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
	Percentual	2019	15	2020	2021	2022	2023
				14	13	12	11
Indicador	Taxa de abandono no esquema de vacinação da Tríplice Viral.						

Meta 3	Ampliar em 10,1% a proporção de salas de vacinas com alimentação mensal do SIPNI, por município, passando de 80,9 em 2019 a 90% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
	Percentual	2019	80,9	2020	2021	2022	2023
				85	87	89	90
Indicador	Proporção de salas de vacinas com alimentação mensal do SIPNI, por município.						

Meta 4	Aumentar em 0,7 a taxa de notificação de doenças em eliminação preveníveis por vacinas, passando de 3,3 em 2020 para 4,0 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
	Número de casos por 100 mil habitantes	2020	3,30	2020	2021	2022	2023
				3,30	3,50	3,80	4,00
Indicador	Taxa de notificação de doenças em eliminação preveníveis por vacinas.						

Meta 5	Implementar 1 rede de frio em cada região de saúde até o ano de 2023, totalizando 5 redes de frio.						
---------------	--	--	--	--	--	--	--

	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	1	1	1	1	2
Indicador	Implementar 5 Centrais de Rede de Frio em cada região de saúde para armazenamento e distribuição adequada de imunobiológicos dos seus municípios de abrangência.						

Meta 6	Descentralizar o CRIE estadual para duas regiões de saúde do Estado até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	0	0	1	0	1
Indicador	Ampliar dois Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) em duas regiões de saúde do Estado para atendimento oportuno de acordo com a necessidade dos municípios.						

Objetivo 3: Promover ações de vigilância entomológica e controle de vetores.

Meta 1	Implantar a vigilância das rickettsioses em 40 municípios, passando de 8 em 2020 para 40 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	8	8	10	11	11
Indicador	Número de municípios com a vigilância das Rickettsioses implantada						

Meta 2	Implantar a estratégia de encoleiramento para controle de LVC em municípios com área de transmissão muito intensa e alta, passando de 20% em 2020 para 100% em 2023. (NOVO)						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	20	20	20	20	40
Indicador	Proporção de municípios com estratégia de encoleiramento para controle de LVC em áreas com transmissão muito intensa e alta.						

Meta 3	Proporção de municípios realizando o monitoramento entomológico nas áreas que implantaram a estratégia de encoleiramento e controle da LVC, passando de 20% em 2020 para 100%						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	20	20	20	20	40
Indicador	Proporção de municípios realizando o monitoramento entomológico nas áreas que implantaram a estratégia de encoleiramento e controle da LVC						

Meta 4	Implantar 5 (cinco) Unidade de Vigilância de Zoonose (UVZ) nas cinco regionais de saúde no estado do Ceará						
---------------	--	--	--	--	--	--	--

	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	0	0	0	1	4
Indicador	Número de Unidade de Vigilância de Zoonose (UVZ) implantada nas cinco superintendências regionais de saúde no estado do Ceará.						

Meta 5	Implantar Laboratório de entomologia, vetores, reservatórios, hospedeiros e animais peçonhentos, nas cinco Regionais de Saúde no estado do Ceará, até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	1	0	2	2	1
Indicador	Número de laboratórios de entomologia, vetores, reservatórios, hospedeiros e animais peçonhentos, implantados até 2023						

Meta 6	Aumentar em 20 % a proporção de unidades domiciliares pesquisadas em relação às programadas por município conforme risco de transmissão vetorial da Doença de Chagas, passando de 65% em (2020) para 85% até (2023).						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2019	65	70	75	80	85
Indicador	Proporção de unidades domiciliares pesquisadas em relação às programadas por município conforme risco de transmissão vetorial da Doença de Chagas.						

Meta 7	Realizar monitoramento entomológico dos vetores da malária e leishmanioses em 33,3% do total de 9 áreas que estão no trecho do cinturão das águas (Ramal litoral 1, Eixão das águas e trecho do Cariri) no Ceará, até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	0	0	33,3	33,3	33,3
Indicador	Percentual de áreas realizando o monitoramento entomológico dos vetores da malária e leishmanioses no trecho do cinturão das águas no Ceará.						

Meta 8	Implantar 5 (cinco) Ultra Baixo Volume (UBV), nas cinco regionais de saúde no Estado do Ceará.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	0	0	0	2	3
Indicador	Número de UBVs, implantadas nas cinco superintendências regionais de Saúde no estado do Ceará.						

Objetivo 4: Promover as ações de Informação e Resposta às Emergências em Saúde Pública.

Meta 1	Ampliar em 1,9% a proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação, passando de 78,1% em 2019 para 80% até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2019	78,1	80	80	80	80	
Indicador	Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação.						

Objetivo 5: Promover as ações de vigilância ambiental.

Meta 1	Aumentar em 6% a proporção de amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez passando de 90% em (2020) para 96% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2019	89,5	90	92	94	96	
Indicador	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez						

Objetivo 6: Promover ações de vigilância sanitária para o controle do Risco Sanitário em produtos e serviços de saúde.

Meta 1	Aumentar o percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios, passando de 70% em 2020 para 90% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2018	76	70	80	85	90	
Indicador	Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.						

Meta 2	Aumentar a proporção de óbitos relacionados a eventos adversos investigados nos serviços de saúde do Ceará, passando de 50% em 2020 para 70% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	50	50	60	65	70	
Indicador	Proporção de óbitos relacionados a eventos adversos investigados nos serviços de saúde do Ceará.						

Meta 3	Aumentar a Proporção de <i>Never Events</i> investigados nos serviços de saúde do Ceará, passando de 50% em 2020 para 70% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023

	Percentual	2020	50	50	60	65	70
Indicador	Proporção de <i>Never Events</i> investigados nos serviços de saúde do Ceará.						

Objetivo 7: Promover estratégias intersetoriais de Promoção da Saúde. (COPIS)

Meta 1	Implantar 5 comitês intersetoriais de promoção de saúde até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2019	0	1	4	-	-	
Indicador	Número de comitês implantado.						

Meta 2	Pactuar Termo de Compromisso Assinados de Projetos Intersetoriais de Promoção da Saúde para os 64 municípios até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2019	0	0	10	20	34	
Indicador	Municípios com Termo de Compromisso Assinados.						

Objetivo 8: Promover as ações de vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora no âmbito do SUS no Ceará.

Meta 1	Ampliar em 6% a proporção de municípios com caso de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados, passando de 90% em 2020 para 96% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2019	87	90	92	94	96	
Indicador	Percentual de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.						

Meta 2	Ampliar em 50% o percentual de declaração de óbito com o campo acidente de trabalho adequadamente preenchido, passando de 10% em 2020 para 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2019	-	10	15	15	20	
Indicador	Percentual de declaração de óbito com o campo Acidente de Trabalho adequadamente preenchido						

4.4. Eixo Norteador: Gestão da rede de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde.

4.4.1. Diretriz 4:

Ampliar e integrar a intersetorialidade, promovendo a gestão do conhecimento, força de trabalho, pesquisa, educação, inovação e inteligência na política pública de saúde.

Objetivo 1: Fomentar a produção e utilização de dados e informações para subsidiar as tomadas de decisão, aprimoramento e desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais no estado do Ceará.

Meta 1	Disponibilizar 1 (uma) plataforma digital com webTV e Webrádio até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Plataforma digital disponibilizada						

Meta 2	Desenvolver 1 (um) sistema de inteligência em saúde a partir de 2020 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Valor Ref.			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Sistema de Inteligência Desenvolvido						

Objetivo 2: Ampliar o acesso do trabalhador de saúde e do cidadão quanto a formação para promoção da saúde.

Meta 1	Ampliar em 100% o número de acessos nas plataformas digitais de promoção da saúde até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	25	25	25	25	25
Indicador	Ampliação de acessos às plataformas digitais						

Objetivo 3: Implementar estratégias de promoção e disseminação do conhecimento técnico-científico alinhadas às políticas de saúde.

Meta 1	Implantar 1(uma) Rede de Pesquisa até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Rede de pesquisa implantada						

Meta 2	Ampliar o percentual de pesquisas desenvolvidas atendendo as linhas de cuidado definidas pela atual política de saúde, passando de 10% em 2020 para 18% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	10	10	12	15	18	
Indicador	Pesquisas desenvolvidas atendendo as linhas de cuidado definidas pela atual política de saúde						

Objetivo 4: Consolidar a integração ensino-serviço comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Meta 1	Implantar a Rede Saúde Escola.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2020	-	-	-	-	1	
Indicador	Rede de Saúde Escola implantada						

Meta 2	Desenvolver Sistema de Teleducação em saúde até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2020	-	-	-	-	1	
Indicador	Sistema de Teleducação em saúde desenvolvido						

Objetivo 5: Implementar programas de formação e capacitação alinhados à política de gestão do trabalho e às demandas do sistema e dos serviços de saúde.

Meta 1	Ampliar o percentual de trabalhadores de saúde formados e capacitados para os sistemas e serviços de saúde, de 19,93% (2018) para 24,22% (2023)						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2018	19,93	20,92	21,97	23,07	24,22	
Indicador	Trabalhadores de saúde formados e capacitados nos serviços de saúde						

Meta 2	Ampliar o percentual dos profissionais de saúde que concluíram o programa de residência médica						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2018	77,97	80,30	82,70	84,30	86,00	

Indicador	Profissionais de saúde que concluíram o programa de residência médica
------------------	---

Meta 3	Ampliar o percentual dos profissionais de saúde que concluíram o programa de residência multiprofissional.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2018	75,53	100	100	100	100	
Indicador	Profissionais de saúde que concluíram o programa de residência multiprofissional						

Meta 4	Número de supervisores capacitados e beneficiados pelo programa de valorização dos supervisores dos programas de residência em saúde do Estado do Ceará						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	-	-	194,0	225,0	250,0	300,0	
Indicador	Supervisor qualificado						

4.5. Eixo Norteador: Gestão e governança do SUS com transparência e integridade.

4.5.1. Diretriz 5:

Aprimorar mecanismos e instrumentos gerenciais para a qualificação da gestão e ampliação da participação dos atores sociais na governança do SUS.

Objetivo 1: Fortalecer a rede de ouvidorias do SUS no Estado

Meta 1	Aumentar o número de ouvidorias do SUS no Estado, passando 126 em 2019 para 159 até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2019	126	0	11	11	11	
Indicador	Número de ouvidorias implantadas						

Meta 2	Qualificar as ouvidorias do SUS no Estado, com abrangência nas 5 regiões de saúde.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2019	03	02	12	12	12	
Indicador	Número de ação de capacitação realizada						

Objetivo 2: Promover a divulgação das ações, políticas públicas e serviços de saúde.

Meta 1	Realizar 100% de eventos em conformidade com as demandas das regiões de saúde e SESA, totalizando em 2.037 eventos até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2020	456	456	491	525	565	
Indicador	Número de eventos realizados.						

Objetivo 3: Promover a governança em rede integrada e regionalizada.

Meta 1	Implantar/estruturar as superintendências Regionais de Saúde, em 100% das regiões de saúde visando o fortalecimento da governança regional e a qualificação da gestão estadual do sistema de saúde no nível Regional, passando de 0(zero) em 2019 para 5(cinco) até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2018	Zero	05	05	05	05	
Indicador	Número de Superintendências implantadas/estruturadas e funcionando nas 05 (cinco) Regiões de Saúde.						

Meta 2	Implantar as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) nas 05 (cinco) Regiões de Saúde, visando a participação dos diversos atores sociais envolvidos no processo de Governança Regional.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2018	Zero	05	05	05	05	
Indicador	Total de Comissões Intergestoras Regionais (CIR) implantadas e funcionando.						

Meta 3	Garantir a participação do Estado no financiamento de todas as Unidades Consorciadas: Policlínicas (19) e Centro de Especialidades Odontológicas - CEO's (22) ampliando de 41 em 2018 para 44 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2018	41	44	44	44	44	
Indicador	Número de Unidades mantidas (Policlínicas e CEO's)						

Meta 4	Elaborar os cinco Planos Regionais de Saúde (PRS) até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número Absoluto	-	-	01	04	00	00	
Indicador	Número de PRS elaborado.						

Objetivo 4: Fortalecer a gestão de pessoas, promovendo ações de valorização de trabalhadores e trabalhadoras da SESA no âmbito do SUS.

Meta 1	Promover ações voltadas para a valorização do trabalho, através da implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários da SESA até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2020	Zero	-	-	1	-	
Indicador	Planos de cargos, carreiras e salários implantado						

Meta 2	Garantir a implantação e atualização de promoção funcional, em conformidade com o período anualmente determinado nas normas legais vigentes passando de 1(uma) em 2012 para 10(dez) até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2012	1	3	3	3	1	
Indicador	Promoção funcional anualmente implantada.						

Objetivo 5: Promover a estruturação física e tecnológica da informação e comunicação no âmbito do SUS no Estado.

Meta 1	Implementar serviços para a modernização tecnológica em 11(onze) unidades hospitalares até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2019	Zero	2	5	2	2	
Indicador	Número de unidades hospitalares com sistema implementado.						

Objetivo 6: Fortalecimento da regionalização, viabilizando através da implantação de mecanismos de gestão.

Meta 1	Implantar a Fundação Regional de Saúde – Funsauúde até 2022						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2020	-	1	1	1	-	
Indicador	Composição do repasse de capital inicial da Funsauúde						

4.5.2. Diretriz 6:

Aprimorar a participação dos atores sociais na governança dos SUS na formulação, fiscalização e monitoramento dos instrumentos e mecanismos do processo de planejamento e gestão do SUS.

Objetivo 1: Promover a participação e controle social na política pública de saúde.

Meta 1	Aumentar de 20% para 100%, conselhos de saúde em pleno funcionamento por meio das resoluções que deliberam sobre instrumentos de planejamento e gestão (planos de saúde, programações anuais de saúde e relatórios anuais de gestão), passando de 37 em 2018 para 184 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2018	20	25	50	75	100	
Indicador	Percentual dos conselhos de saúde em pleno funcionamento.						

Meta 2	Promover ações de participação e controle social por meio de eventos, passando de 80 em 2018 para 720 até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2018	80	129	108	106	297	
Indicador	Número de eventos realizados.						

Meta 3	Implantar Comissões Regionais de Saúde (CRS) do CESAU nas 05 Regiões de Saúde, com um apoio técnico designado pela Secretaria Executiva do CESAU em cada superintendência regional, visando a participação do Controle Social no processo de Governança Regional e Estadual de Saúde.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Número absoluto	2019	zero	-	3	2	-	
Indicador	Número de Comissões Regionais de Saúde implantadas						

Meta 4	Estruturação do CESAU, física e tecnologicamente até 2023						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	-	100	100	100	100	
Indicador	Compra de equipamentos físico e tecnológico						

4.5.3. Diretriz 7:

Fortalecer e contribuir com a Gestão do SUS através das ações de Auditoria.

Objetivo 1: Desenvolver e aprimorar as atividades de auditoria como ferramenta para otimização da gestão do SUS.

Meta 1	Atender até 60% das demandas externas de auditoria ao ano, passando a 80% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	60	60	60	60	80	
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 2	Auditar os serviços de oncologia do SUS na estimativa de 50%, iniciando em 2022.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	0	0	0	25	50	
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 3	Realizar auditoria dos serviços contratualizados (diretos, consórcios e Organizações Sociais – OS) estimando em 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	0	0	20	40	60	
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 4	Auditar os serviços hospitalares próprios com estimativa de 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	0	0	20	40	60	
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 5	Auditar contratos de cooperativas de profissionais de serviços de saúde numa estimativa de 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	0	0	20	40	60	
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 6	Promover cooperação técnica a 40% dos municípios em conformidade ao SNA, iniciando em 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	0	0	0	0	40	
Indicador	Percentual de municípios cooperados ao ano.						

Meta 7	Estruturar em 100% o Serviço Estadual de Auditoria até 2023.						
	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
Percentual	2020	0	10	20	60	100	
Indicador	Percentual de serviço estruturado ao ano.						

**Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos
Financeiros do Estado aos Municípios**

5. Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios

I. Identificação: Manutenção dos Hospitais de Pequeno Porte - Contrapartida

Programa- (631) Atenção à Saúde Perto do Cidadão

Iniciativa - (631.1.01) Promoção da oferta de serviços das Redes de Atenção à Saúde

II. Justificativa

O Ministério da Saúde ao realizar um diagnóstico dos hospitais no Brasil em 2004, constatou a existência de uma tendência histórica de criação de pequenos hospitais antes da reforma sanitária que desenhou o Sistema Único de Saúde - SUS. Os hospitais, sobretudo os de pequeno porte em muitos municípios é a única porta de entrada do sistema de saúde, e que a maioria destes hospitais enfrentam dificuldades com relação a sua sustentabilidade econômica, a definição de seu papel no sistema de saúde brasileiro, que para sobreviverem induzem a demanda pela oferta de leitos para cobrirem seus custos fixos, promovendo uma verdadeira queima de Autorização de Internação Hospitalar-AIH, gerando uma evidente ineficiência no SUS e que muitas das internações produzidas por esses hospitais eram inadequadas, pouco resolutivas e desnecessárias, o que geralmente leva a outra internação em hospitais de maior porte.

