



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

Superintendência Regional de Saúde Litoral Leste Jaguaribe

# PLANO DE SAÚDE REGIONAL 2023-2027

REGIÃO LITORAL LESTE JAGUARIBE - CEARÁ

Agosto de 2023

**Governador do Estado do Ceará**

Elmano de Freitas da Costa

**Secretaria Estadual da Saúde**

Tânia Mara Silva Coelho

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

Joana Gurgel Holanda Filha

**Superintendente Regional do Litoral Leste/Jaguaribe**

Mere Benedita do Nascimento

**Assessor Especial**

José Iranilson de Oliveira Gomes

**Coordenadora da Área Descentralizada de Saúde de Aracati**

Magda Maria Cardoso Nogueira da Silva

**Coordenadora da Área Descentralizada de Saúde de Russas**

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

**Coordenadora da Gestão do Cuidado Integral à Saúde – COGEC/SRLES**

Jussara Santos Vieira

**Coordenadora da Regulação, Avaliação e Monitoramento – CERAM/SRLES**

Chiara Lubich Medeiros de Figueiredo

**Coordenadora da Vigilância em Saúde – CEVIS/SRLES**

Vanuza Cosme Rodrigues

**Coordenador Administrativo- Financeira – COAFI/SRLES**

Samuel do Vale Freitas

**Assessores Técnicos Regionais de Saúde**

Joana D'arck da Silva Maurício

Michelli da Silva Ribeiro

Vladia Suyanne Lima dos Anjos

**Assistentes Técnicos e Financeiros Regionais de Saúde**

Francisco Cláudio da Silva

Marluce Angélica Andrade Maia

**Equipe de Elaboração do Plano Regional de Saúde**

Alice Maria Tavares Cavalcante

Ana Abília Bezerra Leão

Cândida Maria Menêzes Reges dos Santos

Chiara Lubich Medeiros de Figueiredo

Deuzesley Silva Xavier

Dinete Leilane Teixeira Rodrigues

Elisangela Maria Rodrigues Pinheiro

Fabiola Moreira da Costa Santiago

Filipe Vidal Nogueira de Sena

Francisca Sâmia Silva de Freitas

Francisco Cláudio da Silva

Gláucia Porto de Freitas

Ivonete Pereira Cavalcante Vieira

José Iranilson Oliveira Gomes

Jose Pascoal da Silva Junior

Josianne Alves de Freitas Maia

Jussara Santos Vieira

Maria Marta Andrade de Sousa Oliveira

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

Mere Benedita do Nascimento

Michelli da Silva Ribeiro

Patrícia de Araújo Xavier

Rosimary da Silva Barbosa

Samuel do Vale Freitas

Vanuza Cosme Rodrigues

Virgínia Maria Moura Remígio Peixôto

Vladia Suyanne Lima dos Anjos

Yara Saldanha Freitas

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização dos entes federados da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, 2023..	15
Quadro 2- Classificação dos municípios da 4ª Região de acordo com o grupo 4 do IGM – Indicadores sociais, 2018.....	51
Quadro 3 - Macroproblemas e Prioridade Sanitárias da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, 2023 .....	78
Quadro 4– DIRETRIZ 1: Qualificar a atenção a 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.....	80
Quadro 5- DIRETRIZ 2: Prevenção de doenças e promoção da saúde para reduzir os agravos e doenças, bem como os riscos à saúde da população .....	83
Quadro 6 - DIRETRIZ 3: Gestão da rede de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde .....	85
Quadro 7 - DIRETRIZ 4: Gestão e Governança do SUS com transparência e integridade .....	85
Quadro 8- DIRETRIZ 5: Aprimorar a participação dos atores sociais na governança do SUS na formulação, fiscalização e monitoramento dos instrumentos e mecanismos do processo de planejamento e gestão do SUS.....	85
Quadro 9 - Demonstrativo dos pontos de atenção de referência da Rede Materno Infantil, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023 .....	87
Quadro 10 - Demonstrativo dos pontos de atenção de referência da Rede de Urgência e Emergência – RUE, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023 .....	89
Quadro 11 - Pontos de Atenção pactuados na Rede de Urgência e Emergência – RUE, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2022.....	91
Quadro 12- Demonstrativo dos pontos de atenção de referência da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2022 .....	96
Quadro 13 - Pontos de Atenção pactuados na Rede de Pessoa com Deficiência, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2021 .....	98
Quadro 14 - Pontos de Atenção Especializada na RAPS, na Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023 .....	101
Quadro 15 - Pontos de Atenção pactuados na Rede de Atenção Psicossocial, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023 .....	101
Quadro 16- Matriz para identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos. Ano base 2022.....	103

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa demonstrativo do quantitativo populacional da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe (RSSLJ).....	17
Figura 2 - Modelo de Determinantes Sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.....	42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de Nascidos Vivos, RLLJ, 2017-2021.....	24
Gráfico 2 - Proporção de Parto Cesáreo, RLLJ, 2017-2021 .....	25
Gráfico 3 - Proporção de gravidez na adolescência, 10 a 19 anos, RLLJ, 2017-2021 .....	26
Gráfico 4- Número de casos de tuberculose notificados, RLLJ, 2018 a 2022.....	27
Gráfico 5 - Proporção de cura de tuberculose, RLLJ, 2017 a 2021.....	28
Gráfico 6 - Proporção de cura de Hanseníase, RLLJ, 2017 a 2021. ....	29
Gráfico 7 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo o ano de diagnóstico, Superintendência da Região do Litoral Leste, 2022* .....	30
Gráfico 8 - Número de Internações, por Capítulo CID 10, residência da RLLJ, 2018 a 2022 .....	31
Gráfico 9 - Número de internações por causas externas da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe. 2008 -2023* .....	32
Gráfico 10 - Mortalidade por CID, RLLJ, 2017 a 2021. ....	33
Gráfico 11 - Taxa de Mortalidade Infarto Agudo do Miocárdio, RLLJ, 2017 a 2021. ....	34
Gráfico 12 - Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT, RLLJ, 2017 a 2021 .....	36
Gráfico 13 - Taxa de mortalidade específica por neoplasias, RLLJ, 2017 a 2021* .....	37
Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade Infantil, RLLJ, 2017-2021.....	38
Gráfico 15 - Taxa de Mortalidade Materna, RLLJ, 2017-2021 .....	39
Gráfico 16 - Número de óbito por causas externas, por Grande Grupo CID10, RLLJ, 2017-2021 ..	40
Gráfico 17 - Proporção de municípios da 4ª Região por classificação de acordo com o IDM, 2018. ....	45
Gráfico 18 - Taxa de escolarização líquida no Ensino Médio, segundo os municípios da Região – 2011/2015.....	54
Gráfico 19 - Taxa de distorção no Ensino Médio, segundo os municípios da Região – 2011/2019 .	54
Gráfico 20 - Distribuição de leitos por especialidades na RSLIJ, 2023. ....	61