A experiência dos SUS mostra que a atenção básica resolutiva evitaria grande parte desses problemas, e nos remete a discussão da importância da articulação entre os três níveis de atenção. O Ministério da Saúde propõe uma estratégia que passa pela readequação dos pequenos hospitais brasileiros para que possam prover uma atenção hospitalar acessível, resolutiva e de qualidade para os usuários do SUS. Para isso propôs uma mudança na sua lógica de organização e financiamento, conferindo-lhes qualidade e resolutividade e o desafio de garantir a integralidade do cuidado. Esforços vêm sendo empregados na busca da articulação dos três níveis de atenção com ênfase na atenção básica e no primeiro nível da média complexidade.

A necessidade de apresentar uma estratégia para o enfrentamento desse problema resultou na elaboração de um projeto de readequação dos pequenos hospitais brasileiros para que possam prover uma atenção hospitalar acessível, resolutiva e de qualidade.

A Política Nacional para os hospitais de Pequeno Porte faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, com vistas a reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro.

Essa Política tem como base a adesão voluntária e um potencial de qualificar e humanizar a assistência, qualificar a gestão e a descentralização, além de elementos que fortalecerão o monitoramento, a avaliação e controle das ações e recursos empregados pelo SUS. Para tanto alguns resultados são buscados como exemplo: Estimular a organização da rede para atenção integral ao paciente; Adequar o perfil assistencial dessas unidades; Garantir ao Programa de Saúde da Família-PSF o acesso a leitos de internação nas clínicas básicas e a procedimentos de baixa complexidade; Estimular o exercício do controle social no processo de produção dos serviços de saúde; Induzir o processo de descentralização entre outros.

Os municípios aderiram a Política dos Hospitais de Pequeno Porte através de um Contrato de Metas, enviado para análise e aprovação no Ministério da Saúde, após aprovação no Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde.

III. Critérios de Seleção dos Hospitais de Pequeno Porte

Ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica;

- Estar localizado em municípios com até 30.000 habitantes;
- Possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no SCNES; e
- Estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%.

IV. Perfil Assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte

- Especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica);
- Saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas;
- Pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e
- Urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrantes do sistema regional.

V. Metas Pactuadas com os Hospitais de Pequeno Porte:

Alimentação mensal dos bancos de dados nacionais: Sistema de Informação Ambulatorial-SIA e Sistema de Informação Hospitalar-SIH.

VI. Fonte de Financiamento

Os recursos necessários a cobertura do impacto financeiro da proposta serão divididos igualmente entre Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, conforme portaria GM/MS nº 1044, de 1º de junho de 2004.

VII. Critérios de Distribuição dos Recursos

Os recursos são definidos a partir da necessidade de internação da população e o número de leitos, conforme Portaria GM nº 287, de 28 de junho de 2004, sendo definido o valor de R\$ 1.473,00/leito/mês.

Os hospitais com adesão a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte não poderão ter limite financeiro inferior ao valor de R\$ 10.000,00/mês.

VIII. Cronograma de Repasse dos Recursos do Fundo Estadual

Tabela 8: Cronograma de repasse os recursos do fundo estadual

Nº de Ordem	Município	Hospital	Valor Mês (R\$)	Valor Anual (R\$)
1	Aiuaba	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio	4.294,37	51.532,44
2	Apuiaries	Hospital São Sebastião	7.166,70	86.000,40
3	General Sampaio	Hospital Maternidade Julia Jorge	5.000,00	60.000,00
4	Aratuba	Hospital Padre Dionisio	4.738,54	56.862,48
5	Banabuiu	Hospital Senador Carlos Jereissate	4.127,52	49.530,24
6	Barro	Hospital Municipal Santo Antônio.	8.666,57	103.998,84
7	Barroquinha	Unidade Mista de Saúde de Barroquinha.	9.031,58	108.378,96
8	Capistrano	Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré.	8.222,67	98.672,04
9	Caridade	Unidade Mista Caridade	7.639,66	91.675,92
10	Caririaçu	Hospital Geraldo L. Botelho	8.515,10	102.181,20
11	Carnaubal	Unidade Mista Nossa Senhora Auxiliadora	4.044,81	48.537,72
12	Catarina	Unidade Mista de Saúde de Catarina	7.586,29	91.035,48
13	Catunda	Hospital Geral de Catunda	980,30	11.763,60

Nº de Ordem	Município	Hospital	Valor Mês (R\$)	Valor Anual (R\$)
14	Choro	Hospital Maternidade Pe. Bezerra Filho	2.433,00	29.196,00
15	Chorozinho	Unidade Mista de Saúde de Chorozinho	7.900,26	94.803,12
16	Coreau	Hospital Fernandes Teles Camilo	6.183,88	74.206,56
17	Dep.Irapuan Pinheiro	Hospital Municipal São Bernardo	1.639,54	19.674,48
18	Ererê	Unidade Mista de Saúde de Ererê	3.382,25	40.587,00
19	Fortim	Unidade Mista de Saúde Dr. Waldemar Alcântara	5.741,72	68.900,64
20	Frecheirinha	Hospital Maternidade Menino Jesus Praga	2.336,04	28.032,48
21	Granjeiro	Hospital Municipal Dr. José S. de Macedo	5.000,00	60.000,00
22	Groaíras	Hospital Maternidade Joaquim Guimarães	1.803,00	21.636,00
23	Guaiuba	Hospital Municipal Dom Aluizio Lordcheider	9.282,52	111.390,24
24	Guaramiranga	Unidade Mista de Guaramiranga	2.744,72	32.936,64
25	Hidrolândia	Hospital Maternidade Dr. Luiz G. Fonseca Mota	1.886,38	22.636,56
26	Salitre	Hospital Municipal Antônio Cavalcante	3.264,13	39.169,56
27	Icapuí	Unidade Mista de Saúde Maria Idalina R. Medeiros	8.418,89	101.026,68
28	Irauçuba	Unidade Mista de Saúde de Irauçuba	3.902,26	46.827,12
29	Itaiçaba	Unidade Mista de Saúde Josefa Maria Conceição.	2.400,67	28.808,04

Nº de Ordem	Município	Hospital	Valor Mês (R\$)	Valor Anual (R\$)
30	Itapiúna	Hospital Maternidade Prof. Waldemar de Alcântara.	3.121,31	37.455,72
31	Quixeré	Hospital Municipal Joaquim Manoel Oliveira.	5.110,71	61.328,52
32	Reriutaba	Hospital Municipal Rita do Vale Rego.	4.833,63	58.003,56
33	São Luiz do Curu	Hospital Municipal Antônio R. da Silva	3.622,76	43.473,12
34	Solonópole	Hospital Maternidade N. Suely Pinheiro.	1.819,79	21.837,48
35	Tejuçuoca	Unidade Mista de Saúde Roque Silva Mota.	4.532,98	54.395,76
36	Tururu	Unidade Mista de Saúde de Tururu.	4.526,64	54.319,68
37	Umari	Unidade Mista de Saúde de Umari.	1.917,37	23.008,44
38	Umirim	Unidade de Obstetrícia	6.271,60	75.259,20
39	Uruburetama	Hospital Municipal Antônio Nery Filho	2.353,48	28.241,76
40	Uruoca	Unidade Mista de Saúde de Uruoca	2.482,91	29.794,92
41	Varjota	Unidade de Obstetrícia de Varjota	4.701,04	56.412,48
42	Ocara	Unidade Mista de Saúde Francisco Raimundo Marcos	10.704,89	128.458,68
43	Pindoretama	Hospital Centro de Parto Normal	6.056,71	72.680,52
44	Paraipaba	Hospital Municipal de Paraipaba	10.359,43	124.313,16
45	Barreira	Sociedade Beneficente de Barreira	5.143,93	61.727,16
46	Palmácia	Hospital Virginia Rodrigues	881,53	10.578,36
47	Mulungu	Hospital Maternidade Waldemar de Alcântara	3.651,56	43.818,72
48	Madalena	Hospital Maternidade Mãe Totonha	3.484,91	41.818,92
49	Paramoti	Hospital Municipal Aramis Paiva	3.113,61	37.363,32
50	Jaguaretama	Hospital Maternidade Adolfo B. Menezes	3.663,61	43.963,32
51	Palhano	Hospital Maternidade Maria Tereza Matos	3.563,26	42.759,12
52	Potiretama	Unidade Mista Raimundo Paiva Diogenes	5.000,00	60.000,00
53	Meruoca	Hospital Chagas Barreto	3.587,76	43.053,12

Nº de Ordem	Município	Hospital	Valor Mês (R\$)	Valor Anual (R\$)
54	Moraújo	Unidade Mista de Saúde de Moraújo	2.408,36	28.900,32
55	Morrinhos	Unidade Mista de Morrinhos	7.665,54	91.986,48
56	Independência	Hospital Coronel João Nunes Coutinho	9.916,20	118.994,40
57	Piquet Carneiro	Unidade Mista de Saúde de Piquet Carneiro	2.876,24	34.514,88
58	Penaforte	Unidade Mista de Saúde João Muniz	5.000,00	60.000,00
59	Porteiras	Unidade Mista de Saúde de Porteiras	4.673,58	56.082,96
60	Nova Olinda	Unidade Mista de Saúde Ana Alencar Alves	3.227,68	38.732,16
61	Milhã	Unidade Mista João Leopoldo P. Landim	3.647,90	43.774,80
62	Ibaretama	Hospital Municipal Antônio Cavalcante	2.789,35	33.472,20
63	Martinópole	Hospital Imaculada Conceição	4.695,18	56.342,16
TOTAL GERAL			299.738,82	3.596.865,84

IX. Monitoramento e Controle

O monitoramento e avaliação de desempenho destes hospitais, serão baseados no acompanhamento dos indicadores acordados e informados por meio dos Sistemas de Informações Nacionais (SIH e SIA) e de relatórios quadrimestrais de atividades desenvolvidas.

Identificação: Programa Nascer no Ceará

- **Síntese do Projeto**

A morbimortalidade materna e perinatal está vinculada a causas preveníveis como o desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O projeto Nascer no Ceará objetiva reduzir a morbimortalidade materna e perinatal no estado do Ceará fortalecendo o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS e qualificando à assistência na linha de cuidado materno infantil através da implementação de protocolos, qualificação de profissionais ,qualificação dos pontos de atenção e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção nas 5 (cinco) Regiões.

- **Justificativa - 2ª Fase Nascer no Ceará**

Considerando Portaria MS 4279/2010 em seu anexo, temos que: Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e que o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica; Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço; para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos;

Considerando ainda a Portaria citada acima, temos que: A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados neste território. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso. Níveis de Atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS. Estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

Diante disto e considerando os princípios do SUS de regionalização e hierarquização, de modo que um município seja autossuficiente em sua Atenção Primária a Saúde, uma determinada região de saúde, que venha a abranger pequeno número de municípios, seja autossuficiente em atenção secundária, tanto em urgência e emergência como em atenção eletiva, e que uma Região seja autossuficiente em atenção terciária, traz-se proposta de reestruturação da Rede de Atenção Hospitalar Materno Infantil.

O Programa Nascer no Ceará propõe a reorganização da inserção dos pontos de atenção hospitalar na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, a partir das diretrizes acima descritas, com

o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado. A assistência hospitalar no estado no âmbito do SUS será organizada a partir das necessidades da população, por Região saúde, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseados na ambiência adequada e segura, em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização da linha de cuidado e na vinculação e regulação do acesso.

O foco desta iniciativa é o aprimoramento da organização das redes para um melhor atendimento aos usuários do SUS.

Os principais pontos abordados pela 2ª fase do programa, contemplam:

- O hospital como um ponto de atenção da RAS atuando de forma articulada, qualificado e seguro;
- Avaliação, seleção e readequação dos pontos de atenção hospitalar para integrarem a rede materno infantil;
- Capacitação e qualificação dos profissionais das maternidades selecionadas;
- Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração nas maternidades de referência de alto risco no pós-parto e abortamento.

A estimativa de gestantes no estado do Ceará para o ano 2018 é de 133.728 gestantes, das quais 85% de risco habitual e 15% alto risco. Ressalta-se que 87% do total de gestantes do estado são dependentes do SUS(SINASC/ANS).

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

MATERNIDADES E PARTOS NO CEARÁ 2018

- ✓ Total de maternidades - 177
- ✓ Total de partos - 108.429

PARTOS/ANO	Nº PARTOS/ANO	HOSPITAIS	% HOSP.	% PARTOS
ATE 100	2.942	95	54,0	2,71
100 - 200	1.730	13	7,3	1,60
200 - 300	1.860	8	4,5	1,71
>300	101.897	61	34,4	94,0

Fonte: Datasus/SESA/NUIAS, Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Informação sobre nascidos vivos - SINASC.
*Nota: Dados de 2018/SESA, sujeitos a alteração.

Em relação os desfechos, observa-se que quanto menor o número de partos e nascimentos assistidos, mais riscos de resultados adversos existem.

MATERNIDADES E PARTOS NO CEARÁ 2018

- ✓ Total de maternidades - 177
- ✓ Total de partos - 108.429
- ✓ Óbitos maternos - 85
- ✓ Óbitos fetais - 1534
- ✓ Óbitos neo precoce - 880

PARTOS/ANO	Nº PARTOS/ANO	MORTES MATERNAS (municípios)	%	RMM por Nº de Partos/Ano x municípios	ÓBITOS FETAIS (municípioS)	ÓBITOS NEO PRECOCE (municípios)
<100	2.942	28	33	951	452	250
100 - 200	1.730	3	3,5	173	37	20
200 - 300	1.860	2	2,4	107	89	49
>300	101.897	52	61,1	51	956	561
TOTAL	108.429	85			1534	880

Fonte: Datasus/SESA/NUIAS, Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Informação sobre nascidos vivos - SINASC.
*Nota: Dados de 2018/SESA, sujeitos a alteração.

Diante desta análise situacional, o Programa Nascer no Ceará, na sua segunda fase de implementação, se propõe a redefinir, usando critérios claros, com instrumentos construídos a partir das evidências científicas, com metodologia adequada e validada, os pontos de atenção ao parto e

nascimento (risco habitual e alto risco) seguido da adequação, capacitação e qualificação da ambiência e profissionais.

- **Beneficiários Diretos do Projeto**

Tabela 9: Beneficiários direto do projeto

Gestantes de Alto Risco	20.059
Gestantes de Risco habitual	113.669
Sub total 1: Gestantes	133.728
Recém-nascidos de Alto Risco	4858
Sub total 2: Recém-nascidos	4.858
Total	138.586

- **Objetivos**

Objetivo Geral

Reestruturar a Rede de Atenção Hospitalar Materno-Infantil do Estado do Ceará para a redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal.

Objetivos Específicos

- Realizar diagnóstico situacional das maternidades de referência para o alto risco usando o marco teórico de avaliação de serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados.
- Realizar diagnóstico situacional das Maternidades com mais de 300 partos/ano usando o marco teórico de avaliação de serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados.
- Capacitar e Qualificar as Maternidades de Referência para Alto Risco utilizando as guias de conduta do Nascer no Ceará.

- Selecionar, capacitar e qualificar 22 maternidades, uma por regional de saúde, para referência à assistência ao parto de gestantes de risco habitual de cada região.
- Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e as 22 Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos selecionadas que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise.
- Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) Regiões.

- **Atividades**

Atividades do Objetivo 1

- Elaborar e validar instrumento de avaliação das Maternidades de Referência de Alto Risco
- Realizar visitas in loco para avaliação das Estruturas, Processos e Resultados das Maternidades de Referência para Alto Risco
- Elaborar e validar relatório de Análise para subsidiar a tomada de decisão sobre quais Maternidades de Referência para Alto Risco necessitam de investimentos para qualificação na assistência.

Atividades do Objetivo 2

- Elaborar e validar instrumento de avaliação das Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos;
- Realizar visitas in loco para avaliação das Estruturas, Processos e Resultados das 61 Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos;
- Selecionar 1(uma) Maternidade de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos para cada Região de Saúde segundos os critérios preestabelecidos no instrumento de avaliação;
- Elaborar e validar relatório de análise para subsidiar a tomada de decisão sobre quais Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/ano necessitam de investimentos para qualificação na assistência.

Atividades do Objetivo 3

- Realizar 1 Oficina de devolutiva para a gestão e profissionais de cada Maternidades de Referência de Alto Risco;
- Realizar 1 Oficina de qualificação para os profissionais de cada Maternidades de Referência de Alto Risco nas Guias do Nascer no Ceará;
- Implantar carrinhos de intervenção para emergências obstétricas de hemorragia e hipertensão nas Maternidades de Referência de Alto Risco

Atividades do Objetivo 4

- Realizar 1 Oficina de devolutiva por maternidade para a gestão e profissionais das Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos selecionadas;
- Realizar 1 Oficina de qualificação por maternidade para os profissionais das Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos selecionadas, nas Guias do Nascer no Ceará.

Atividades do Objetivo 5

- Elaborar e executar projeto de requalificação (Infraestrutura física e equipamento) de cada maternidade que apresente inconformidades segundo critérios normativos.

Atividades do Objetivo 6

- Capacitar e qualificar os profissionais das maternidades de referência para alto risco na inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento;
- Ofertar os contraceptivos de longa duração para as maternidades de referência para alto risco.

Resultados Esperados

- 100% das Maternidades de referência para Alto Risco avaliadas.
- 100% das Maternidades com mais de 300 partos/ano avaliadas.
- 100% (10) das Maternidades de Referência para Alto Risco Capacitadas e Qualificadas nas guias de conduta do Nascer no Ceará.

- 100% das 22 maternidades capacitadas e qualificadas no que diz respeito à Estrutura, Processos e Resultados.
- 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e 22 Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos Requalificadas (Infraestrutura física e equipamento).
- 100% das Maternidades de referência para Alto Risco com inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento.
- Referências Normativas

I. Identificação: Unidades de Pronto Atendimento - UPAS

Tabela 10: Identificação: UPAs

PROGRAMA	(631) Atenção à Saúde Perto do Cidadão
INICIATIVA	(631.1.01) Promoção da oferta de serviços das Redes de Atenção à Saúde
PRIORIDADE DO PROJETO	Estratégico de Governo
ÓRGÃO/ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO PROJETO	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará- SESA /Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

II. Justificativa

O Governo do Estado, através da Secretaria da Saúde, assume a responsabilidade de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito do Estado, em cumprimento o que determina a Constituição Federal /1988, de financiamento tripartite das ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde/1990 e a Lei Complementar Nº 141/2012 normatizam esta responsabilidade e dentre as várias determinações, estabelece a obrigatoriedade da transferência fundo a fundo. “Os recursos do Tesouro do Estado alocados no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES, 2020, são destinados em parte para o auxílio financeiro aos municípios, com a finalidade de assegurar o funcionamento da Atenção.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgências hospitalares; onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. O objetivo das Unidades de Pronto Atendimento é diminuir as filas nos prontos socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAS, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências clínicas de adultos e crianças, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Atendimento Móvel de Urgência - SAMU que conforme o quadro clínico tanto pode trazer pessoas para as UPA, como removê-las para hospitais e assim organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

As UPAs podem ser de três portes, I, II e III, conforme a população a ser coberta. Conforme o porte varia o número de médicos, respectivamente 2, 4 e 6 e, portanto o número de consultórios e de leitos de observação. Assim também variam o número de enfermeiros, auxiliares e demais profissionais, além da área física e obviamente o custo de funcionamento de cada unidade conforme seu porte.

Tabela 11: upas por porte: III, II E I

UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24H	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7H ÀS 19H	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS 19H ÀS 7H	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	Até 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	Até 300 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	Até 450 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

III. Perfil Assistencial.

As Unidades de Pronto Atendimento são unidades ambulatoriais voltadas para o atendimento de urgências clínicas de adultos e crianças conforme quadro abaixo.

Tabela 12: UPAs perfil assistencial

UPA	PERFIL ASSISTENCIAL
Porte I	Clínica Médica e Pediatria
Porte II	Clínica Médica e Pediatria
Porte III	Clínica Médica, Pediatria e Odontologia.

As UPAs são dotadas de leitos para observação de adultos e crianças, além de exames de laboratório, radiografia simples e eletrocardiograma. Todos estes serviços estão disponíveis 24 horas ao dia, sete dias na semana, possuem no mínimo dois leitos voltados para a reanimação e estabilização de pacientes graves enquanto aguardam transferência para hospitais.

Portanto, hierarquicamente, as UPAs situam-se entre os centros de saúde e os hospitais.

IV. Metas Pactuadas

- Gerenciar a Unidade, garantindo as diretrizes preconizadas na Portaria Ministerial nº 342 de 04 de março de 2013;
- Garantir o funcionamento 24 horas, dos serviços clínicos médicos descritas no quadro assistencial, incluídos feriados e pontos facultativos, possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;
- Atender as pessoas dentro do tempo determinado conforme protocolo de classificação de risco adotado;
- Informar a Central de Regulação as transferências realizadas
- Garantir insumos, material médico-hospitalar e medicamento necessários para o bom funcionamento da Unidade, a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e da Unidade.

V. Fonte De Financiamento e Modalidade de Repasse dos Recursos

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Capítulo II – Do financiamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Seção IV do Financiamento de Custeio de Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA 24H) como Componente da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando o Art. 887 da citada Portaria que especifica que a complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal da UPA 24hs é de responsabilidade conjunta dos estados e dos municípios beneficiados, em conformidade com a pactuação estabelecida na CIB, quando das definições da sua implantação;

Esta Proposta será financiada através dos Recursos Próprios do Tesouro do Estado vinculados a saúde por determinação da Lei Complementar Nº 141/2012. Serão destinados recursos de Custeio em 2020 no valor total de R\$ 72.217.274,76 (setenta dois milhões , duzentos e dezessete mil, duzentos e setenta e quatro reais e setenta seis centavos). Os recursos serão repassados na modalidade de transferência fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES para os Fundos Municipais de Saúde – FMS. Este repasse está condicionado à comprovação do funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde¹, conforme Artigo 22 da Lei Complementar Nº141/2012.

VI – Cronograma De Repasse Dos Recursos

1. Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza, conforme quadro descrito abaixo:

Tabela 13: Fundo Municipal de Saúde

UPA	GESTÃO	PORTE	OPÇÃO CUSTEIO	VALOR CUSTEIO MENSAL	VALOR CUSTEIO ANUAL
Jangurussu	ISGH	III	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
Cristo Redentor	ISGH	III	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
Itaperi	ISGH	III	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
Vila Velha	Fundação Leandro Bezerra	III	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
Bom Jardim	Fundação Leandro Bezerra	III	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
Edson Queiroz	Fundação Leandro Bezerra	III	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
TOTAL				R\$ 1.500.000,00	R\$ 18.000.000,00

2. Fundos Municipais de Saúde dos Municípios, UPA proponente Municipal, conforme quadro descrito abaixo:

Tabela 14: Fundo Municipal de Saúde

UPA	GESTÃO	PORTE	OPÇÃO DE CUSTEIO	VALOR CUSTEIO MENSAL*	VALOR CUSTEIO ANUAL*
Caucaia (jurema)	Fundação Leandro Bezerra	II	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
Maracanaú (pajuçara)	Pro vida	II	VIII	R\$ 250.000,00	R\$ 3.000.000,00
Boa Viagem*	-	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Quixeramobim	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00

UPA	GESTÃO	PORTE	OPÇÃO DE CUSTEIO	VALOR CUSTEIO MENSAL*	VALOR CUSTEIO ANUAL*
Morada Nova	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Limoeiro do Norte	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Jaguaribe	Fundação Leandro Bezerra	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Sobral	Fundação Leandro Bezerra	II	V	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
Acaraú	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Tianguá	Em Construção	II	V	R\$ 150.000,00	R\$ 1.800.000,00
Camocim	Município	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Granja	Município	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Icó	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Acopiara	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Crato*	-	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Juazeiro do Norte*	-	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Barbalha*	-	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Cascavel	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
Pacatuba	Em Construção	I	III	R\$ 85.000,00	R\$ 1.020.000,00
TOTAL				R\$ 2.075.000,00	R\$ 24.900.000,00

* Municípios que aderiram a Portaria nº 3.583/2018 que estabelece os procedimentos para execução do disposto no artigo 2º do Decreto nº 9.380/2018, que trata da readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recurso repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, já pactuados em Comissão Intergestora Bipartite – CIB; (Resolução CIB CE nº 68/2019 – Barbalha, Resolução CIB CE nº 69/2019 – Boa Viagem, Resolução CIB CE nº 70/2019 – Crato e Resolução CIB CE nº 80/2019 – Juazeiro do Norte)

3. Fundos Municipais de Saúde dos Municípios, UPA proponente Estadual, conforme quadro descrito abaixo:

Tabela 15: Fundo Municipal de Saúde

UPA	GESTÃO	PORTE	OPÇÃO DE CUSTEIO	VALOR MENSAL/R\$	VALOR ANUAL/R\$
Iguatu	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Russas	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Cratús	Sociedade Beneficente São Camilo	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Canindé	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
São Benedito	Instituto de Estudo e Pesquisa Humana	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Aracoiaba	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
*Pentecoste	Município	Porte I	III	92.727,27	1.112.727,24
Quixadá	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Aracati	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
*São Gonçalo do Amarante	Fundação Leandro Bezerra	Porte II	V	237.378,96	2.848.547,52

UPA	GESTÃO	PORTE	OPÇÃO DE CUSTEIO	VALOR MENSAL/R\$	VALOR ANUAL/RS
Horizonte	Município	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00
Maranguape	Município	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00
Eusébio	IPGM	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00
Itapipoca	Município	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00
Caucaia	Fundação Leandro Bezerra	Porte III	VIII	250.000,00	3.000.000,00
Juazeiro do Norte	IMEGI	Porte III	VIII	250.000,00	3.000.000,00
TOTAL				2.110.106,23	25.321.274,76

* Valores diferenciados baseados em pactuações entre o Governo do Estado do Ceará através da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e as Prefeituras Municipais.

Tabela 16: Fundo Municipal de Saúde

UPA	GESTÃO	PORTE	OPÇÃO DE CUSTEIO	VALOR MENSAL/ESTADO	VALOR ANUAL/ESTADO
Tauá	Consórcio	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Jijoca de Jericoacoara*	Município	Porte I	III	170.000,00	2.040.000,00
TOTAL		255.000,00	3.060.000,00	340.000,00	4.080.000,00

* Os valores de transferência regular e automática de recursos do Tesouro do Estado para a UPA de Jijoca de Jericoacoara está vinculado a pactuação entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e a Prefeitura de Jijoca, onde ficou definido que o Estado repassará sua contrapartida estadual e por tempo indeterminado as parcelas de contrapartida municipal e repassará a contrapartida federal que são depositadas no Fundo Estadual de Saúde do Ceará, conforme a Portaria nº 2.280 de 08 de setembro de 2017, que qualifica a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e estabelece recursos a serem destinados ao Fundo Estadual de Saúde do Ceará, sem ônus algum.

4. Fundo Municipal de Saúde de Baturité, conforme quadro descrito abaixo:

Tabela 17: Fundo Municipal de Saúde

MUNICÍPIO	GESTÃO	UNIDADE	VALOR MENSAL/ESTADO	VALOR ANUAL/ESTADO
Baturité	Município	UMPA	R\$ 78.000,00	R\$ 936.000,00

VII. Monitoramento e Controle

As Secretarias Municipais de Saúde deverão encaminhar às Superintendências Regionais e a Célula de Atenção a Rede de Urgência e Emergência /Coordenadoria de Atenção à Saúde da SESA, Relatório Gerencial Quadrimestral.

Identificação: Política Estadual de Incentivo Hospitalar (Prorrogada para 2020)

1. Apresentação

A presente proposta **Política Estadual de Incentivo Hospitalar** visa atender a uma demanda prioritária do Sistema de Saúde do Estado do Ceará, que é a reorganização da Atenção Hospitalar no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

A responsabilidade pela condução desse processo é da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*¹ da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas, articular e operacionalizar a gestão de políticas consideradas estratégicas, além de implementar a contínua avaliação, visando o aprimoramento sistemático.

O processo de elaboração desta proposta transcorreu no período de 2016-2017. Inicialmente cada área técnica da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*, diretamente envolvida com o assunto objeto da política, efetuou levantamento de dados e informações pertinentes, com apoio da equipe da Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle (CORAC), cuja coleta e sistematização de subsídios básicos, serviu de base para estruturação deste documento inicial e possibilitar, desta forma, discussões em diferentes instâncias.

A proposta foi discutida e aprovada na Comissão Intergestora Bipartite - CIB/CE, sob a Resolução nº 179/2017-CIB/CE e segue para análise e aprovação junto ao Conselho Estadual de Saúde (CESAU), conforme se estabelece na Lei complementar 141/2012.

Fundamentação Legal:

Essa proposta atende aos princípios e diretrizes constitucionais e diversos instrumentos legalmente estabelecidos.

- Portaria nº 4.279/GM/MS/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011- Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- Portaria Nº 2.351, de 5 de outubro de 2011- Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de ju-

1

*Nomenclatura alterada conforme Decreto Nº 33.381, de 03 de dezembro de 2019 – Estrutura organizacional da SESA.

nho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

- Portaria 3.390/2013 - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
- Portaria 3.410/2013 - Estabelece as novas diretrizes para Contratualização dos hospitais no âmbito do SUS, em conformidade com a PNHOSP;
- RDC ANVISA, Nº 36/2013, segurança do paciente em serviços de saúde;
- Portaria Nº 529/2013 Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Portaria 483/2014, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

2. Identificação

PROGRAMA - (057) Atenção à Saúde Integral e de Qualidade

INICIATIVA - (057.1.24) Manutenção da oferta de serviço hospitalar especializado

3. Justificativa

A Política Estadual de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde tem como objetivo garantir o acesso da população a serviços especializados de qualidade nos municípios que integram as 22(vinte e duas) Regiões de Saúde do Estado. Dentre as várias estratégias estabelecidas para o alcance deste objetivo, destaca-se o auxílio financeiro aos Hospitais, através de recursos do Tesouro do Estado, destinados ao custeio dos serviços de internação e de apoio diagnóstico e terapêutico classificados como hospitais de referência regional pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR - 2014 do Estado para atendimento à população referenciada.

Esta Política fortalece e aprimora o Sistema Único de Saúde - SUS, dado que a mesma assegura a população residente no Interior o acesso em tempo oportuno aos serviços especializados localizados nos municípios das diversas Regiões de Saúde do Estado.

Os hospitais regionais prestam serviços classificados nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, compostos por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência depende da disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Estes hospitais assumem papel relevante na estruturação das Redes de Atenção: Materno Infantil - Rede Cegonha, das Urgências e Emergências, Psicossocial, de Cuidados à Pessoa com Deficiência, das Pessoas com Condições Crônicas, que encontram-se em fase de im-

plantação no Estado.

4. Atenção Hospitalar no Estado do Ceará

Ao longo de décadas, o que se observa é o modelo hospitalar isolado, voltado para si mesmo, desarticulado das Políticas de Saúde, da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos demais níveis de atenção. Por outro lado, a condução da Atenção Hospitalar no Estado, por meio da Secretaria da Saúde, que poderia intervir positivamente com iniciativas de mudanças, também é fragmentada, com atuação desarticulada em diversas áreas técnicas, bem como nas áreas de apoio e logística de suporte: assistência farmacêutica, sistema de informação, avaliação de incorporação de tecnologias em saúde, normatização.

É necessário uma política de Atenção Hospitalar que possibilite mudança no modelo de atenção, com maior eficiência na gestão, na racionalidade e transparência nos gastos, informações integradas, mecanismos de controle e avaliação e o fortalecimento conjunto de outras políticas de saúde em paralelo, que promovam a redução da hospitalização através, por exemplo, do Fortalecimento da Atenção Primária, com ênfase, ao cuidado às condições crônicas (controle hipertensão e diabetes), Política de Prevenção e Promoção à Saúde, Atenção Domiciliar/ deshospitalização, entre outras.

É preciso que os serviços de saúde sejam mais eficientes. Não se perpetue o modelo de atenção com a oferta de serviços inexistentes, ou quando existentes, não atendem as necessidades da população. Há quantidade insuficiente e de baixa resolutividade, pulverizando-se cada vez mais os recursos da saúde, que devem ser melhor utilizados em benefício da população, não comprometendo a eficiência e a qualidade da atenção à saúde.

Desta forma, com o objetivo de melhorar o contexto do cenário hospitalar atual é que se propõe uma nova **Política Estadual de Incentivo Hospitalar**.

5. Objetivos da Política

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar tem como objetivos:

5.1 Geral

- Cofinanciar a prestação de serviços prestados pelos hospitais que integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para melhorar sua eficiência e resultados sanitários.

5.2 Específicos

- Inserir os hospitais como um ponto da Rede de Atenção à Saúde, organizado em linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade.
- Ter acesso regulado em 100% dos serviços de saúde com adoção de fluxos de referência e contra-referência;
- Adotar protocolos operacionais padrão, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
- Descentralizar os serviços de maior complexidade para as Regiões de Saúde.
- Garantir uma estrutura mínima que assegure uma intervenção de qualidade.

6. Diretrizes

I- Reorganização da atenção hospitalar

- Garantir o atendimento aos usuários, a partir das necessidades regionais identificadas e acesso regulado;
- Inserir os hospitais nas Redes de Atenção: **à Saúde Materno infantil, Urgência e Emergência, Psicossocial, Cuidados à Pessoa com Deficiência e as Pessoas com Condições Crônicas;**
- Reclassificar os hospitais (**Referência Regional**).

II- Contratualização

Contribuir através de apoio técnico com os gestores municipais, para efetivação do processo de contratualização com representante legal do hospital, estabelecendo acordo para o cumprimento dos compromissos assumidos.

Contrato: instrumento formal de pactuação entre os gestores e prestadores dos serviços de saúde, que devem assegurar as normas estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar.