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Área e ano de criação dos municípios da Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023. ....	19
Tabela 2 - Distância entre as Cidades da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe e municípios polo e capital Fortaleza, 2023. ....	21
Tabela 3 - Índice médio, número de municípios do Ceará e população, segundo as classes do IDM – Ceará, 2018. ....	44
Tabela 4 - Índice Médio, Número de Municípios do Ceará e População, segundo as Classes do IG2 – Ceará, 2018. ....	45
Tabela 5 - Densidade Demográfica (hab/Km <sup>2</sup> ) dos municípios da 4ª Região de Saúde de por ano, 2023.....	47
Tabela 6 - Taxa de Urbanização (%) dos municípios da 4ª Região de Saúde de por ano, considerando os anos 1996, 2000, 2007 e 2010. ....	48
Tabela 7 - Relação de municípios da 4ª Região segundo ranking do Produto Interno Bruto – PIB 2016 .....	49
Tabela 8 - Produto Interno Bruto (PIB) per capita da 4ª Região por município e por ano, 2021. ....	50
Tabela 9 - Índice Médio, Número de Municípios e População, segundo as Classes do Grupo 4 - IG4 – Ceará, 2018 .....	50
Tabela 10- Relação de municípios da 4ª Região segundo ranking do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, 2010.....	52
Tabela 11 - Cobertura das Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da RSLLJ no ano de 2023.....	60
Tabela 12 - Distribuição de leitos por subespecialidades na RSLLJ, 2023 .....	62
Tabela 13 - Comparativo entre números de leitos gerais necessários e existentes na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2022.....	63
Tabela 14 - Comparativo entre números de leitos de UTI necessários e existentes na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2022.....	63
Tabela 15 - Média de Permanência hospitalar geral e por clínica – Municípios da RSLLJ, período 2021.....	64
Tabela 16 - Taxa de Ocupação Hospitalar geral e por clínica – Estabelecimentos hospitalares da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, ano de 2021. ....	66
Tabela 17 - Número de Médicos, Enfermeiros e Dentistas por mil habitantes segundo os municípios da 4ª Região de Saúde.....	69
Tabela 18 - Carga Horária por categoria profissional da 4ª Região de Saúde .....	70

## ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1– População SUS dependente da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe.....	22
Mapa 2- Abastecimento de água na 4ª Região de Saúde, 2010. ....	55
Mapa 3- Esgotamento sanitário na 4ª Região, 2010. ....	56
Mapa 4 – Unidades de Atenção Primária à Saúde da Região Litoral Leste/Jaguaribe, 2023 .....	57
Mapa 5 – Unidades Hospitalares que prestam serviço de Atenção especializada na RSSLJ.....	58
Mapa 6 - Unidades que prestam serviço de Atenção especializada na RSSLJ.....	59
Mapa 7 - Desenho da Rede Materno-Infantil da Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023.....	88
Mapa 8 - Unidade de Pronto Atendimento- UPA da RSSLJ .....	92
Mapa 9- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 da RSSLJ .....	93
Mapa 10 - Sala de Estabilização- SE da RSSLJ .....	93
Mapa 11- Componente Hospitalar (Porta de Entrada Hospitalar, Leitos de Retaguarda, UTI Adulto e Pediátrico, Unidade Coronariana e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia).....	94
Mapa 12 - Serviço de Atenção Domiciliar- SAD da RSSLJ .....	95
Mapa 13- Mapa dos Pontos de Atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	99
Mapa 14 - Rede de Atenção Psicossocial, RLLJ, 2023 .....	102

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	10
PLANO DE SAÚDE REGIONAL (PSR) COMO INSTRUMENTO ORIENTADOR DA GESTÃO .....	11
O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE REGIONAL (PSR).....	13
1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTES FEDERADOS DA REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE .....	15
1.1 Caracterização da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe (RSL LJ).....	16
1.2 Aspectos Geográficos e Estruturais .....	19
2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE.....	23
2.1 Análise da Demanda.....	23
2.1.1 Situação de Saúde da Região .....	23
2.1.2 Determinantes Sociais de Saúde .....	41
2.2 Análise da Oferta.....	57
2.2.2 Cobertura de ações e serviços de saúde .....	60
2.2.3 Recursos Humanos.....	68
3 ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO REGIONAL .....	76
4 GOVERNANÇA DA REGIÃO DE SAÚDE.....	76
5 MATRIZ ESTRATÉGICA.....	78
6 PLANO DE AÇÃO .....	80
6.2 Redes de Atenção à Saúde .....	86
6.3. Programação Assistencial das Unidades de Referência do Sistema Regional.....	102
6.4 Recursos Financeiros e Fontes de Financiamento .....	103
6.5 Processo de Monitoramento e Avaliação.....	104

## APRESENTAÇÃO

Em 30 de setembro de 2019, o governo do Estado do Ceará deu um importante passo rumo à interiorização do atendimento à saúde da população cearense, ao instituir a Lei Estadual 17.006/2019. Esta Lei dispõe sobre a integração, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, das ações e dos serviços públicos de saúde do Estado e de seus municípios em regiões de saúde (art. 1º).

A Lei da Regionalização do Ceará inaugurou um processo gradual de fortalecimento dos princípios do SUS de equidade, universalização e integralidade no estado, além dos princípios organizativos da regionalização, descentralização e participação popular, considerando que, alinha o interesse da sociedade, em usufruir de saúde com qualidade e próximo de sua residência, ao objetivo da gestão de integrar e universalizar a rede de atendimento em saúde pública no Estado.