7. Obrigações e Responsabilidades

7.1 Compete a Secretaria da Saúde do Estado:

- Desenvolver ações que garantam a implementação e execução da política.
- Divulgar, acompanhar e monitorar a política de incentivo hospitalar.
- Elaborar instrumentos de orientações para dar suporte a implementação, monitoramento e avaliação da Política.
- Elaborar protocolos clínicos, técnico assistenciais, para integrar e apoiar as diversas ações de saúde desenvolvidas na rede de atenção à saúde.
- Realizar inspeções técnicas e auditorias, quando necessário.
- Disponibilizar informações e apoio técnico aos serviços de saúde.
- Contribuir através de apoio técnico com os gestores municipais, para efetivação do processo de contratualização com representante legal do hospital, estabelecendo acordo para o cumprimento dos compromissos assumidos.

7.2 Compete a Secretaria da Saúde do Município:

- Realizar a contratualização com o prestado de serviço (Hospital)
- Repassar ao HOSPITAL, através do Fundo Municipal de Saúde, os recursos financeiros recebidos do Tesouro do Estado do Ceará, através do Fundo Estadual de Saúde, **até o 5º dia útil após o recebimento.**
 - Receber do HOSPITAL, o Relatório Quadrimestral dos Recursos Financeiros repassados, avaliar, emitir parecer e encaminhar a Coordenadoria Regional de Saúde - CRES da sua Região, que vai avaliar, emitir parecer e encaminhar a Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*²
 - Regular o acesso dos usuários da Região de Saúde para os serviços hospitalares através da Central de Regulação.

*Nomenclaturara alterada conforme Decreto Nº 33.381, de 03 de dezembro de 2019 – Estrutura organizacional da SESA.

7.3 Responsabilidades dos Hospitais

1. Assistência à saúde

Os hospitais na assistência à saúde desempenham as funções de centros de referência de média e alta complexidade, para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e deverá:

- Ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, de acordo com a classificação do hospital;

²*Nomenclaturara alterada conforme Decreto Nº 33.381, de 03 de dezembro de 2019 – Estrutura organizacional da SESA.

- Garantir acesso regulado, mantendo as referências e contra-referências de acordo com os fluxos estabelecidos;
- Garantir acessibilidade a pessoas com deficiência, de acordo com a legislação vigente e NBR 9050 – 2015 – Norma Acessibilidade;
- Implantar Núcleo de Segurança do Paciente;
- Manter o serviço de urgência e emergência em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, ininterruptamente;
- Utilizar diretrizes e protocolos clínicos validados pela SESA;
- Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas.

2. Gestão Hospitalar

- Garantir o cumprimento dos compromissos assumidos;
- Dispor de estrutura física adequada ao nível de classificação e recursos humano suficiente para a execução dos serviços, de acordo com os parâmetros estabelecidos na legislação;
- Assegurar a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
- Divulgar em local visível e de fácil acesso à composição das equipes do hospital aos usuários;
- Alimentar os sistemas de informação, notificações compulsórias, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
- Registrar a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas.

3. Acompanhamento e avaliação

- Avaliar a resolubilidade das clínicas habilitadas;
- Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

8. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Os hospitais poderão ser classificados como Hospitais de áreas descentralizadas ou Hospital Regional. O Hospital Regional deverá dispor no mínimo de 50 (cinquenta) leitos, podendo

habilitar até 02 (duas) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica); e o Hospital Regional dispor acima de 50 (cinquenta) leitos, podendo habilitar até 05 (cinco) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica).

9. Critérios de Adesão

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar tem como base o elenco existente de Hospitais da Política dos Hospitais Polo e Estratégicos do Ceará, além de:

- Garantir funcionamento das clínicas habilitadas ininterruptamente;
- Regular através da Central de Regulação do SUS-CRESUS 100% das transferências;
- Garantir a assistência dos pacientes contra-referenciados de hospitais de maior complexidade para a sua respectiva região de saúde;
- Apresentar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde, aprovado pela Vigilância Sanitária da SESA;
- Garantir o serviço de SADT mínimo: Laboratório de Patologia Clínica, Raio X, Ultrassonografia, e Eletrocardiograma;
- Apresentar alvará sanitário em vigência;
- Manter em funcionamento a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Para inclusão na Política como Hospital de área descentralizada dispor no mínimo de 50 leitos, podendo habilitar até 02 (duas) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica);
- Para inclusão na Política como Hospital regional dispor acima de 50 leitos, podendo habilitar até 05 (cinco) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica).

10. Financiamento

O Governo do Estado, por meio da Secretaria da Saúde, assume a responsabilidade de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado, em cumprimento o que determina a Constituição Federal /1988, de financiamento tripartite das ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde/1990 e a Lei Complementar Nº 141/2012 normatizam esta responsabilidade e dentre as várias determinações, estabelece a obrigatoriedade da transferência fundo a fundo. Os recursos do Tesouro do Estado alocados no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), são destinados em parte para o auxílio financeiro aos municípios, com a finalidade de assegurar o funcionamento de hospitais que atuam de modo estratégico na organização do Sistema Municipal e ou

nas Redes de Atenção à Saúde, em especial a Rede Materno-Infantil e a Rede das Urgências.

Os recursos do Tesouro do Estado destinados à manutenção da Política Estadual de Incentivo Hospitalar, estão previstos no Plano Plurianual 2016-2019 e são operacionalizados por meio dos Orçamentos aprovados para cada ano deste período. Estes recursos, segundo o que estabelece o Art.20 da Lei Complementar Nº 141/2012, deverão ser repassados de forma regular e automática do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS).

O Estado do Ceará, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), é dividido em 05 (cinco) Regiões de Saúde (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe) que abrangem 22 Regiões de Saúde. Este formato propicia o processo de planejamento em saúde e a operacionalização do SUS, conforme pactuado na Resolução nº 125/2014 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovado pela Resolução nº 33/2014 do Conselho Estadual de Saúde (CESAU).

10.1. Incentivos Financeiros de Custeio

A política de incentivos financeiros permanecerá com os mesmos valores para os hospitais que atualmente recebem incentivos autorizados pelo Conselho Estadual de Saúde - CESAU, através da Resolução Nº 36 e Resolução Nº 37, datadas de 12 de junho de 2017.

Os valores para os que irão aderir à política:

Classificação por Porte

Tabela 18: Incentivos financeiros de custeio - Classificação por porte

HOSPITAL	VALOR POR CLÍNICA	LEITOS	N. MÁXIMO DE CLÍNICAS
ÁREA DESCENTRALIZADA	R\$ 60.000,00	Mínimo 50 leitos	02 (duas) (mínimo de 20 leitos por clínica)
REGIONAL	R\$ 90.000,00	Acima de 50 leitos	05 (cinco) (mínimo de 20 leitos por clínica)

No caso do Hospital dispor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica e ou Neonatal, poderá receber o valor adicional mensal de R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) por Unidade de Saúde.

Os valores serão divididos em fixo e variável.

Dos Valores Fixos (1º Momento - 80% / 2º Momento - 60%)

Tabela 19: Incentivos financeiros de custeio - valores fixos

HOSPITAL	LEITOS	N. MÁXIMO DE CLÍNICAS
ÁREA DESCENTRALIZADA	Mínimo 50 leitos	02 (duas) (mínimo de 20 leitos por clínica)
REGIONAL	Acima de 50 leitos	05 (cinco) (mínimo de 20 leitos por clínica)

Valores Variáveis (1º Momento- 20%/ 2º Momento- 40%)

Tabela 20: Incentivos financeiros de custeio - Valores variáveis

RESOLUBILIDADE DA CLÍNICA	REPASSE VARIÁVEL
RESOLUBILIDADE - 0 a 50%	1ª. Avaliação: Notificação sem repasse variável 2ª. Avaliação: Encaminhamento ao CESAU
RESOLUBILIDADE - 51 a 100%	100%

11. Fonte de Financiamento e Modalidade de Repasse dos Recursos

Este Programa será financiado por meio dos Recursos Próprios do Tesouro do Estado vinculados a saúde por determinação da Lei Complementar nº. 141/2012. Os recursos serão repassados na modalidade de transferência fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS). Este repasse está condicionado à comprovação do funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde, conforme Artigo 22 da Lei Complementar Nº 141/2012.

12. Cronograma de Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde

Tabela 21: Cronograma de repasse dos recursos do fundo Estadual de Saúde

REGIÃO DE SAÚDE	ÁREA DESCENTRALIZADA - ADS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	LEITOS	CLÍNICAS PRIORITÁRIAS	CLASSIFICAÇÃO	VALOR MÊS ATUAL (2017)
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	FORTALEZA	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC	161	Obstétrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	180.000,00
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	FORTALEZA	Instituto José Frota - IJF	356	Cirúrgica, Neurocirurgia, Médica, Pediátrica, UTI Adulto e UTI Infantil	HOSPITAL POLO	1.876.198,11
1 FORTALEZA	2 CAUCAIA	CAUCAIA	Hospital Munic. Abelardo Gadelha	102	Cirúrgica, Médica Pediátrica	HOSPITAL POLO	234.000,00
1 FORTALEZA	2 CAUCAIA	CAUCAIA	Hospital Mat. Santa Teresinha	50	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	AQUIRAZ	Hospital Geral Manuel Assunção Pires	40	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	60.000,00
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	EUSÉBIO	Hospital Maternidade Dr Amadeu Sá	56	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	60.000,00
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	FORTALEZA	Hospital Cura D'Ars	56	Obstétrica e Neonatologia	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	FORTALEZA	Hospital São Vicente de Paulo	130	Psiquiátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	56.700,00
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	FORTALEZA	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza - SOPAI	340	Pediátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
1 FORTALEZA	1 FORTALEZA	FORTALEZA	Santa Casa de Misericórdia	314	Médica, cirúrgica, traumatologia, ortopedia e oncologia	HOSPITAL ESTRATÉGICO	450.000,00
1 FORTALEZA	22 CASCABEL	BEBERIBE	Hospital Municipal de Beberibe	25	Obstétrica e Médica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
1 FORTALEZA	22 CASCABEL	CASCABEL	Hospital Mat. N. Sra das Graças	60	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
1 FORTALEZA	22 CASCABEL	HORIZONTE	Hospital Municipal Venâncio R de Sousa	46	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	60.000,00
1 FORTALEZA	3 MARACANAÚ	MARACANÁU	Hospital Dr João E de Holanda	123	Cirúrgica, Obstétrica, Médica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	225.000,00
1 FORTALEZA	3 MARACANAÚ	MARANGUAPE	Hospital Argeu Braga Herbster	51	Cirúrgica, Obstétrica, Médica, Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
1 FORTALEZA	3 MARACANAÚ	REDENÇÃO	Hospital e Maternidade Paulo Sarasate	59	Médica, cirurgia geral, pediatria e obstetrícia	HOSPITAL ESTRATÉGICO	180.000,00
1 FORTALEZA	4 BATURITÉ	ARACOIABA	Hospital Sta Isabel	50	Cirúrgica, Médica	HOSPITAL POLO	156.000,00
1 FORTALEZA	4 BATURITÉ	BATURITÉ	Hospital Mat. José P do Carmo	54	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
1 FORTALEZA	6 ITAIPOCA	ITAIPOCA	Hospital São Vicente	130	Cirúrgica, Obstétrica,	HOSPITAL POLO	312.000,00

REGIÃO DE SAÚDE	ÁREA DESCENTRALIZADA - ADS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	LEITOS	CLÍNICAS PRIORITÁRIAS	CLASSIFICAÇÃO	VALOR MÊS ATUAL (2017)
2 SOBRAL	11 SOBRAL	IPU	Hospital Municipal Dr José Evangelista	45	Médica e Pediátrica Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica e Médica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	180.000,00
2 SOBRAL	11 SOBRAL	MUCAMBO	Hospital Municipal Senador Carlos Jereissati	40	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
2 SOBRAL	11 SOBRAL	SANTA QUITÉRIA	Hospital Municipal de Santa Quintéria	49	Pediátrica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
2 SOBRAL	11 SOBRAL	SOBRAL	Santa Casa de Sobral	329	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia, Cardíaca, Cardiologia Cirúrgica e UTI Pediátrica	HOSPITAL POLO	750.000,00
2 SOBRAL	12 ACARAÚ	ARACAÚ	Hospital Mat. Dr Moura Ferreira	70	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
2 SOBRAL	13 TIANGUÁ	TIANGUÁ	Hospital Madalena Nunes	90	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	390.000,00
2 SOBRAL	14 CRATEÚS	CRATEÚS	Hospital São Lucas	112	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	390.000,00
2 SOBRAL	15 CRATEÚS	TAMBORIL	Hospital Municipal Raimunda Timbó Camelo	39	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
2 SOBRAL	16 CAMOCIM	CAMOCIM	Hospital Murilo Aguiar	78	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
3 CARIRI	17 ICÓ	CEDRO	Hospital Municipal Zumira Sedrin de Aguiar	52	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
3 CARIRI	17 ICÓ	ICÓ	Hospital Regional Prefeito Walfrido Monteiro	56	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
3 CARIRI	17 ICÓ	LAVRAS DA MANGABEIRA	Hospital Vicente Ferrer	45	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
3 CARIRI	17 ICÓ	ORÓS	Hospital Municipal Luiza Teodoro das Costa	37	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
3 CARIRI	18 IGUATU	IGUATU	Hosp. Reg. Dr. Manoel B. De Oliveira	112	Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	390.000,00
3 CARIRI	19 BREJO SANTO	BREJO SANTO	Hospital Geral Brejo Santo	92	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	312.000,00
3 CARIRI	19 BREJO SANTO	BREJO SANTO	INCRI – Instituto da Criança	54	Pediátrica	HOSPITAL POLO	78.000,00
3 CARIRI	19 BREJO SANTO	MILAGRES	Hospital e Maternidade Madre Rosa Gattorno	74	Obstétrica e Cirúrgica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00

REGIÃO DE SAÚDE	ÁREA DESCENTRALIZADA - ADS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	LEITOS	CLÍNICAS PRIORITÁRIAS	CLASSIFICAÇÃO	VALOR MÊS ATUAL (2017)
3 CARIRI	20 CRATO	CAMPOS SALES	Hospital Municipal de Campos Sales	86	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
3 CARIRI	20 CRATO	CRATO	Hospital São Francisco	86	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	390.000,00
3 CARIRI	20 CRATO	CRATO	Hospital São Raimundo	102	Cirúrgica, Pediátrica e Médica	HOSPITAL POLO	270.000,00
3 CARIRI	20 CRATO	VARZEA ALEGRE	Hospital São Raimundo - SAMIVA	53	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	HOSPITAL POLO	234.000,00
3 CARIRI	21 JUAZEIRO	BARBALHA	Hospital São Vicente de Paulo	159	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia, Oncológica e UTI Pediátrica	HOSPITAL POLO	660.000,00
3 CARIRI	21 JUAZEIRO	BARBALHA	Hospital Maternidade Sto Antônio	110	Cirúrgica, Neurologia e UTI Adulto	HOSPITAL POLO	270.000,00
3 CARIRI	21 JUAZEIRO	BARBALHA	Hospital do Coração do Cariri	56	Cardiológica, Cirúrgica e UTI Adulto	HOSPITAL POLO	270.000,00
3 CARIRI	21 JUAZEIRO	JUAZEIRO	Hospital São Lucas	102	Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	175.000,00
3 CARIRI	21 JUAZEIRO	MISSÃO VELHA	Hospital Geral de Missão Velha	72	Médica e Pediátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	13 TAUÁ	TAUÁ	Hospital Munic Alberto Feitosa Lima	74	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	5 CANINDÉ	CANINDÉ	Hospital São Francisco	101	Cirúrgica, Obstétrica, Médica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	8 QUIXADÁ	QUIXADÁ	Hospital Eudásio Barroso	43	Clínica Médica	HOSPITAL POLO	45.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	8 QUIXADÁ	QUIXADÁ	Hospital Mat. Jesus Maria e José	54	Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	312.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	8 QUIXADÁ	QUIXERAMOBIM	Hospital Dr. Pontes Neto	85	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	HOSPITAL POLO	234.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	8 QUIXADÁ	QUIXERAMOBIM	Hospital Infantil N. Sra. do Perpetuo Socorro	52	Pediátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	10 LIMOEIRO	IRACEMA	Hospital Municipal Maria Roque de Macêdo	32	Pediátrica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	10 LIMOEIRO	JAGUARIBE	Hospital Municipal de Jaguaribe	31	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	10 LIMOEIRO	LIMOEIRO DO NORTE	Hospital São Raimundo	60	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	10 LIMOEIRO	LIMOEIRO DO NORTE	Hospital Munic. Deoclécio L Verde	42	Médica	HOSPITAL POLO	45.000,00

REGIÃO DE SAÚDE	ÁREA DESCENTRALIZADA - ADS	MUNICÍPIO	HOSPITAIS	LEITOS	CLÍNICAS PRIORITÁRIAS	CLASSIFICAÇÃO	VALOR MÊS ATUAL (2017)
GUARIBE							
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	10 LIMOEIRO DO NORTE	TABULEIRO DO NORTE	Casa de Saúde e Maternidade Celestina Colares	63	Médica e obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	7 ARACATI	ARACATI	Hospital Municipal Eduardo Dias	43	Cirúrgica e Médica	HOSPITAL POLO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	7 ARACATI	ARACATI	Hospital Sta Luiza de Marilac	64	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	9 RUSSAS	JAGUARUANA	Hospital N Sra da Expectação	24	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	9 RUSSAS	MORADA NOVA	Hospital Regional Feo Galvão de Oliveira	25	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	9 RUSSAS	MORADA NOVA	Santa Casa de Morada Nova	94	Cirúrgica e Médica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	9 RUSSAS	RUSSAS	Casa de Saúde de Russas	125	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	390.000,00
TOTAL DA POLÍTICA HOSP. CEARÁ							13.861.898,11

13. Monitoramento e Avaliação

Monitoramento é o exame contínuo dos processos, produtos, resultados e os impactos das ações realizadas. Realizado por todos os atores envolvidos, na instância local, regional e Estadual.

Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada ente federado e esfera de gestão.

O processo de monitoramento e avaliação incluirá os hospitais que recebem incentivos autorizados pelo Conselho Estadual de Saúde - CESAU, através da Resolução Nº 36 e Resolução Nº 37, datadas de 12 de junho de 2017 e os hospitais que fizerem adesão a esta Política.

Nesse processo será utilizada a análise da Resolubilidade por Clínica, e os recursos de Incentivos serão divididos em 02 (duas) partes: uma FIXA e outra VARIÁVEL. O processo de monitoramento será realizado em 02 (dois) momentos, no 1º MOMENTO - setembro a dezembro de 2018 - os recursos de Incentivos serão divididos na seguinte proporção 80% para a Parte Fixa e 20% a Parte Variável, e no 2º MOMENTO- maio a agosto de 2019 - 60% para a Parte Fixa e 40% para a Parte Variável.

Para os hospitais que a Resolubilidade estiver entre 51 a 100% o município receberá 100% dos recursos de Incentivos. No caso dos hospitais que na primeira avaliação estiver de 0 a 50% a Secretaria da Saúde do Estado fará a Notificação ao gestor municipal e não repassará os recursos correspondentes a Parte Variável. Se na segunda avaliação a Resolubilidade continuar entre 0 a 50% a Secretaria da Saúde do Estado fará a Notificação ao CESAU.

A avaliação da Resolubilidade por Clínica dos Hospitais será realizada na periodicidade quadrimestral, sendo a primeira avaliação correspondente ao período de setembro a dezembro de 2017 e será apenas informativo, não gerando redução dos valores dos Incentivos. Os resultados das avaliações a partir de janeiro de 2018 terão impacto nos valores dos Incentivos.

Após avaliação quadrimestral a ser realizada em janeiro de 2018, os possíveis valores descontados das Clínicas Habilitadas que não apresentaram uma Resolubilidade maior ou igual à 51%, ou seja, os valores variáveis, serão realocados, proporcionalmente, para os hospitais, obedecendo ao seguinte critério: Transferidos para os Hospitais com Resolubilidade maior ou igual 80% em todas as clínicas habilitadas, proporcionalmente.

Os valores atuais repassados aos municípios já inseridos na Política existente serão mantidos. Porém, o processo de monitoramento e avaliação será o mesmo que os novos que fizerem adesão a esta Política.

Das Responsabilidades

1. Avaliação quadrimestral da Resolubilidade dos Hospitais será de responsabilidade da Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria - CORAC/SESA.
2. O desenvolvimento das atividades de Acompanhamento dos critérios de adesão, Adequação do orçamento, Efetivação do pagamento e Aplicação do instrumento de monitoramento mensal, em parceria com os municípios, será de responsabilidade da Coordenadoria das Regionais de Saúde - CORES/SESA.
3. Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*³/SESA assumirá a responsabilidade de Consolidação da avaliação e apresentação na CIB e CE-SAU.

Identificação: Programa Estadual de Incentivo Hospitalar

1. Apresentação

A Secretaria da Saúde do Estado, por meio Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*, é a responsável pela articulação e formulação das políticas de saúde e o apoio aos municípios na implementação das políticas de saúde consideradas estratégicas.

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PIH) de 2020-2023 é uma das estratégias do governo do Estado para melhorar o acesso da população aos serviços especializados no âmbito das regiões de saúde, através da adesão dos mesmos à proposta de modernização e transparência na gestão da saúde.

O processo de revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar ocorre anualmente, por meio de critérios e valores financeiros estabelecidos, seguindo as seguintes etapas:

I. Validação da proposta com os Núcleos da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*⁴: Núcleo de Atenção Primária, Núcleo de Atenção à Saúde Bucal, Núcleo de Atenção às Urgências e Emergências, Núcleo de Atenção Saúde Especializada.

3

*Nomenclaturara alterada conforme Decreto Nº 33.381, de 03 de dezembro de 2019 – Estrutura organizacional da SESA.

⁴*Nomenclaturara alterada conforme Decreto Nº 33.381, de 03 de dezembro de 2019 – Estrutura organizacional da SESA.

- II. Validação com as Coordenadorias da SESA;
- III. Validação com os Secretários da SESA
- Iç. Apresentação da proposta na Câmara Técnica de Planejamento, Gestão e Financiamento da CIB/CE para discussão e negociação.
- ç. Pactuação na Comissão Intergestora Bipartite – CIB/CE
- çI. Apresentação da proposta na Câmara Técnica de Acompanhamento da Regionalização da Assistência no SUS - CANOAS e Câmara Técnica de Orçamento e Finanças – CTOF do Conselho Estadual de Saúde - CESAU para discussão.
- çII. Apreciação no CESAU
- çIII. Publicação da Resolução

2. Objetivos

2.1 Geral

- Apoiar financeiramente a prestação de serviços especializados de saúde com qualidade, no âmbito das regiões de saúde.

2.2 Específicos

- Fortalecer o processo de descentralização dos serviços de média e alta complexidade para as regiões de saúde.
- Qualificar a inserção dos hospitais Polos como ponto de atenção à Rede de Atenção à Saúde.
- Organizar o fluxo assistencial na perspectiva da integralidade e regionalização

3 . Pressupostos que fundamentam a proposta

Para subsidiar a elaboração da proposta e discussões nas instâncias de pactuação, foram realizados os seguintes levantamentos de informações:

- Série histórica da produção anual dos hospitais que recebem o incentivo federal e estadual.
- Percentual de transferências por hospital (quantitativo e percentual de transferências e total de atendimento).
- Percentual de atendimentos local e regional.
- Levantamento de leitos (classificação por quantidade existente e capacidade de expansão).
- Alinhamento com as Redes de Atenção prioritárias (Materno Infantil, Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de

Atenção Psicossocial e Rede de Cuidado as Pessoas com Deficiência, inserindo as clínicas pertinentes às essas redes.

- Impacto financeiro.
- Resolutividade dos hospitais.

4 . Fundamentação legal

A proposta fundamenta - se em diversos instrumentos legais:

- Portaria de Consolidação nº 2, 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS.
- Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- Política Nacional de Contratualização dos hospitais no âmbito do SUS, Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017
- Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.
- **RDC Nº. 63 / 2011**, Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Port. Nº 529 e 941/2013
- **RDC Nº 36/2013**, Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- **LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977**. Configura infrações à **legislação** sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

5. Os Hospitais Polo no contexto da Regionalização, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano de Saúde Regional (PSR) e Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Os hospitais polos são os serviços hospitalares que atendem à média e alta complexidade em nível regional. Quando classificados como Pontos de Atenção, passam a integrar as Redes de Saúde e devem ser considerados em todos os instrumentos de Planejamento de Saúde, na organização das Redes e nas estratégias relacionadas à regionalização de serviços de Saúde.

5.1 Regionalização da Saúde

A Regionalização da Saúde tem como objetivo promover o acesso à população a serviços especializados que integram as 05(cinco) Regiões de Saúde do Estado. Dentre as várias estratégias do governo do Estado para garantir Atenção Especializada, foram construídas: Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que integram os Consórcios, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), SAMU 192 Ceará - serviço de atendimento às urgências pré-hospitalares, em todo Estado e os Hospitais Regionais.

O incentivo financeiro do Governo do Estado aos Hospitais Polos, considerados como hospitais de referência regional no Plano Diretor de Regionalização do Estado, destina-se ao custeio para qualificação da assistência e serviços de internação, apoio diagnóstico e terapêutico, com garantia de atendimento à população residente na sua área de abrangência.

5.2 Componentes da Regionalização

Constituição Federal

Art.198.As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede **regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo
II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
III- participação da comunidade.

Lei 8080/1990

Art.7º, IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) **regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;**

Região de Saúde. Conforme o Decreto nº 7.508 de 2011, é definida como:

Art.2º, II – Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde.

Cabe ao Estado instituir formalmente a região de saúde, em acordo com os municípios e respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores, atendendo aos requisitos mínimos de ações e serviços de:

- I – atenção primária;
- II – urgência e emergência;
- III – atenção psicossocial;
- IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V – vigilância em saúde.

O decreto, dispõe ainda que a região de saúde deve ser a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e garantir ao cidadão o direito à saúde.

5.3 Plano de Saúde Regional – PSR

O PSR é parte do processo de planejamento do Estado, estabelecido pela Lei Estadual Nº 17.006/2019, de 30 de setembro de 2019, elaborado no âmbito da região de saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e pactuado, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional – CIR, cujo produto será o Plano de Saúde Regional, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde.

O PSR é coordenado pela gestão estadual e o produto resultante expressa:

- I - identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território;
- II - diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;
- III - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.

5.4 Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde consiste na estimativa de necessidade de serviços de saúde em quantitativos físicos e financeiros, contribuindo para a conformação e organização das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**. De acordo com o Decreto 7.508/11, Art. 20, a integralidade da assistência à saúde inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante o encaminhamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

5.5 Plano Diretor de Regionalização – PDR

O Plano Diretor de Regionalização(PDR) é um instrumento de planejamento e gestão que objetiva definir e organizar as ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde em todos ní-

veis de atenção à saúde.

O PDR deverá conter os desenhos das redes de atenção em saúde em cada região. As redes devem ser pactuadas, com relação a todas as responsabilidades e todas as ações de saúde, que forem necessárias para o atendimento integral da população.

5.6 Plano Diretor de Investimento – PDI

O Plano Diretor de Investimentos compreende um conjunto de prioridades identificadas na região de saúde a partir do PDR e elaborado proposta de investimento. Deve refletir os investimentos que deverão ocorrer para a ampliação ou implantação de serviços, baseado nas necessidades assistenciais da região e no âmbito do estado.

6. Obrigações e responsabilidades

6.1 Da Secretaria da Saúde do Estado:

- Coordenar, acompanhar, monitorar e avaliar a política de incentivo hospitalar.
- Elaborar instrumentos de orientações para dar suporte aos gestores na implementação do programa.
- Realizar visitas, inspeções técnicas e auditorias, quando necessário.
- Financiar com recursos do Tesouro do Estado, aos municípios que aderirem ao programa de incentivo.
- Regular o acesso dos usuários da Região de Saúde por meio da Regulação (CRESUS).
- Dar suporte à informatização das unidades de saúde, considerando principalmente o Prontuário Eletrônico do Paciente e o Registro Eletrônico de Saúde (RES).
- Qualificar e disponibilizar instrumentos para a implantação dos Núcleo de Segurança do Paciente e do Núcleo Interno de Regulação (NIR).
- Inserção no Plano Estadual de Qualificação dos Recursos Humanos em Saúde.
- Regular o acesso aos leitos pelas centrais de regulação.

6.2 Da Secretaria da Saúde do Município:

- Realizar a contratualização com os prestadores de Serviço Hospitalar
- Repassar regularmente ao hospital, por meio do Fundo Municipal de Saúde, os recursos financeiros recebidos do Tesouro do Estado do Ceará, por meio do Fundo Estadual de Saúde,

até o 5º dia útil após o recebimento.

- Manter os dados das unidades hospitalares atualizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Receber do hospital, Relatório Quadrimestral e encaminhar a Superintendência da sua Região, para emissão de parecer e envio da documentação à Coordenadoria de Atenção à Saúde para análise e apreciação.
- Monitorar, controlar e avaliar as ações e serviços contratualizados com o hospital.
- Realizar visitas, inspeções técnicas e auditorias, quando necessário.
- Disponibilizar para Central de Regulação Estadual os leitos conveniados/contratualizados com o SUS.

6.3 Dos prestadores de serviços (Hospitais)

- O serviço de saúde deve dispor de estrutura física adequada ao perfil assistencial, recursos humanos suficientes para a execução dos serviços, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda e legislação vigente.
- Dispor de responsável técnico (RT) e substituto. O serviço de saúde deve dispor de profissional legalmente habilitado pela entidade de classe e que responda durante o período de funcionamento.
- Alimentar regularmente os sistemas de informação, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde, notificações compulsórias, bem como sistema de custos e outros sistemas disponibilizados pela SESA.
- Garantir mecanismo de prevenção dos riscos de acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.
- Assegurar a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS.
- Ofertar serviços de acordo com a classificação.
- Garantir acesso 100% regulado, mantendo as referências e contra-referências de acordo com os fluxos estabelecidos.
- Garantir acessibilidade às pessoas com deficiência, de acordo com a legislação vigente e NBR 9050 – 2015 – Norma Acessibilidade.
- Implantar Núcleo de Segurança do Paciente.
- Implantar Núcleo Interno de Regulação (NIR).
- Enviar os relatórios de monitoramento no prazo estabelecido.

- Disponibilizar equipe de tecnologia da informação (TI) para implantação do Registro Eletrônico de Informação.

7. Classificação dos hospitais para inserção no Programa de Incentivo

Os hospitais integrantes do Programa Estadual de Incentivo Hospitalar serão os classificados como: Porte III, IV e V, da tipologia da Rede Assistencial do Estado do Ceará. (Anexo1).

8. Critérios de adesão

Para adesão dos hospitais ao Programa de Incentivo, o hospital deverá:

- Estar Cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Atender aos critérios estabelecidos na tipologia do hospital.
- Garantir funcionamento 24h.
- Assegurar assistência dos pacientes contra - referenciados de hospitais de maior complexidade para a sua respectiva região de saúde.
- Garantir Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de acordo com a tipologia proposta.
- Possuir gerador de energia.
- Alvará Sanitário Estadual ou aceitação do plano de ação para correção das inconformidades no prazo estabelecido pela VISA.

No caso de hospitais com UTI, serão adotados os seguintes critérios:

- Estar cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com informações atualizadas.
- Estar habilitado no Ministério da Saúde (encaminhar Portaria de habilitação junto ao processo de solicitação).
- Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional, conforme Portaria Consolidada Nº 3, de 28 de setembro de 2017.
- Dispor na estrutura hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutica, equipamentos, recursos humanos, entre outros requisitos, conforme legislação vigente.

9. Valores dos incentivos

Considerando que o financiamento da assistência hospitalar deverá ser realizado de forma

tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS, os recursos do Tesouro do Estado destinados ao Incentivo Hospitalar devem ser previstos no Plano Plurianual e da Regionalização, operacionalizados por meio dos Orçamentos aprovados anualmente.

O repasse dos recursos será feito de forma regular e automática do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), em conformidade com Lei Complementar N° 141/2012.

Os valores dos recursos de incentivos serão divididos em 02 (duas) partes: uma parte fixa (80%) e outra variável (20%).

Tabela 22: Valores dos incentivos - Percentual

RECURSO FIXO	RECURSO VARIÁVEL
80%	20%

Os valores do incentivo variável serão distribuídos de acordo com a pontuação obtida em indicadores estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Estado e avaliados em períodos quadrimestral por meio de relatórios ou preenchimento de sistemas de informação indicados pela gestão estadual.

Tabela 23: Valores dos incentivos - Pontuação

Especificação	Indicador	Pontuação
Resultado	Taxa de ocupação dos leitos, no mínimo 60% (sessenta)	50 pontos
	Taxa de transferência Inter-hospitalar de pacientes 100% reguladas.	50 pontos
	Total	100 Pontos

Os hospitais que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), habilitados pelo Ministério da Saúde, terá um incremento de 20% do valor total do incentivo.

9.1 Dos valores

Tabela 24: Valores dos incentivos - Valor por porte (III, IV E V)

Porte do Hospital	Valor por Clínica R\$	Valor UTI R\$
Porte III	80.900,00	93.330,00
Porte IV	93.330,00	93.330,00
Porte V	-	-

O valor por Unidade de Terapia Intensiva independente de modalidade de UTI: **Intensiva, Adulto, Pediátrica e/ou Neonatal.**

10. Disposições Gerais

Prazo de implantação – os novos critérios do incentivo serão aplicados após aprovação e implementação o processo de regionalização das cinco regiões e aprovação do Plenário do CESAU.

Forma do pagamento da quota variável – o valor referente aos **20%** do incentivo variável será pago de acordo com o cumprimento de metas estabelecidas por meio da verificação dos indicadores estabelecidos.

11. Suspensão dos incentivos

O repasse do incentivo de custeio variável será interrompido caso deixe de cumprir os critérios abaixo:

I – Não cumprimento das metas/indicadores estabelecidos

II- Não envio ou preenchimento de relatório mensal de monitoramento no prazo de 60 dias

III- constatação durante o monitoramento, da inobservância da atualização do cadastro no CNES após 90 dias da notificação à unidade

III- Não alimentação dos sistemas de informações em saúde de forma sistemática e/ou não disponibilização dos dados para o sistema de informatização da SESA.