Ao folhear esta publicação, é possível conhecer o processo de construção do Planejamento em Saúde da Região Litoral Leste Jaguaribe para o quinquênio 2023-2027. Fruto de um processo colaborativo, coordenado pela Superintendência da Região Litoral Leste Jaguaribe e apoiado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC, o documento recebeu valiosas contribuições do Grupo Técnico Regional, da Comissão Intergestora Regional – CIR, Comitê de Governança Regional – CGR, Conselho dos Secretários Municipais – COSEMS/CE e Conselho Estadual de Saúde – CESAUC/CE.

Importante ressaltar a participação ativa das instituições de ensino, profissionais de saúde e instituições governamentais e não governamentais que integram os colegiados regionais supracitados.

O documento é dividido em seis partes, que apresentam relevantes informações da Região Litoral Leste Jaguaribe. Nele poderá ser visualizado, como ocorreu o processo de elaboração do plano de saúde regional, a caracterização dos entes federados, a caracterização da Região, incluindo as Redes de Atenção à Saúde - RAS e o diagnóstico situacional em saúde. Também é possível visualizar a estruturação de coordenação regional e o processo de governança na região, bem como as prioridades sanitárias, eleitas pelos participantes das oficinas e o plano de ação regional.

Ao apresentar este Plano (2023-2027) conecta-se os compromissos e resultados esperados de forma a sintetizar em um único instrumento, os interesses da população residente, alinhados ao desafio para gestão, de implementar políticas públicas para o fortalecimento do SUS na Região Litoral Leste Jaguaribe. Queremos com esse plano, não só uma entrega, mas sobretudo, impactar positivamente a qualidade de vida da população regional, ao longo do quinquênio 2023-2027.

Mere Benedita do Nascimento  
Superintendente da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe

## **PLANO DE SAÚDE REGIONAL (PSR) COMO INSTRUMENTO ORIENTADOR DA GESTÃO**

O Decreto nº 7.508 de 28 de julho de 2011 e a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, recolocam o planejamento em saúde na agenda da gestão, como requisito legal, valorizando a autonomia dos entes federados.

O Planejamento em Saúde Regional surge como um processo ascendente, iniciando nos municípios e passando pela discussão no cenário da Região, considerando os cenários municipais, regional, estadual e nacional, buscando gerar complementaridade e funcionalidade.

O Planejamento no SUS deve ter como base territorial as Regiões de Saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população que utiliza o SUS\*\*. Acrescenta-se ainda a Lei nº 17.006 de 30 de setembro de 2019, a mesma dispõe sobre a integração, no âmbito do SUS, das ações e dos serviços de saúde em regiões de saúde no Ceará, logo, para a elaboração do PSR foi levado em consideração, a saber (cap III, art. 7º):

- I – as necessidades de saúde regionais;
- II – as medidas de superação das desigualdades e a progressiva diminuição das disparidades regionais;
- III – os vazios assistenciais;
- IV – a qualificação da assistência;
- V – os serviços de saúde públicos e privados prestados na região;
- VI – os dados do mapa da saúde;
- VII – as diretrizes nacionais e estaduais da saúde expressas no plano nacional e estadual da saúde e nas diretrizes da conferência de saúde;
- VIII – o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos sistemas regionais de informações em saúde e o registro de dados dos usuários;
- IX – os planos e projetos governamentais estaduais estratégicos para a saúde, as articulações Intersetoriais e demais informações de interesse da saúde

---

\*(página 55 do Manual de Planejamento do SUS – Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – 1 ed., ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138p. il – (Série Articulação Interfederativa; v4).

\*\* (página 73 do Manual de Planejamento do SUS – Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – 1 ed, ver. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138p. il – (Série Articulação Interfederativa; v4).

A lei supracitada ainda traz que o Plano Regional de Saúde (PSR) manterá consonância com os planos municipal, estadual e nacional; e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve estar compreendida na região de saúde, podendo ser inter-regional, conforme o nível de densidade tecnológica do serviço.

Para além disso, destaca-se a Portaria Estadual nº 2108 de 2019, que aponta as cinco regiões de saúde do Ceará, e dentre elas, cita-se, art. 2º, a Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe (RSLLJ), e seu art. 3º sinaliza que os planos de saúde regionais deverão ser elaborados para o período de quatro anos, com revisão a cada dois anos, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, pela sua Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional, em conjunto com os municípios.

Diante do exposto, considerando a importância de pensar a Região de Saúde, torna-se primordial conhecer as necessidades locais para definir as prioridades regionais e as responsabilidades sanitárias de cada ente na Região.

O Plano de Saúde da Região Litoral Leste Jaguaribe como resultado do processo participativo de planejamento regional, visa ser um instrumento operacional de organização das ações e serviços de saúde, que possibilite uma ação efetiva sob as responsabilidades sanitárias, contribuindo para a garantia do acesso e da integralidade da atenção de forma regionalizada.

## **O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE REGIONAL (PSR)**

O Plano de Saúde da Região Litoral Leste Jaguaribe resulta de um processo participativo, construído no território, tendo como atores: municípios, estado e união, bem como, controle social, instituições de ensino, instituições não governamentais, profissionais de saúde, prestadores de serviços, representados através dos colegiados regionais.

Com o novo desenho de Regiões de Saúde no Estado do Ceará, efetivado com a Lei nº 17.006/2019, tornou-se fundamental pensar as potencialidades locais que precisam ser impulsionadas na região de saúde (RS) Litoral Leste Jaguaribe, compreendendo que esta, no momento da sua criação (2019), possuía os maiores vazios assistenciais do Estado. Assim, a Superintendência Regional Litoral Leste Jaguaribe (SRLES) assumiu o protagonismo de iniciar as discussões para construção do PSR no ano de 2020.

A Comissão Intergestora Regional – CIR composta da gestão municipal, representada pelos 20 secretários de saúde da Região, bem como pela gestão estadual, composta pela superintendente e duas coordenações de área descentralizadas de saúde (ADS), Russas e Aracati, configurou-se como o primeiro cenário de discussão para elaboração do PSR. Importante ressaltar o apoio dos municípios e o interesse coletivo em construir com todo processo, fato este constatado na participação ativa em todas as oficinas realizadas.

O momento inicial não contou com assessorias e/ou consultorias contratadas, foi protagonizado pela inquietação da equipe técnica da SRLES com a orientação da Dra. Vera Coelho, secretária-executiva da Comissão Intergestora Bipartite – CIB.

O corpo técnico da SRLES, compreendido neste entendimento, ADS Aracati e ADS Russas, realizou a 1ª Oficina Regional do PSR, de forma híbrida em 20 de outubro de 2020, a qual contou com a participação de 108 pessoas, tendo como produto: Apresentação do Diagnóstico Situacional em Saúde da Região.

A 2ª Oficina, também organizada pela SRLES, teve como produto: Exposição Dialogada – A Gestão do Cuidado em Redes de Atenção à Saúde - RAS e contou com a participação de 361 pessoas, realizada em 11 de novembro de 2021 em formato híbrido.

Em 12 de maio de 2022 a Secretaria de Saúde do Estado, através do apoio técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, tendo o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) como importante parceiro, iniciou o processo de cooperação técnica as Regiões de Saúde para elaboração do PSR.

Esse importante fato resultou no aprimoramento técnico da metodologia, bem como na criação do Grupo Técnico Regional (GRT) que passou a atuar no processo de planejamento e organização das oficinas e documentos. Nessa nova fase, foram realizadas mais duas oficinas, a 3<sup>o</sup> contou com a participação de 73 pessoas, em formato presencial; e a 4<sup>a</sup> oficina, com a participação 120 pessoas, de forma remota.

Em dezembro de 2022, a Região comemorou outra importante conquista, a posse do Comitê de Governança Regional (CGR) que passou a apoiar a CIR e o GRT nas discussões e proposições de assuntos de interesse coletivo da Região. As reflexões, construções e acordos estão consolidadas neste documento que se constitui como Planejamento de Saúde da Região.

Desejamos com essa publicação contribuir para dias melhores para a população residente na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe. Acreditar que estamos num território vivo, no qual possamos nascer, crescer e morrer com qualidade de vida e direito à saúde assistidos nesta Região é o que nos move e materializa o Plano de Saúde – PSR que ousamos não só entregar nas próximas páginas, mas sobretudo vivenciar ao longo do quinquênio 2023-2027.

# 1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTES FEDERADOS DA REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE

Na atual Constituição Federal (CF), os Municípios são caracterizados como entes federados, dotados, portanto, de autonomia. Logo, são pessoas jurídicas de direito público interno (BRASIL, 1988). A seguir será apresentado a caracterização dos entes federados da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe.

Quadro 1- Caracterização dos entes federados da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, 2023.

<b>ENTES ESTADUAIS</b>		
Secretária de Saúde do Estado	Tânia Mara Silva Coelho	
Secretaria Executiva de Atenção e Desenvolvimento Regional	Joana Gurgel Holanda Filha	
Superintendente de Saúde da Região Litoral Leste Jaguaribe	Mere Benedita do Nascimento	
<b>ENTES MUNICIPAIS</b>		
<b>Município</b>	<b>Prefeito</b>	<b>Secretário</b>
Alto Santo	José Joeni Holanda de Araújo	Rita de Cassia Chagas Bezerra
Aracati	Bismarck Costa Lima Pinheiro Maia	Cristiane Araújo Vieira Alves
Ereré	Emanuelle Gomes Martins	Jacinta Pessoa Gomes
Fortim	Naselmo de Sousa Ferreira	Katiane Gondim da Costa
Icapuí	Raimundo Lacerda Filho	Reginaldo Alves das Chagas
Iracema	Celso Gomes da Silva Neto	Leonardo Rafael de Carvalho Celestino
Itaiçaba	Frank Gomes Freitas	Laécio Paulo Sousa dos Santos
Jaguaratama	Francisco Glairton Rabelo Cunha	Francisca Airlene Dantas e Silva
Jaguaribara	Joacy Alves dos Santos Júnior	Maria da Conceição Cavalcante Peixoto
Jaguaribe	Alexandre Gomes Diógenes	Ianny de Assis Dantas
Jaguaruana	José Elias de Oliveira	Rosiane dos Santos
Limoeiro do Norte	José Maria de Oliveira Lucena	Deolino Júnior Ibiapina
Morada Nova	José Vanderley Nogueira	Jerdson Cristiano Neri Bessa
Palhano	José Luciano Silva	Linete Alves de Lima
Pereiro	Raimundo Estevam Neto	Luiz Bezerra de Queiroz Neto
Potiretama	Luan Dantas Felix	Napoline Silva Melo
Quixeré	Antônio Joaquim Gonçalves de Oliveira	João Urânio Nogueira Ferreira
Russas	Sávio Gurgel Nogueira	Ana Kelly Leitão de Castro
São João do Jaguaribe	Raimundo Cesar Morais Maia	Mayara Regia Alves de Almeida
Tabuleiro do Norte	Rildson Rabelo Vasconcelos	Thais Lima Matos

Fonte: autoria própria, julho/2023

## 1.1 Caracterização da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe (RSL LJ)

A região de saúde é fundamental para incorporar as ações e os serviços de saúde dos entes federados, assim como qualificar a gestão do SUS. Deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, devendo ainda, para ser qualitativa, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como *locus* da integralidade e, acima de tudo, ser resolutive. É fundamental que seja parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário (CAMPOS, 2015).