IV – Não prestação de contas no prazo regular.

Quando interrompido o repasse do incentivo, este somente será regularizado, quando demonstrado o cumprimento dos requisitos previstos. E o custeio voltará a ser pago regularmente, mas, sem efeitos retroativos.

Em caso de suspensão do incentivo de custeio variável o repasse será rateado entre as unidades hospitalares das 5(cinco) Regiões de Saúde.

12. Monitoramento e Avaliação

O monitoramento dos hospitais deverá ser feito por todos envolvidos no processo: Secretaria de Saúde do Estado, do Município e prestadores de serviços, Conselho Estadual de Saúde, respeitadas as competências e responsabilidades de cada ente no contexto do programa e das redes de atenção à Saúde, por meio de sistema de informação.

Após aprovação do Incentivo, será encaminhado um instrutivo com todas as orientações pertinentes a respeito do monitoramento e demais critérios estabelecidos.

13. Impacto Financeiro

A projeção de impacto financeiro:

Proposta - Hospitais (PORTE III, IV E V) incluindo as clínicas de Anestesia , Psiquiatria e Traumatologia. Com reajuste de 3,7% nos valores repassados.

Tabela 25: Impacto financeiro (PORTE III. IV E V)

PORTE III		Aumento de 3,7% (IPCA - 3,68)
UTI NEO	93.330,00	
UTI PEDIATRÍCA	93.330,00	
UTI ADULTO	93.330,00	
UTU ADULTO	93.330,00	
CLÍNICA	80.900,00	
PORTE IV		
CLÍNICA	93.330,00	
UTI NEO	93.330,00	
UTI PEDIATRÍCA	93.330,00	120000* Ordem judicial na Santa Casa de Sobral e Hospital São Vicente de Paulo em Barbalha
UTI ADULTO	93.330,00	
PORTE V		
Recursos Hospitais 2019		
Estratégicos	7.560.000,00	
Pólos	144.674.377,22	
Total	152.234.377,22	

Anexo 01 - Tipologia na Rede Assistencial da Saúde no Estado

HOSPITAIS PORTE III	
Caracterização	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de assistência secundária e terciária (<i>opcional</i>) • Dispor no mínimo de 50 leitos e os seus serviços atenderão a população da Região de Saúde. • Abrangência Regional com população acima de 115 mil habitantes
Critérios	<p>Atendimento de Urgência e/ou Emergência 24h. Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT</p> <p>Internação nas especialidades, desde que estejam inseridas na rede de urgência e emergência ou materno infantil: Clínica médica e/ou Clínica pediátrica e/ou Clínica gineco-obstétrica (parto normal e cirúrgico), e/ou Clínica cirúrgica e/ou Clínica traumatológica e/ou Psiquiatria, tratamento Intensivo (<i>opcional</i>). Recuperação pós-anestésica e assistência médica especializada na área ambulatorial para os egressos nas especialidades atendidas no Hospital.</p> <p>Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eletrocardiograma (ECG); - Fisioterapia; - Raio X (capacidade mínima de 500 mA); - Ultrassonografia(de urgência e emergência); - Hemoterapia (agência transfusional). - Disponibilidade de Laboratório de patologia clínica (carteira mínima de acordo com linha de cuidado estadual). Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT <p>Dispor de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente</p>
Pré-requisitos	<p>Dispor de infraestrutura para atendimento à legislação sanitária e as Boas Práticas em Serviços de Saúde, com aceitação do plano de ação para correção das inconformidades no prazo estabelecido pela VISA.</p> <p>Dispor de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente</p> <p>Dispor de mecanismos de controle de infecções hospitalares</p> <p>Dispor de sistema de informação com registros atualizados dos procedimentos realizados em saúde</p> <p>Assegurar programa de educação permanente aos profissionais de saúde e demais trabalhadores e auxiliares</p>

PORTE IV	
Caracterização	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de assistência secundária e terciária obrigatória; • Dispor no mínimo de 100 leitos <p><i>Abrangência Regional, com população acima de 500 mil habitantes</i></p>
Critérios	<p>Atendimento as urgências e emergências 24h. Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT</p>

	<p>Internação nas Especialidades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica. • Clínica Cirúrgica. • Clínica Pediátrica. • Clínica Gineco-obstétrica (Parto Normal e Cirúrgico). • Clínica Traumatológica. • Tratamento intensivo (UTI). • Unidade de Observação • Reanimação Cardio Pulmonar – RCP
	<p>Serviço de Apoio Diagnostico Terapêutico – SADT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eletrocardiograma (ECG); • Raio X (capacidade mínima de 500 mA); • Ultrassonografia; • Hemoterapia (agência transfusional). • Laboratório de patologia clínica (carteira mínima de acordo com linha de cuidado estadual). • Endoscopia
Pré-requisitos	<p>Disponer de infraestrutura para atendimento à legislação sanitária e as Boas Práticas em Serviços de Saúde, com aceitação do plano de ação para correção das inconformidades no prazo estabelecido pela VISA.</p>
	<p>Disponer de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente</p>
	<p>Disponer de mecanismos de controle de infecções hospitalares</p>
	<p>Disponer de sistema de informação com registros atualizados dos procedimentos realizados em saúde</p>
	<p>Assegurar programa de educação permanente aos profissionais de saúde e demais trabalhadores e auxiliares</p>

PORTE V	
Caracterização	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de referência estadual com habilitação em uma ou mais das especialidades: Cardiologia; Oncologia; Neurologia Clínica; Neurologia Cirúrgica, Traumato-ortopedia; Obstetrícia (gestação de alto risco) • Disponer acima de 100 leitos <p><i>Hospital com classificação de referência Estadual em outras especialidades</i></p>
Crítérios	<p>Atendimento as urgências e emergências 24h. Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT</p> <p>Internação nas especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica médica, Clínica cirúrgica, Clínica pediátrica, Clínica gineco-obstétrica. • Clínica traumatológica buço-maxilo facial proveniente de trauma (opcional) • Tratamento Intensivo (UTI)
	<p>Disponer de todos os serviços auxiliares exigidos nas especialidades ofertadas tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia; • Radioterapia; • Exames hemodinâmicos; • Medicina nuclear; • Radiologia intervencionista; • Terapia renal substitutiva.
Pré-requisitos	<p>Disponer de exames de apoio e diagnóstico de maior complexidade.</p>

	Dependendo da especialidade será exigido uma estrutura de SADT necessária para garantia de atendimento resolutivo na especialidade.
	Disponer de infraestrutura para atendimento à legislação sanitária e as Boas Práticas em Serviços de Saúde.
	Disponer de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente.
	Disponer de mecanismos de controle de infecções hospitalares.
	Disponer de sistema de informação com registros atualizados dos procedimentos realizados em saúde
	Assegurar programa de educação permanente aos profissionais de saúde e demais trabalhadores e auxiliares

Classificação de leitos segundo a tipologia

1. Leitos de internação

- Leito Clínico
- Leito Cirúrgico
- Leitos Pediátrico
- Leito Pediátrico Clínico
- Leito Pediátrico Cirúrgico
- Leitos Obstétricos
- Leito Clínico Obstétrico
- Quarto PPP
- Leito Cirúrgico Obstétrico

2. Leitos complementares de internação

- Leito de Isolamento
- Leito de Isolamento Reverso
- Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
- Unidade de Referência Especializada em Hospitais Gerais (Psiquiatria)
- Unidade de Terapia Intensiva - Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P)
- Unidade de Terapia Intensiva Coronariana – UCO
- Unidade de Terapia Intensiva de Queimados – UTIQ
- Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário – UCI

- Unidade de Cuidado Intermediário Adulto UCI-A
- Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico UCIPed
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal- UCIN
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCO
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCA

3. Leito hospital dia

4. Leito de observação

- Leito de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)
- Leito de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos
- Leito de Urgência e Emergência
- Leito de Pré-Parto

Leitos/classificação	Especificação
Leito de Internação	Endereço exclusivo de um paciente durante sua estada no hospital, vinculado a uma unidade de internação ou serviço.
Classificação dos leitos de internação: Leito Clínico; Leito Cirúrgico; Leito Pediátrico. E Leito Obstétrico	
Leito Clínico	Leito de internação hospitalar destinado de <u>qualquer especialidade clínica</u> : Cardiologia, clínica Geral, Dermatologia, Geriatria, Neonatologia, Pneumologia, Saúde Mental, outros.
Leito Cirúrgico	Leito de internação hospitalar destinado a qualquer especialidade cirúrgica: Cardiologia, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Ginecologia, Nefrologia, Urologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, traumatologia, outros.
<u>Leito pediátrico</u> PT GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015	Leito de internação hospitalar destinado a menores de 15 anos. Classificados nas especialidades: a) Leito Pediátrico Clínico b) Leito Pediátrico Cirúrgico O limite da idade máxima deve ser normatizada de acordo com as condições para atendimento.
Leitos obstétricos clínico	Destinados ao tratamento de <u>complicações relacionadas ao puerpério</u> : tratamento de eclâmpsia; tratamento de edema, proteinúria, transtornos hipertensivos na gravidez, intercorrências na gravidez; assistência ao parto normal e parto em gestação de alto risco.
Leitos obstétricos cirúrgicos	Destinados ao tratamento de <u>transtornos maternos relacionados com à gravidez</u> : descolamento de placenta, curetagem, histerectomia, tratamento cirúrgico de gravidez ectópica, entre outros.
<u>Quarto PPP</u> PT GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015 RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008 ,	Quarto de Pré-Parto, Parto e Puerpério. É uma subclassificação dos Leitos Obstétricos. Privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta.
Leitos complementares de internação	Leitos destinados a pacientes que necessitam de <u>assistência especializada</u> , tais

	como: as unidades de isolamento, unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva
Os leitos complementares de internação são classificados em: Leito de Isolamento; Leito de Cuidados Intensivos (UTI); Leito de Cuidados Intermediários (UCI).	
Leito de isolamento	Leito de internação hospitalar dotado de barreiras contra contaminação, destinados à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis.

Leitos/classificação	Especificação
Leito de unidade de terapia intensiva <u>(UTI)</u> PT GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. PT/GM/MS nº 3.432/1998 RDC/ANVISA nº 07/2010.	Leitos destinados à internação de <u>pacientes graves ou de risco</u> , que requer atenção profissional especializada, contínua. Os leitos de UTI são classificados em: Leito de Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (Tipo I, II ou III) _____ UTI destinada à assistência de pacientes com idade superior a 15 anos
Leito de unidade de terapia intensiva pediátrica PT GM/MS nº 1.631/2015	Tipo II e III e UTI destinada à assistência a pacientes com idade entre 29 dias e menor que 15 anos.
Leito de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) PT/GM/M nº 930, de 10 de maio de 2012	Unidade Neonatal, para recém-nascido grave que exige assistência especializada. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são serviços hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, com idade entre 0 e 28 dias
Leito de unidade de terapia intensiva coronariana (UCO) TIPO II OU TIPO III	São leitos capaz de fornecer apoio diagnóstico e terapêutico, para tratamento percutâneo e/ou cirúrgico.
Leito de unidade de cuidado intermediário (UCI)	Leito hospitalar destinado a pacientes em risco moderado, que requer cuidados intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva.
leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade superior a 15 anos. Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-A)	
Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico (UCI-PED)	leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade entre 29 dias e menor que 15 anos.
Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)	Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) leitos destinados ao atendimento de recém-nascidos de médio risco e demandem assistência contínua. Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA). Leitos destinados ao acolhimento da mãe e o recém-nascido para prática do método Canguru.
Leito hospital dia	Leito hospitalar destinado ao atendimento do paciente adulto ou pediátrico, por um período até 12 horas, para tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico. Observação: O leito de hospital dia é considerado leito de internação, mas para fins do cálculo da taxa de ocupação hospitalar, não são incluídos.

Leitos/classificação	Especificação
----------------------	---------------

Leito hospitalar de observação	leito destinado para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas, não sendo considerado como leito hospitalar de internação. O leito de observação pode ser revertido em leito de internação em caso de necessidade
Leito de recuperação pós-anestésica (RPA)	Leito de observação destinado à prestação de cuidados pós-anestésicos e/ou pós-cirúrgicos a até que os pacientes tenham condições de serem liberados para o leito de internação
Leito de apoio para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos	Leito de observação destinado à prestação de cuidados pós-procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação ou saída hospitalar. Exemplos: leito da unidade de hemodiálise/diálise, leito de recuperação pós-procedimentos endoscópicos, leito de recuperação pós-procedimentos hemodinâmicos, quimioterapia, etc
Leito de urgência e emergência	Leito destinado a prestação de cuidados aos pacientes, por um período inferior a 24 horas, classificados de acordo com o grau de riscos e vulnerabilidade.
Leito de pré-parto	Leito de observação localizado em unidade de atendimento obstétrico pelas pacientes durante o trabalho de parto até o momento da realização do parto.

ANEXO 02 - Classificação de UTIs

I- UTI Neonatal

Conforme Portaria 930/2012, do Ministério da Saúde, a Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. As Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:	
	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa .

II- UTI Pediátrica

UTI Pediátrica

Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional.

10% dos leitos de pediatria, sendo o mínimo de 5 (cinco) leitos de UTI Pediátrica, no Hospital disponibilizado para o SUS.

III- UTI Adulto

UTI Adulto

Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional

10% dos leitos gerais, sendo o mínimo de 08 (oito) leitos de UTI Adulto, no Hospital disponibilizado para o SUS.

3.1- Indicador de Processo

- **Taxa /percentual de ocupação:**

A taxa de ocupação traça o percentual do total de pacientes atendidos pela quantidade de leitos disponíveis por dia, sempre levando em conta um período pré-determinado.

$$\frac{\text{TO: Média de doentes/dia}}{\text{Nº de leitos operacionais}} \times 100$$

Se o percentual de ocupação for pequeno, demonstra que a estrutura da instituição vai além da necessária. Entretanto, se costuma passar da capacidade total, é preciso investir em expansão.

II- Indicador de Resultado

Taxa de Transferência de Pacientes

A taxa de transferência apresenta o percentual de transferência de pacientes, sempre levando em conta um período pré-determinado.

$$\frac{\text{TTP: Número de internamentos/mês}}{\text{Numero de transferências/mês}} \times 100$$

REGIÃO DE SAÚDE	HOSPITAL POLO E MACROREGIONAL	NATUREZA	MUNICÍPIO	TIPOLOGIA	CLÍNICAS	Nº CLÍNICAS	VALOR P/CLÍNICA	VALORES	VALORES
							MÊS / R\$	MÊS / R\$	ANO/R\$
FORTALEZA	Instituto Dr. José Frota	Público	Fortaleza	Porte V	Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia, Atendimento a Queimados, UTI Adulto e UTI Pediátrica	5		1.945.617,44	23.347.409,28
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Obstétrica e Neonatologia	2	93.330,00	186.660,00	2.239.920,00
	Santa Casa de Misericórdia	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Médica, Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Clínica Cirúrgica Ontológica	5	93.330,00	466.650,00	5.599.800,00
	Hospital Cura D'Ars	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Obstétrica e Neonatologia	2	93.330,00	186.660,00	2.239.920,00
	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza - SOPAI	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Pediátrica	1	93.330,00	93.330,00	1.119.960,00
	Hospital Nossa senhora das Graças	Filantrópico	Cascavel	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	1.941.600,00
	Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha	Público	Caucaia	Porte III	Cirúrgica, Médica e Pediátrica	3	80.900,00	242.700,00	2.912.400,00
	Hospital e Maternidade Santa Teresinha	Público	Caucaia	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	1.941.600,00
	Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbert	Público	Maranguape	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	3.883.200,00
	Hospital Dr. João Elísio de Holanda	Público	Maracanaú	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	4.854.000,00
	Hospital José Pinto do Carmo	Filantrópico	Baturité	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	1.941.600,00
	Hospital Santa Isabel	Público	Aracoiaba	Porte III	Cirúrgica e Médica	2	80.900,00	161.800,00	1.941.600,00
	Hospital São Vicente de Paulo	Filantrópico	Itapipoca	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	93.330,00	466.650,00	5.599.800,00
SERTÃO CENTRAL	Hospital São Francisco	Filantrópico	Canindé	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	93.330,00	373.320,00	4.479.840,00
	Hospital Eudásio Barroso	Público	Quixadá	Porte III	Médica	1	45.000,00	45.000,00	540.000,00
	Hospital e Maternidade Jesus Maria José	Filantrópico	Quixadá	Porte IV	Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia e UTI NEO	5	93.330,00	466.650,00	5.599.800,00
	Hospital Regional Dr. Pontes Neto	Público	Quixeramobim	Porte III	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	3	80.900,00	242.700,00	2.912.400,00
	Hospital e Maternidade dr. Alberto Feitosa Lima	Filantrópico	Tauá	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	3.883.200,00
REGIÃO DE SAÚDE	HOSPITAL POLO E MACROREGIONAL	NATUREZA	MUNICÍPIO	TIPOLOGIA	CLÍNICAS	Nº CLÍNICAS	VALOR P/CLÍNICA	VALORES	VALORES
	Hospital Municipal Eduardo Dias	Público	Aracati	Porte III	Cirúrgica e Médica	2	80.900,00	161.800,00	1.941.600,00