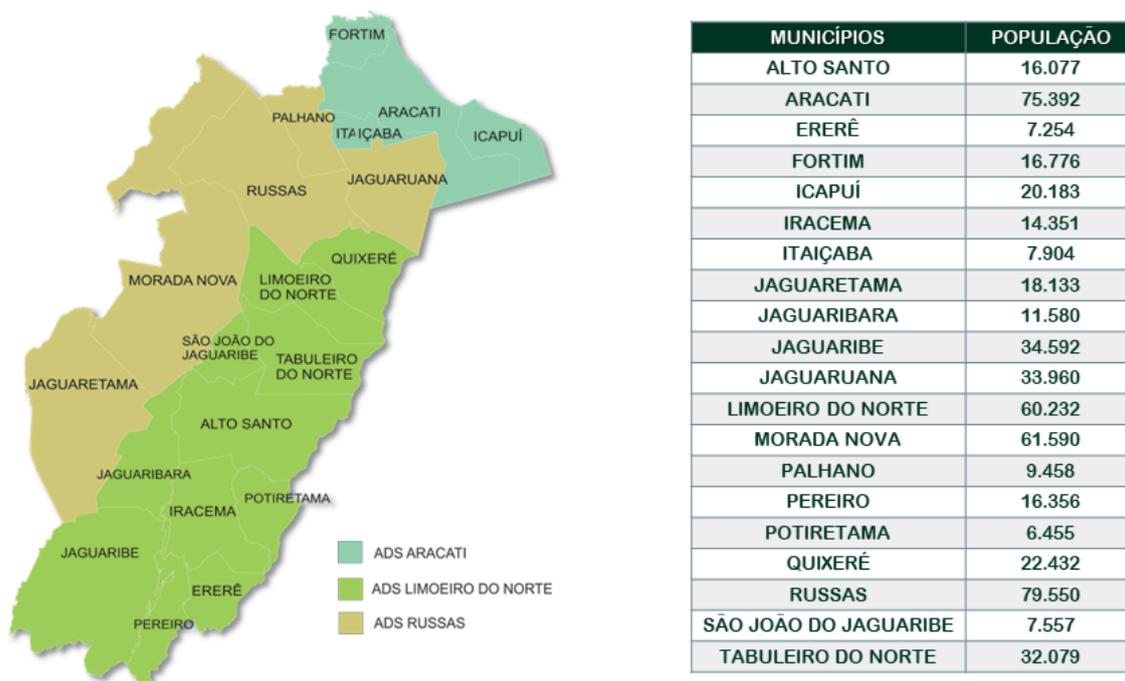
Segundo o Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011, no parágrafo 1º, a Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). A Lei Estadual nº 17.006/2019, no art. 2º, acrescenta ainda que, em razão das diferenças epidemiológicas, geográficas, viárias, de comunicação, ambientais, políticas e socioeconômicas, as regiões de saúde integram suas ações e seus serviços de saúde com as do Estado formando as RAS (BRASIL, 2019a).

Importante relembrar que a Portaria Estadual nº 2.108 de 2019, traz os aspectos organizativo-operacionais das Regiões de Saúde, nos termos da Lei Estadual nº 17.006/2019, o seu artigo 2º o Ceará é dividido em cinco regiões de saúde, sendo a Litoral Leste Jaguaribe definida com a 4ª Região de Saúde do Estado (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c).

A organização do sistema de saúde em nível regional é prioritária, uma vez que garante a pactuação entre as diversas unidades de saúde da região e evita a fragilidade no planejamento e na regulação da oferta dos serviços, motivo de distorções como demora no atendimento e falta de resolutive (CEARÁ, 2019).

A 4ª Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, tem um contingente populacional de 551.911 habitantes, destes 228.965 (41,48%) pertencentes à ADS de Limoeiro do Norte, a ADS de Russas possui um contingente de 202.691 (36,72%) habitantes, e a ADS de Aracati, 120.255 (21,78%) habitantes (IBGE, 2021) (FIGURA 1). Esta Região foi concebida como *locus* da integralidade, logo precisa ser capaz de resolver, se não a totalidade, de forma parcial as necessidades de saúde da população regional; para além disso, ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário do sistema de saúde.

Figura 1 - Mapa demonstrativo do quantitativo populacional da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe (RSL LJ).



Fonte: Adaptado do IBGE, 2021.

A Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe é composta por 20 municípios, a saber:

- ADS de Aracati: Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba;
- ADS de Russas: Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas;
- ADS de Limoeiro do Norte: Alto Santo, Ereré, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte.

Dentre os municípios supracitados se destacam as cidades de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas, devido suas influências nos aspectos históricos, sociais, políticos, demográficos e econômicos se tornaram municípios de referência e concentram atualmente, grande parte das ações e serviços de saúde da Região, sendo, portanto, considerados municípios polo. Os mesmos absorvem as demandas das demais cidades das suas respectivas ADS, assumindo a responsabilidade de atendimento por dispor de maior capacidade técnica e tecnológica e maior resolutividade na média complexidade.

A Região de Saúde tem uma extensão territorial de 18.019,53 km<sup>2</sup>. Os municípios de Morada Nova, Jaguaribe, Jaguaretama, Russas, Alto Santo e Aracati se destacam como os mais extensos da região (IBGE, 2022).

Acrescenta-se ainda que, segundo o IBGE (2021) os municípios mais populosos seriam: Russas, Aracati, Morada Nova e Limoeiro do Norte. Em relação à densidade demográfica, a Região

tem uma média de 31,08 hab./km<sup>2</sup>, sendo Limoeiro do Norte, Aracati e Fortim os municípios mais densos. Os municípios de Ereré, Itaiçaba, Palhano, Potiretama e São João do Jaguaribe são os menores da Região em população e em área geográfica.

Na Região de Saúde há uma discreta predominância do sexo masculino com 50,65% e 49,35% para o sexo feminino. Destaca-se que em 35,0% dos municípios (Alto Santo, Ereré, Icapuí, Jaguaretama, Palhano, Potiretama e Quixeré) o número de homens é maior que o número de mulheres. É pertinente lembrar que na Região há maior concentração da população nas faixas etárias de 20 a 59 anos, tipificando uma população economicamente jovem, havendo a necessidade de implementar políticas públicas e estabelecer proposituras para as necessidades destas populações que se apresentam além de tudo, economicamente ativas.

Em relação à utilização de planos de saúde, constatou-se que 3,79% da população possui plano de saúde e 96,21% são dependentes do SUS. Os municípios de Pereiro (15,39%), Limoeiro do Norte (7,21%), Aracati (5,09%), Tabuleiro do Norte (4,34%), Russas (3,97%) e Jaguaribe (3,20%) são os que apresentam maior percentual de usuários com plano de saúde, destacando-se o município de Pereiro (2514 pessoas) com o maior percentual, desviando-se da curva de normalidade da Região.

Na Região de Saúde, há investimento do governo do Estado para o fortalecimento da interiorização da saúde, como a construção do Hospital Regional Vale do Jaguaribe (HRVJ) e viabilizando a formação de consórcios intermunicipais, que contempla as Policlínicas e os Centros de Especialidades Odontológicas regionais (CEO-R). Há na Região três policlínicas regionais e três CEO-R, ambos necessitam estar qualificados para responder às demandas estabelecidas nas linhas de cuidado prioritárias.

Atualmente a Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe se destaca com os maiores vazios assistenciais de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado. No entanto, o HRVJ visa dar suporte ao planejamento eficiente das ações de saúde a serem desenvolvidas e ofertar a cobertura necessária alcançando as pactuações estabelecidas para a Região de Saúde de acordo com o modelo assistencial.

O Hospital Regional do Vale do Jaguaribe, CNES 9672427, foi inaugurado em 25 de novembro de 2021, e funciona para dar cobertura à Macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe, garantindo atendimento médico-hospitalar à população de pelo menos 20 municípios. A unidade hospitalar está localizada na BR-116, km 190, sítio Danças, na cidade de Limoeiro do Norte e ocupa uma área de aproximadamente 30 mil metros quadrados (m<sup>2</sup>).

O HRVJ foi idealizado para assegurar a oferta de assistência de média e alta complexidade, com unidades de urgência e emergência, centro de parto, centro cirúrgico, centro de imagem e diagnóstico, e enfermarias clínicas. A unidade dispõe de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Clínica Médica, Psiquiatria e Cirurgia Geral. Além disso, realiza atendimentos de hemodinâmica cardiológica, ofertando cateterismos e angioplastias e conta com serviço ambulatorial

nas especialidades de anestesiologia, cardiologia, psiquiatria, proctologia e cirurgia geral. São ofertados diversos exames laboratoriais e de imagem, além de terapias como a hemodiálise e fisioterapia importantes no processo de assistência e recuperação dos pacientes hospitalizados.

Considerando estrutura física que o estabelecimento de saúde possui, o mesmo é dividido da seguinte forma:

- Clínica Psiquiátrica – duas (n=02) enfermarias com quatro (n=04) leitos em cada;
- Clínica Médica - cinco (n=05) enfermarias com quatro (n=04) em cada;
- Clínica Cirúrgica - sete (n=07) enfermarias com quatro (n=04) leitos em cada, além de cinco (n=05) leitos de recuperação pós-anestésicas e duas (n=02) salas cirúrgicas;
- UTI adulto - com dez (n=10) leitos;
- Hemodinâmica – uma (n=01) sala;
- Consultórios – 11 salas.

Desde a sua abertura, a unidade hospitalar vem gradativamente aumentando o seu elenco assistencial, visando sempre tentar minimizar o vazio assistencial da região.

## 1.2 Aspectos Geográficos e Estruturais

No contexto do novo desenho de regionalização do Ceará, de acordo com a Lei de nº 17.006 de 30 de setembro de 2019, que dispõe sobre a integração, no âmbito do SUS, das ações e dos serviços de saúde no Estado, o mesmo faz parte da região Nordeste, possui território com área de 148.920,472 km<sup>2</sup> que faz fronteira com os Estados de Rio Grande do Norte ao norte, Paraíba a leste, Pernambuco ao sul e Piauí a oeste (CEARÁ, 2019a).

Com abrangência territorial de 18.019,53 km<sup>2</sup>, a Região Litoral Leste/Jaguaribe possui vegetação predominante de caatinga arbustiva, floresta caducifólia e mata ciliar, com presença marcante das carnaúbas. O clima regional varia entre seus municípios de tropical atlântico a quente semiárido. Os recursos hídricos têm como principal fonte o Rio Jaguaribe e as chuvas demonstram-se concentradas no período anual de janeiro a maio. Ressalta-se que as fontes de água têm influência importante nas atividades econômicas locais de agricultura, pecuária, piscicultura e carcinicultura.

Na tabela abaixo é possível identificar a área e o ano de criação de cada município que compõe a RLLJ.

Tabela 1 - Área e ano de criação dos municípios da Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023.

MUNICÍPIOS	ÁREA (KM <sup>2</sup> )	ANO DE CRIAÇÃO
<b>Alto Santo</b>	1.345,701	1957
<b>Aracati</b>	1.227,197	1747
<b>Ereré</b>	362,906	1987
<b>Fortim</b>	285,024	1993
<b>Icapuí</b>	421,440	1985
<b>Iracema</b>	839,174	1951
<b>Itaíçaba</b>	213,604	1956
<b>Jaguaretama</b>	1.826,826	1865
<b>Jaguaribara</b>	622,963	1957
<b>Jaguaribe</b>	1.877,062	1864
<b>Jaguaruana</b>	854,362	1865
<b>Limoeiro do Norte</b>	744,525	1897
<b>Morada Nova</b>	2.763,971	1876
<b>Palhano</b>	436,980	1958
<b>Pereiro</b>	435,868	1890
<b>Potiretama</b>	409,137	1987
<b>Quixeré</b>	613,099	1957
<b>Russas</b>	1.611,091	1801
<b>São João do Jaguaribe</b>	279,451	1958
<b>Tabuleiro do Norte</b>	849,145	1958

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/ Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), acesso em 01/06/2023.

Território amplo e de características culturais peculiares, é importante evidenciar o distanciamento entre os municípios componentes e os municípios sede de Área Descentralizada de Saúde, bem como a distância de cada um deles ao município sede da Superintendência Regional e dos 20 municípios com a capital Fortaleza, visto ser a capital quem acolhe boa parte das demandas referenciadas de saúde da região, em especial, as terciárias (TABELA 2).

A nova Plataforma de Modernização da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) (<https://www.saude.ce.gov.br/download/nova-saude/>) proposta e aprovada pela assembleia legislativa em 2019 tem como objetivo favorecer para a população mais acesso aos serviços de saúde, proporcionando atendimento mais humanitário e eficiente. A SESA/CE considera a organização do sistema de saúde nas regiões como ação prioritária, tendo em vista que, organizando, pode proporcionar pactuações de acesso aos serviços realizadas entre os equipamentos de saúde dentro da própria região e colaborar para evitar fragilidades de planejamento e de processos de regulação, tornando o sistema público de saúde mais resolutivo (CEARÁ, 2019b).