LITORAL LESTE JA- GUARIBE	Hospital Santa Luiza de Marilac	Filantrópico	Aracati	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	1.941.600,00
	Hospital e Casa de Saúde de Russas	Filantrópico	Russas	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	4.854.000,00
	Hospital São Raimundo	Filantrópico	Limoeiro do Norte	Porte III	Médica, Obstétrica e Pediátrica	3	80.900,00	242.700,00	2.912.400,00
SOBRAL	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Filantrópico	Sobral	Porte IV	Médica, Cirurgia Geral, Gineco -Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia ,UTI Pediátrica, Cardiologia Clínica e Cardiologia Cirúrgica	8	93.330,00	773.310,00	9.279.720,00
	Hospital Dr Estevam Ponte	Filantrópico	Sobral	Porte III	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	3	93.330,00	279.990,00	3.359.880,00
	Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira	Filantrópico	Acará	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	3.883.200,00
	Hospital Madalena Nunes	Filantrópico	Tianguá	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	4.854.000,00
	Hospital São Lucas	Filantrópico	Crateús	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	4.854.000,00
	Hospital Murilo Aguiar	Filantrópico	Camocim	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	3.883.200,00
CARIRI	Hospital Regional Prefeito Walfrido Monteiro	Público	Icó	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	3.883.200,00
	Hospital Regional Dr. Manoel B. de Oliveira	Público	Iguatu	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	93.330,00	466.650,00	5.599.800,00
	Hospital Geral Brejo Santo	Público	Brejo Santo	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Gineco-Obstétrica, Neonatologia e UTI ADULTO	5	93.330,00	466.650,00	5.599.800,00
	Instituto da criança Menino Jesus de Praga - INCRI	Filantrópico	Brejo Santo	Porte III	Pediátrica	1	80.900,00	80.900,00	970.800,00
	Hospital São Raimundo	Filantrópico	Crato	Porte IV	Cirúrgica, Médica e Traumatologia-Ortopedia	3	93.330,00	279.990,00	3.359.880,00
	Hospital São Raimundo - SAMIVA	Filantrópico	Várzea Alegre	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	3.883.200,00
	Hospital São Francisco	Filantrópico	Crato	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia e UTI NEO	6	93.330,00	559.980,00	6.719.760,00
	Hospital São Lucas	Público	Juazeiro do Norte	Porte IV	Obstétrica, Neonatologia e UTI NEO	3	93.330,00	279.990,00	3.359.880,00
	Hospital São Vicente de Paulo	Filantrópico	Barbalha	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Gineco-Obstétrica, Oncológica, Pediátrica, Neonatologia e UTI Pediátrica	7	93.330,00	679.980,00	8.159.760,00
	Hospital do Coração do Cariri	Filantrópico	Barbalha	Porte IV	Cardiológica, Cirúrgica e UTI Adulto	3	93.330,00	279.990,00	3.359.880,00
	Hospital e Maternidade Santo Antônio	Filantrópico	Barbalha	Porte IV	Cirúrgica, Neurologia e UTI Adulto	3	93.330,00	279.990,00	3.359.880,00
TOTAL	39 Hospitais							13.916.457,44	166.997.489,28

ANEXO 04 - Projeto Nascer no Ceará –

**Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Saúde – SESA
Fundo Estadual de Saúde - FUNDES**

PROJETO: Nascer no Ceará

MAPP 3400

SESA

Agosto/ 2020

Secretaria/Vinculada	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA
Programa (PPA)	631 – Atenção à Saúde Perto do Cidadão
Mapp (Nº e Denominação)	3400 – Projeto Nascer no Ceará
Período de Execução (Exercício 2020)	Agosto à Dezembro
Categoria	Assistencial – Proteção Social Básica

1. Descrição do Projeto

A morbimortalidade materna e perinatal está vinculada a causas preveníveis como o desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O projeto Nascer no Ceará objetiva reduzir a morbimortalidade materna e perinatal

no estado do Ceará fortalecendo o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS e qualificando a assistência na linha de cuidado materno infantil através da implementação de protocolos, qualificação de profissionais, qualificação dos pontos de atenção e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção nas 5 (cinco) regiões de saúde do Estado do Ceará, iniciando pela Região de Fortaleza e posteriormente nas outras regiões de saúde.

2. Contextualização do Projeto no Planejamento Estadual

O combate à pobreza tem se apresentado no cenário nacional como uma necessidade prioritária para garantia dos direitos sociais estabelecidos no art. 6º, da Constituição Federal de 1988, dentre os quais destacamos: a saúde, a educação, a alimentação, a moradia, a proteção à maternidade e à infância, e a proteção aos desamparados.

No Estado do Ceará, o Fundo Estadual de Combate à Pobreza (FECOP), instituído pela Lei complementar Nº 37, de 26 de novembro de 2003, e regulamentado pelo Decreto Nº 29.910, de 29 de setembro de 2009, vem se configurando como um meio para fortalecimento e ampliação de políticas públicas capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população pobre, nas diversas áreas de atuação: saúde, assistência social, educação, cultura, esporte, desenvolvimento agrário, entre outras.

As ações programadas neste projeto possibilitarão o cumprimento prioritário da diretriz “Promover saúde individual e coletiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas”.

O “Projeto Nascer no Ceará” vem ao encontro da política de governo do Estado do Ceará (PPA 2020-2023), o qual se vincula:

1.	Eixo Governamental	Ceará Saudável
2.	Tema Estratégico	6.3 Saúde
3.	Resultado Temático	População com saúde integral de qualidade
3.1	Indicador Temático	Taxa de mortalidade neonatal
4.	Programa	631 – Atenção à Saúde Perto do Cidadão
5.	Objetivo	Melhorar a resolutividade e a eficiência das ações de saúde, de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída.
5.1	Indicadores Programáticos	Não se aplica
6.	Iniciativa	631.1.02 - Expansão da oferta de serviços das redes de atenção à saúde.

7.	Entrega	Rede de Atenção à Saúde Expandida
8.	Ação (LOA 2020)	11149 – Apoio na Atenção à Saúde da Mulher (Nascer no Ceará)

• Diagnóstico

Dentre os principais determinantes do óbito infantil no Brasil e no Ceará estão as condições socioeconômicas, sendo a mortalidade infantil concentrada em populações marcadas pela desigualdade social de forma ampla. As taxas de mortalidade infantil relativas ao componente neonatal precoce no Brasil, especialmente no Norte e Nordeste, não alcançaram a mesma redução que a taxa de mortalidade infantil global na última década.

Os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitem perceber a persistência das iniquidades socioeconômicas em nível regional e quanto aos grupos sociais, uma vez que os óbitos infantis continuam se concentrando especialmente entre famílias de baixa renda. Por outro lado, a falta de acesso a serviços de atenção ao parto de qualidade também pode ser um fator relevante para o problema, uma vez que a qualidade da atenção hospitalar é determinante para o desfecho da gestação, em face da sua resolutividade.

Considerando Portaria MS 4279/2010 em seu anexo, temos que: Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e que o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica; Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço; para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos;

Considerando ainda a Portaria citada acima, temos que: A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados neste território. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada

da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso. Níveis de atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS. Estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

Diante disto e considerando os princípios do SUS de regionalização e hierarquização, de modo que um município seja autossuficiente em sua Atenção Primária a Saúde, uma determinada área descentralizada de saúde, que venha a abranger pequeno número de municípios, seja autossuficiente em atenção secundária, tanto em urgência e emergência como em atenção eletiva, e que uma região seja autossuficiente em atenção terciária, traz-se proposta de reestruturação da Rede de Atenção Materno Infantil.

O Programa Nascer no Ceará propõe a reorganização da inserção dos pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, a partir das diretrizes acima descritas, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado. A assistência materno infantil no estado no âmbito do SUS será organizada a partir das necessidades da população, por área descentralizada / região de saúde, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseados na ambiência adequada e segura, em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização da linha de cuidado e na vinculação e regulação do acesso, iniciando as ações pela região de Fortaleza.

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

- Fortalecer o acesso à assistência integral das gestantes das 48 mil famílias em situação de extrema pobreza portadoras do cartão Mais Infância Ceará;
- Garantir o acesso a assistência integral das gestantes de Alto Risco portadora do cartão Mais Infância;
- Qualificação do pré-natal com a estratificação de risco e fortalecer a realização dos exames das gestantes e vinculação as maternidades para o parto e nascimento;
- Garantia de acesso ao pré-natal de alto risco para gestantes estratificadas como alto risco;
- Integrar as maternidades como um dos pontos atenção da RAS;
- Avaliação, seleção e readequação dos pontos de atenção especializado ambulatorial
- Capacitação e qualificação dos profissionais da assistência materno infantil nos três níveis

de atenção(será realizada por meio do Projeto MAPP 243 - Projeto de Educação Permanente na Atenção Integral à Saúde Materno-infantil “Nascer no Ceará”).

- Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração nos pontos de atenção

A estimativa de gestantes no estado do Ceará para o ano 2020 é de 127.850 gestantes, das quais 85% de risco habitual e 15% alto risco. Ressalta-se que 90% do total de gestantes do estado são dependentes do SUS (SINASC/ANS).

- **Justificativa**

Entende-se que a mortalidade materna e infantil se apresenta como uma expressão "questão social", e seus índices são indicadores de pobreza, bem como da qualidade de vida de sua população.

As desigualdades sociais entre regiões e populações no Brasil se reproduzem nas taxas de mortalidade infantil, constituindo um relevante problema de saúde a ser enfrentado por toda a sociedade. Apesar do declínio da mortalidade infantil na última década, as taxas encontradas nas regiões Norte e Nordeste são consideradas elevadas e incompatíveis com o desenvolvimento do país, ressaltando as persistentes desigualdades regionais e entre grupos sociais e econômicos, com concentração dos óbitos na população mais pobre. Tendo em vista que essas mortes são consideradas evitáveis em sua maioria, intervenções para sua redução podem estar ligadas a mudanças estruturais nas condições de vida da população, mas também a ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade materna, fetal e neonatal precoces são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto (reanimação). Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados a falhas na capacidade de prevenção e resposta em face de intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, coincidindo com o período perinatal.

GASTO COM INTERNAÇÕES DE RECÉM-NASCIDOS EM UTI NEONATAL POR MACRORREGIÃO – 2018

Macrorregião de Saúde	Nº de Recém-nascidos internados	Quantidade de diárias custo médio da diária R\$ 1.200,00	Custo Anual
Fortaleza	2.873	64.948	77.937.600,00
Norte	976	22.315	26.778.000,00
Cariri	311	7.522	9.026.400,00
Sertão Central	255	3.312	3.974.400,00
Total	4415	98.097	117.716.400,00

Fonte: SESA/CORAC/ Sistema de Informação Hospitalar.

Diante disso, o presente projeto se faz necessário, tendo em vista seu objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal reestruturando os pontos de atenção da linha de cuidado materno-infantil a partir do cuidado à gestação de Alto Risco nas 5(cinco) regiões de saúde do Estado do Ceará, iniciando pela Região de Fortaleza e posteriormente nas outras regiões de saúde.

O projeto fortalecerá o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS qualificando a assistência na rede materno infantil através da elaboração e implementação de protocolos, qualificação de profissionais e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção. A Região de Fortaleza foi selecionada para o início da implantação das estratégias do programa previstas para 2020.

5. Histórico

Ano	Valor FECOP	Valor (outras fontes) (*)	Valor Total Aplicado	Nº de Beneficiários
2018	7.487.320,00	-	2.540.608,57	-
TOTAL	7.487.320,00	-	2.540.608,57	-

No ano de 2018 foram iniciadas as atividades de elaboração da identidade visual do Programa Nascer no Ceará, elaboração do aplicativo Nascer no Ceará, construção do diagnóstico situacional da assistência materno infantil nas macrorregiões de saúde do Sertão Central, Cariri, Litoral Leste Jaguaribe e Sobral, elaboração, validação e publicação dos protocolos/conduas assistenciais e 4 (quatro) oficinas de qualificação de profissionais da linha de cuidado materno infantil nas macrorregiões no período de agosto a dezembro.

No decorrer do segundo semestre do referido ano, devido ao período eleitoral, várias atividades foram suspensas, adiadas para pós eleições prejudicando o cumprimento do cronograma de implantação. Essas atividades que seriam responsáveis pelos indicadores de processo e resultado do projeto tiveram seu cronograma de implantação adiado para o ano de 2019 e conseqüentemente a utilização dos recursos prorrogados também. Diante disso, a execução de 2018 ainda não reflete a população beneficiada prevista.

Durante o ano de 2019 não foram implementadas as ações do projeto previstas em decorrência da mudança de gestão e reorganização do organograma da SESA, das indefinições dos processos de trabalho e suas competências.

As metas previstas no projeto se referem após a implantação, diante do adiamento da execução do projeto, as metas não foram alcançadas. Ficando para o ano de 2020 a sua execução.

6. Público Alvo

Gestantes e recém-nascidos de alto risco residentes nas 5 (cinco) regiões de saúde do Estado do Ceará, iniciando pela Região de Fortaleza e posteriormente nas outras regiões de saúde.

Público Alvo	Total Previsto
Gestantes de Alto Risco	19.162
Gestantes de Risco habitual	108.757
Sub total 1: Gestantes	127.919
Recém-nascidos de Alto Risco	4.858
Sub total 2: Recém-nascidos	4.858
Total	132.777

Fonte: SINASC/ SESA, 2019.

6.1. Critérios Adotados para Seleção dos Beneficiários

Serão beneficiados pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

6.2 Documentos Comprobatórios da situação de pobreza

Este item não se aplica ao projeto, visto que o público alvo são gestantes que fazem pré-natal nas unidades básicas de saúde, com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil do Estado do Ceará. Ressalta-se que no Estado 90% das gestantes são dependentes SUS.

7. Objetivos (Geral e Específico)

7.1 Geral:

Reestruturar a Rede de Atenção Materno-Infantil do Estado do Ceará para a redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal.

7.2 Específicos:

- Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;
- Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto;
- Garantir o pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco;
- Realizar diagnóstico situacional das maternidades usando o marco teórico de avaliação de

- serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados;
- Apoiar a implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades;
 - Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades;
 - Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual selecionadas que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise/RDC 36/2008-ANVISA;
 - Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nos pontos de atenção selecionados das 5 (cinco) regiões.

8. Atividades / Detalhamento das Atividades

8.1 Atividades Realizadas em Anos Anteriores

Trata-se do segundo ano de execução do projeto, por isso apresentamos as atividades realizadas no ano de 2018. O item abaixo descreve as atividades realizadas:

a)Elaborada análise situacional da assistência materno-infantil das macrorregiões de saúde: Sertão Central, Cariri, Litoral Leste/Jaguaribe e Sobral.

Responsável pela atividade: Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO) e Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança (NUSMAC/SESA).

b) Elaborado, validado e publicado de 10 (dez) protocolos clínicos “Condutas Assistenciais” do Programa Nascer no Ceará:

- Estratificação de risco
- Pré-natal de risco habitual
- Pré-natal de alto risco
- Hipertensão
- Hemorragia
- Infecção
- Boas práticas na assistência ao parto
- Urgência e Emergência Obstétrica
- Contracepção
- Boas Práticas de Assistência ao Recém-Nascido.

Responsável pela atividade: SOCEGO.

c) Realizadas 4 (quatro) oficinas de Qualificação dos profissionais nas macrorregiões de saúde: Sertão Central; Cariri; Litoral Leste/Jaguaribe; Sobral.

Responsável pela atividade: SOCEGO e NUSMAC/SESA.

d) Distribuídos métodos contraceptivos seguros e efetivos, em especial de longo prazo, para mulheres com gestação de alto risco: 500 DIU de Mirena; 1.000 Implantes Subdermicos (IMPLANON)

Responsável pela atividade: NUSMAC/COPAS/SESA.

e) Elaborado um aplicativo para o monitoramento dos indicadores do Programa Nascer no Ceará.

Responsável pela atividade: NUSMAC/NUINF/SESA.

f) Elaborada a Identidade Visual do Programa Nascer no Ceará.

Responsável pela atividade: SOCEGO.

g) Realizados 2 seminários de sensibilização para os gestores municipais.

Responsável pela atividade: NUSMAC/COPAS/SESA.

● **Atividades a serem realizadas no ano de 2020**

Atividades do Objetivo 1 - Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância da região de saúde de Fortaleza:

- Identificar junto aos municípios todas as gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;
- Monitorar o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância nos três níveis de atenção;

Responsável pela atividade: Secretaria de Saúde dos Municípios, Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 2 - Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto da região de saúde de Fortaleza:

- Pactuar com os municípios a implementação da estratificação de risco na APS, a garantia dos exames de todas as gestantes, vinculando para o pré-natal de alto risco e as maternidades para assistência ao parto e nascimento, com ênfase nas gestantes beneficiadas do cartão Mais Infância
- Implantar o aplicativo Nascer no Ceará na atenção primária dos municípios;
- Implantar instrumentos de vinculação das gestantes às maternidades para o parto e nascimento;

Responsável pela atividade:Secretaria de Saúde dos Municípios, Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 3 - Garantir o Pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco da região de saúde de Fortaleza:

- Pactuar com os municípios/ consórcios as consultas e os exames de pré-natal das gestantes de alto risco de acordo com a demanda;

Responsável pela atividade:Secretaria de Saúde dos Municípios, Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 4 - Realizar diagnóstico situacional das maternidades usando o marco teórico de avaliação de serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados da região de saúde de Fortaleza:

- Realizar visitas in loco para avaliação das Estruturas, Processos e Resultados das Maternidades;
- Elaborar e validar relatório de Análise para subsidiar a tomada de decisão sobre quais Maternidades de Referência para Alto Risco necessitam de investimentos para qualificação na assistência.