Tabela 2 - Distância entre as Cidades da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe e municípios polo e capital Fortaleza, 2023.

MUNICÍPIOS	DISTÂNCIA ENTRE CIDADES DA REGIÃO RELATIVA AOS MUNICÍPIOS POLO E A CAPITAL FORTALEZA (KM)			
	Aracati	Russas	Limoeiro	Fortaleza
Alto Santo	154,0	84,1	59,5	246,0
Aracati	-	71,2	102,0	148,0
Ereré	222	152,0	128,0	314,0
Fortim	22,3	84,5	115,0	132,0
Icapuí	54,8	124,0	155,0	201,0
Iracema	191,0	122,0	97,2	283,0
Itaiçaba	17,0	50,0	80,6	163,0
Jaguaretama	199,0	130,0	112,0	244,0
Jaguaribara	165,0	95,6	71,0	227,0
Jaguaribe	217,0	147,0	123,0	292,0
Jaguaruana	51,1	28,7	75,0	194,0
Limoeiro do Norte	102,0	32,5	-	202,0
Morada Nova	125,0	55,1	37,9	167,0
Palhano	42,4	33,2	63,8	155,0
Pereiro	254,0	185,0	160,0	327,0
Potiretama	190,0	120,0	95,9	282,0
Quixeré	100,0	30,8	16,1	196,0
Russas	71,4	-	32,6	167,0
São João do Jaguaribe	129,0	59,6	27,0	221,0
Tabuleiro do Norte	118,0	48,4	12,9	210,0

Fonte: Google Maps, 2023.

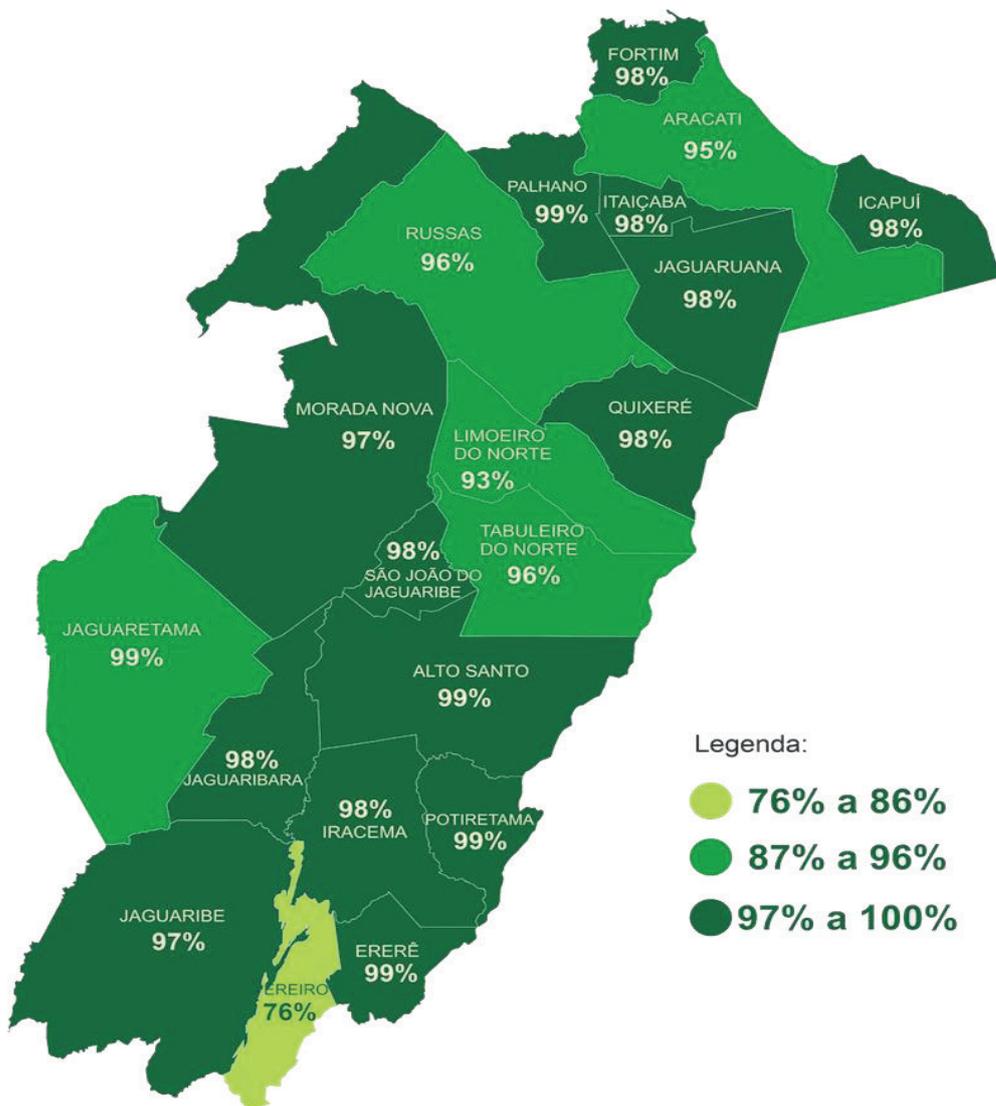
Percebe-se na Região Litoral Leste/Jaguaribe que a necessidade de organização de novos fluxos e acesso aos serviços de média e alta complexidades do Hospital Regional Vale do Jaguaribe causam preocupação a alguns gestores, destacando-se os gestores de Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba, tendo em vista hábito de acordo com oferta de serviços, distância entre municípios e aspectos históricos e culturais estarem marcadamente envolvidos na busca atual de serviços de referência na capital Fortaleza.

Estudo de análise das barreiras de acesso é de fundamental importância para entender o uso dos serviços de saúde e as fragilidades no território (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Há várias categorias para avaliar a qualidade do acesso, como a acessibilidade geográfica, disponibilidade, viabilidade e aceitabilidade (JACOBS *et al.*, 2012). Estudo qualitativo realizado com profissionais e usuários para conhecer a percepção destes participantes da pesquisa quanto aos fatores que dificultam o acesso a um serviço de saúde apontou como principais obstáculos a localização do estabelecimento de saúde, características geográficas do território, transporte, inadequada delimitação da área de abrangência do serviço, despreparo ou falta dos profissionais (SILVA *et al.*, 2011).