Responsável pela atividade: Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 5 - Apoiar a implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades da região de saúde de Fortaleza:

- Implantar o protocolo de classificação de risco nas maternidades;
- Monitorar a adoção do protocolo;

Responsável pela atividade: Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nacer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 6 - Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades da região de saúde de Fortaleza:

- Implantar carrinhos/kit de emergência obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades de referência;
- Monitorar a adoção do protocolo de emergência obstétricas (hipertensão e hemorragia);

Responsável pela atividade: Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nacer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 7 - Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as policlínicas, as maternidades de referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual da região de saúde de Fortaleza:

4. Elaborar e executar projeto de requalificação (Infraestrutura física e equipamento) de cada policlínica e maternidade que apresente inconformidades segundo critérios normativos.

Responsável pela atividade: Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nacer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 8 - Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) regiões e nas policlínicas da região de saúde de Fortaleza:

- Ofertar os contraceptivos de longa duração para as policlínicas e as maternidades de referência para alto risco.

Responsável pela atividade: Coordenação do Programa Nacer no Ceará/ Superintendência de Fortaleza /SESA.

9. Produtos /2020

Produtos	Quantidade	Fontes de Verificação
1. Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância na região de saúde de Fortaleza	04ADS	<ul style="list-style-type: none"> Relatório de análise
2. Monitoramento e avaliação da implementação da estratificação de risco das gestantes, da garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e da vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto da região de saúde de Fortaleza	42 municípios	1.Relatório de análise
423. Pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco da região de saúde de Fortaleza	04	1.SIGES
4. Diagnóstico situacional das Maternidades de Referência da região de saúde de Fortaleza	11	1.Relatório de análise
5. Implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades da região de saúde de Fortaleza	11	1.Relatório de análise
6. Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades da região de saúde de Fortaleza	11	1.Relatório de análise
7. Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as 10 Maternidade de Referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual com mais de selecionadas que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise da região de saúde de Fortaleza	11	1.Relatório de análise
8-Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) regiões e nas policlínicas da região de saúde de Fortaleza	11	1.Relatório de análise

IE. Metas do Projeto para 2020

- 50% das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância da região de Fortaleza monitoradas;
- 50 % dos municípios da região de Fortaleza pactuados para realização da estratificação de risco, a garantia dos exames e a vinculação das gestantes da região de Fortaleza
- 50% das gestantes de alto risco da região de Fortaleza referenciadas para o pré-natal de alto risco da região de Fortaleza
- 60% das gestantes vinculadas às maternidades para o parto e nascimento da região de Fortaleza
- 60% das gestantes de alto risco atendidas no pré-natal de alto risco da região de Fortaleza
- 60% das Maternidades avaliadas da região de Fortaleza
- 70% das maternidades com classificação de risco da região de Fortaleza

- 70% das maternidades com carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) da região de Fortaleza
- 70 % das 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e 22 Maternidades de Risco Habitual requalificadas (Infraestrutura física e equipamento)da região de Fortaleza
- 50% das Maternidades de referência para Alto Risco com inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento da região de Fortaleza

11. Resultados Esperados

- Fortalecimento do processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde da rede materno infantil;
- Qualificação da assistência na Linha de Cuidado Materno Infantil;
- Redução da morbimortalidade materna e infantil no estado.

12. Integração de Ações

O projeto se insere como o Pilar Tempo de Nascer nas ações do Programa Mais Infância Ceará, objetivando a redução dos indicadores de mortalidade materno e infantil e, subsequentemente, dos índices de pobreza.

13. Monitoramento

O monitoramento das atividades será realizado periodicamente pela SESA e equipe de execução do projeto, como também, por meio dos instrumentais de verificação do projeto.

A avaliação do alcance dos resultados será realizada pela equipe da Coordenação do Programa Nascer no Ceará da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Superintendência de Fortaleza/SESA).

Objetivos	Metas por Objetivos	Indicador de Resultados	Meios de Verificação	Periodicidade
1. Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;	50%	1 Relatórios de diagnóstico realizado	SMS, SESA	Mensal
2. Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto;	50%	% de municípios pactuados	Termo de adesão	Anual
3. Garantir o Pré-natal qualificado às gestantes	50%	% de gestantes em consulta de pré-natal	SIGES,SMS, SESA	Mensal

estratificadas como Alto Risco;		de alto risco		
4. Realizar diagnóstico situacional das maternidades de referência.	70%	% de maternidades de referência para o alto risco com diagnóstico realizado	1.Relatórios de Análise	Anual
5. Implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades	70%	% de maternidades de referência com classificação de risco	1.Relatórios de Análise	Mensal
6. Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades;	70%	% de maternidades de referência com carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia)	1.Relatórios de Análise	Anual
7.Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as 10 Maternidade de Referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise.	70%	% de maternidades requalificadas quanto a infraestrutura e equipamentos	1.Relatórios de Análise	Anual
8. Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) regiões.	50%	N. de maternidades de referência para o alto risco realizando inserção de contraceptivos de longa duração	1.Relatórios de Análise	Mensal

13.1 Dados Utilizados

Os dados de monitoramento terão como referência:

Informações coletadas	Fonte	Periodicidade	Indicadores (Alcance de Metas)
Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;	1.Relatórios de Análise	Anual	1 Relatório de diagnóstico realizado
Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto;	1.Relatórios de Análise	Anual	% de gestantes estratificadas
Garantir o Pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco;	1.Relatórios de Análise	Mensal	% de gestantes em consulta de pré-natal de alto risco
Informações referentes ao diagnóstico situacional das maternidades de referência para o parto;	1.Relatórios de Análise	Anual	% de maternidades de referência para o alto risco com diagnóstico realizado
Informações referentes a requalificação (infraestrutura física e equipamento) das 11 Maternidade de Referência	1.Relatórios de Análise	Anual	% de maternidades requalificadas quanto a infraestrutura e equipamentos
Informações referentes a Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência	1.Relatórios de Análise	Mensal	% de maternidades de referência para o alto risco realizando inserção de contraceptivos de longa duração
Informações referentes à mortalidade perinatal.	1. Sistema de Informação de Mortalidade SIM	Mensal	% de redução da taxa perinatal

13.2. Cadastro dos Beneficiários

O registro dos beneficiários será feito através do Sistema de TI da Secretaria da Saúde do Estado e do eSUS.

14. Pressupostos de Risco

- Dificuldade na implementação da pactuação entre Estado e os gestores municipais;
- Mudança das Políticas Públicas.

15. Orçamento

(R\$1,00)

Detalhamento	Valor FECOP	Valor Outras Fontes (*)	Valor Total
NATUREZA DA DESPESA			
1. DESPESAS DE CAPITAL			
449052 – Equipamentos e Material Permanente	1.967.070,00	-	1.967.070,00
2. DESPESAS DE CUSTEIO			
339032 – Material de distribuição gratuitas (Insumos)	494.930,00	-	494.930,00
339039 – Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica	129.000,00	-	129.000,00
TOTAL	2.591.000,00		2.591.000,00

16. Cronograma de Desembolso - Fonte FECOP

(R\$1,00)

Item de Despesa	Agosto	Setembro	Novembro	Total
449052	655.690,00	655.690,00	655.690,00	1.967.070,00
339032	164.976,66	164.976,66	164.976,66	494.930,00
339039	43.000,00	43.000,00	43.000,00	129.000,00
TOTAL				2.591.000,00

17. Distribuição dos Recursos por Municípios

(R\$1,00)

Nº de Ordem	Região Administrativa	Municípios	Valor FECOP	Valor Outras Fontes (*)	Pessoas Beneficiadas
01	03 - Grande Fortaleza	42	2.591.000,00	-	132.808
Total			2.591.000,00	-	132.808

18. Responsável (eis) pelo Projeto

Coordenação do projeto	Superintendencia de Fortaleza
Responsável	Dra. Josenilia Maria Alves Gomes
E-mail	gomes.josenilia@gmail.com
Telefone	31015124

Diretrizes Regionais do planejamento participativo

6. Diretrizes Regionais do Planejamento Participativo 2020-2023

Região: Cariri
DIRETRIZES REGIONAIS
Promover a integração das políticas de esporte, saúde e educação.
Promover a regionalização e a efetivação das ações de controle de zoonose.
Ampliar o acesso atenção terciária (UTI).
Fortalecer as políticas de atenção à saúde da pessoa idosa.
Fortalecer a cooperação técnica entre governos estadual e municipais.
Criação das redes de atenção psicossocial.
Fortalecer a gestão do sistema de imunização.
Fortalecer as ações Intersetoriais de controle ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Região: Grande Fortaleza
DIRETRIZES REGIONAIS
Ampliar a capacitação dos profissionais da saúde.
Ampliar vagas para idosos e melhorar a gestão de vagas de forma exclusiva.
Ampliar os programas de saúde da família e a prestação de atendimentos domiciliares.
Melhorar a gestão dos recursos na saúde.
Ampliar políticas inclusivas de pessoas deficientes ou com condições especiais.

Região: Litoral Leste
DIRETRIZES REGIONAIS
Desenvolver política para implantação de ambulatório em escolas usando atenção integral dos adolescentes.
Fortalecer as políticas de ações e prevenção da saúde junto à comunidade.
Melhorar as estruturas de atendimento psicossocial.
Fortalecer as políticas de práticas integrativas e complementares (fitoterapia e acupuntura).
Promover a melhora da regulação dos pacientes dos hospitais terciários.
Promover ações para melhoria do acesso aos exames e serviços especializados.
Promover políticas públicas para prevenção e atendimento de idosos.

Região: Litoral Norte
DIRETRIZES REGIONAIS
Garantir o atendimento da programação pactuada.
Ampliar a promoção da assistência farmacêutica.
Efetivar as redes de atenção a saúde.
Ampliar as ações de prevenção e promoção a saúde de adoção de práticas saudáveis e cultura da paz.
Implementar a rede materno-infantil.
Garantir a implementação da rede de saúde mental.
Ampliar o acesso à atenção secundária e implantar a terciária relativa à saúde bucal.
Ampliar o acesso ao serviço móvel de urgência e emergência na região.

Região: Litoral Oeste - Vale do Curu
DIRETRIZES REGIONAIS
Modernizar o serviço de atendimento, com uso de tecnologia da informação.
Ampliar a oferta de serviços especializados na média e alta complexidade, garantindo atendimento adequado à população.

Região: Maciço de Baturité
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer a atenção primária em saúde, tornado-a efetiva ordenadora do cuidado individual e coletivo.
Fortalecer e implementar ações de vigilância em saúde.
Fortalecer as redes de atenção a saúde (materno-infantil).
Fortalecer os consórcios públicos da saúde, ampliando a oferta de especialidades.

Região: Serra da Ibiapaba
DIRETRIZES REGIONAIS
Implantar serviço de assistência e controle a animais de ruas.
Reestruturar serviços de assistência a saúde a pacientes oncológicos da região. (verificar nome)

Região: Sertão Central
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer a participação do estado na gestão de consórcios públicos de saúde.
Organizar o modelo de atenção de alta e média complexidade, promovendo a resolutividade de acordo com o perfil da região.
Ampliar a oferta de exames especializados.
Promover maior atratividade e permanência dos profissionais na região.
Descentralizar serviços de média e alta complexidade.
Promover a qualificação permanente em relação aos protocolos.

Região: Sertão de Canindé
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer as ações de atenção primária e secundária na região.
Promover a saúde do trabalhador na dimensão biopsicossocial.
Promover ações de promoção e prevenção à saúde da população nas dimensões físicas e mental.
Fortalecer a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da região de saúde.
Implantar os serviços de média complexidade na região.
Fortalecer a educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.

Região: Sertão de Sobral
DIRETRIZES REGIONAIS
Ampliar a oferta de procedimentos e serviços especializados.
Ampliar o acesso à saúde bucal.
Implantar a atenção terciária de saúde bucal.
Garantir a política de acesso aos medicamentos da região.

Região: Sertão dos Crateús
DIRETRIZES REGIONAIS
Apoiar a implementação e funcionamento efetivo da rede de ouvidorias do Sistema Único de Saúde.
Ampliar e garantir a oferta de serviços de saúde na atenção primária especializada.
Implantar as redes de atenção à saúde, de Urgência e Emergência e Psicossocial.
Fortalecer a rede materno-infantil.
Promover formação inicial para gestores que ocuparem cargos públicos na área de saúde.
Promover maior fiscalização e transparência na aplicação dos recursos, bem como incentivar a participação e controle social.
Promover a qualificação continuada e de qualidade dos profissionais da área de saúde.
Estabelecer políticas de prevenção e promoção da saúde.
Garantir atenção à saúde no nível secundário na região e terciário no âmbito do sistema de referência.
Incentivar o resgate da educação popular na saúde.
Implantar curso de medicina na região.

Região: Sertão dos Inhamuns
DIRETRIZES REGIONAIS
Redimensionar as competências dos serviços da atuação básica.
Ampliar o apoio aos municípios da região na oferta de atenção básica.
Ampliar o acesso a serviços indispensáveis à população.
Sensibilizar gestores e população em geral sobre a importância das políticas de promoção e prevenção em saúde.
Implementar planejamento focado nos serviços e pactuação baseadas no perfil epidemiológico da região.
Ampliar a oferta de políticas voltadas para o atendimento ao dependente químico.
Ampliar a oferta de serviços especializados de média complexidade.
Fortalecer a gestão, transparência e interação entre as três esferas de governo.
Garantir a meritocracia no processo de contratação dos profissionais de saúde.

Região: Vale do Jaguaribe
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer e ampliar a rede de atenção (primária, secundária e terciária) de saúde.
Ampliar a oferta de leitos de UTI.
Garantir a aquisição de medicamentos da Programação Pactuada Integrada (PPI).
Viabilizar transporte adequado aos pacientes com necessidades específicas (câncer e hemodiálise).
Ampliar o atendimento do serviço de urgência e emergência em todos os municípios.

7. Monitoramento e Avaliação

Definir intuitivamente avaliação, parece não ser difícil. No entanto, entre avaliadores profissionais, não há uma definição com a qual todos concordam em relação ao sentido exato do termo avaliação.

Uma definição típica de dicionário diria que “avaliar é determinar ou estabelecer valor de; examinar e julgar.

Entre as várias definições conhecidas de avaliação, a maioria prefere a proposta por Scriven⁵ (1967, apud WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004, p. 35):, que definiu avaliação como “julgar o valor ou mérito de alguma coisa”.

Nos termos mais simples que é possível empregar, acreditamos que a avaliação é a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação. Uma definição mais extensa, diria que avaliação é identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (valor ou mérito), a qualidade, a utilidade e eficácia ou a importância do objeto e atividade em relação a esses critérios.

Na perspectiva de reforçar a reflexão sobre monitoramento e avaliação deste plano temos em Garcia² (2001) que o monitoramento é um processo sistemático e contínuo, pode ser entendido como uma ação que permite a observação, a medição e a avaliação contínua de um processo ou fenômeno e que, avaliar não significa apenas medir, o confronto entre a situação atual com a ideal, o possível afastamento dos objetivos propostos, das metas a alcançar, de maneira a permitir uma constante e rápida correção de rumos, com economia de esforços (recursos) e de tempo.

No propósito de implantação de uma prática de monitoramento e avaliação no SUS - Ceará concordamos com Tanaka³ (2006), 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.

O processo de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, utilizar-se-á dos compromissos e resultados de gestão expressos neste documento, através de Diretrizes, objetivos, metas e respectivos indicadores, anualmente avaliados e apresentados no **Relatório de**

5

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas**: concepções e práticas, São Paulo: Edusp / Editora Gente, 2004.

² Garcia RC. Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001. Texto para Discussão nº 776.

³ Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):564-576.

Gestão, sob condução da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento, mediante articulação da Célula de Planejamento Institucional com as áreas técnicas, conforme conteúdo consolidado e alimentado no sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento com fluxo ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação e aprovação. Referido relatório também tem a função de recomendar algum redirecionamento que se fizer necessário ao Plano.

Ressalta-se ainda, o acompanhamento através das respectivas Programações Anuais de Saúde, na ocasião de prestação de contas, quadrimestral apresentadas no Conselho Estadual de Saúde, compatibilizando o conteúdo do relatório resumido de execução orçamentária aos compromissos do plano, expressos nas anualizações das metas, ações e respectivos recursos executados.

No intuito de que o Plano Estadual de Saúde mude positivamente o quadro de saúde para uma população saudável, o monitoramento e avaliação torna-se mecanismo de grande relevância, concretizando a aplicabilidade do planejamento na resolutividade dos problemas de saúde.