A relação entre as evidências científicas quanto ao novo arranjo dos serviços regionais e a melhoria do acesso e qualidade da oferta aos cidadãos deve ser pautada para proporcionar melhor compreensão e adaptação dos gestores, profissionais e usuários às mudanças necessárias na Região.

Importante destacar que, como observado no mapa abaixo, na região existe uma população dependente do Sistema Único de Saúde equivalente a 95,89%, variando de acordo com a ADS analisada.

Mapa 1– População SUS dependente da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe



Fonte: TABNET, 2023

## 2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE

### 2.1 Análise da Demanda

O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional da população brasileira, garantido com a criação do SUS. O conceito de utilização dos serviços de saúde inclui o contato direto dos usuários em atividades como consultas médicas, odontológicas e hospitalizações, ou de forma indireta, por meio da realização de exames preventivos e diagnósticos (laboratoriais, radiológicos, entre outros) (MALTA *et al.*, 2021). A seguir será apresentado a análise da Região Litoral Leste/Jaguaribe.

#### 2.1.1 Situação de Saúde da Região

A análise da situação de saúde da Região do Litoral Leste Jaguaribe é descrita através de indicadores de morbimortalidade definidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

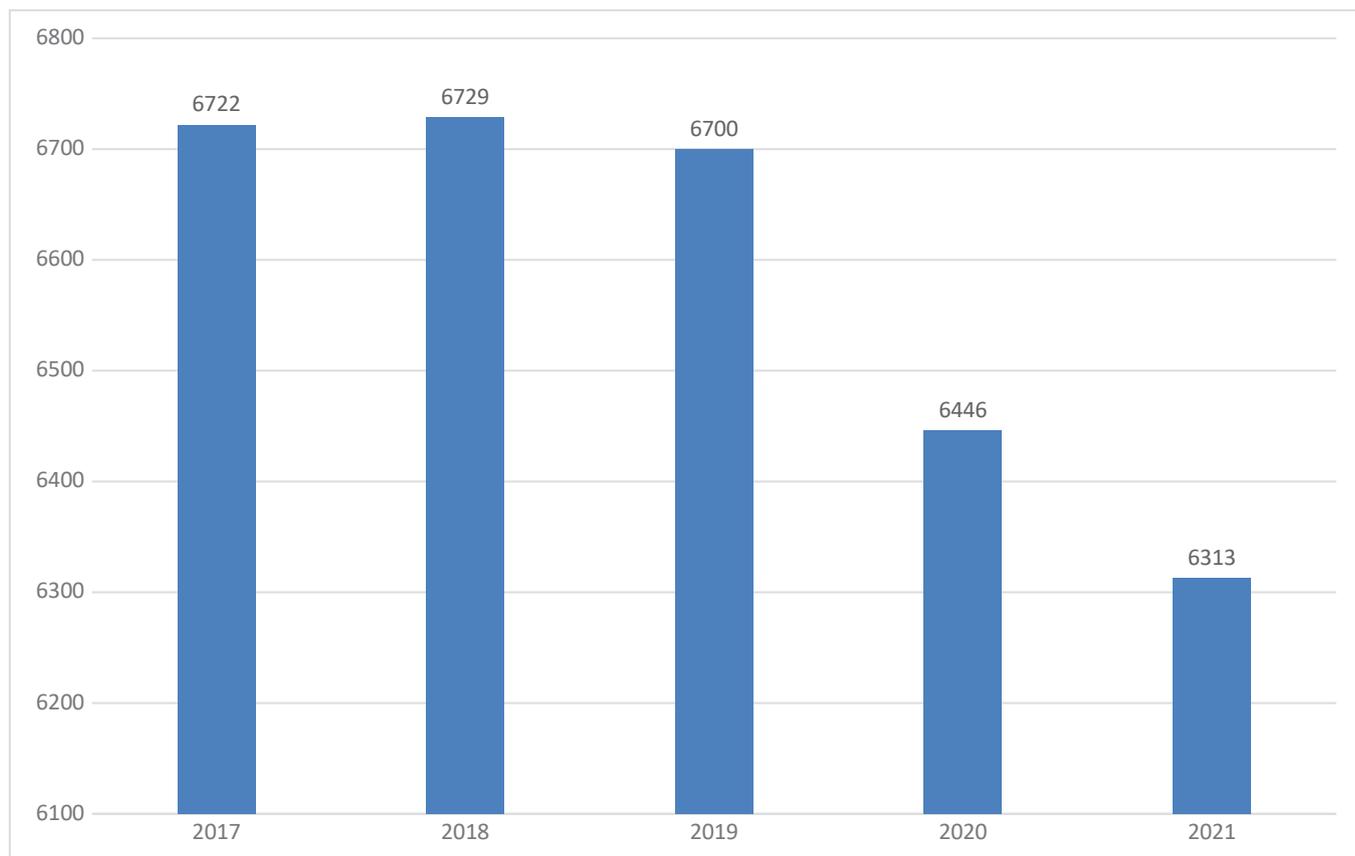
Fazer um estudo desses dados é também compreender quais os avanços e desafios que se apresentam no território da Região de Saúde. Sabe-se que o planejamento em saúde deve ser estratégico, analisando as informações do cenário e definindo as prioridades para determinado período.

Nesse sentido serão apresentados indicadores de morbimortalidade que apontam as necessidades de saúde, refletindo sobre os desafios na implementação de estratégias para mudança de cenário. Essa análise será iniciada pelos dados de nascidos vivos, seguindo pelos indicadores de morbidade e mortalidade.

#### **Natalidade**

Natalidade é um termo associado ao nascimento de indivíduos de uma dada sociedade num certo momento histórico. De acordo com o número de nascidos que permanecem vivos em um determinado período é possível calcular o índice de crescimento populacional de um país ou região. O estudo do crescimento populacional é uma base de dados fundamental para a análise quantitativa e qualitativa da realidade de um determinado país.

Gráfico 1 - Número de Nascidos Vivos, RLLJ, 2017-2021

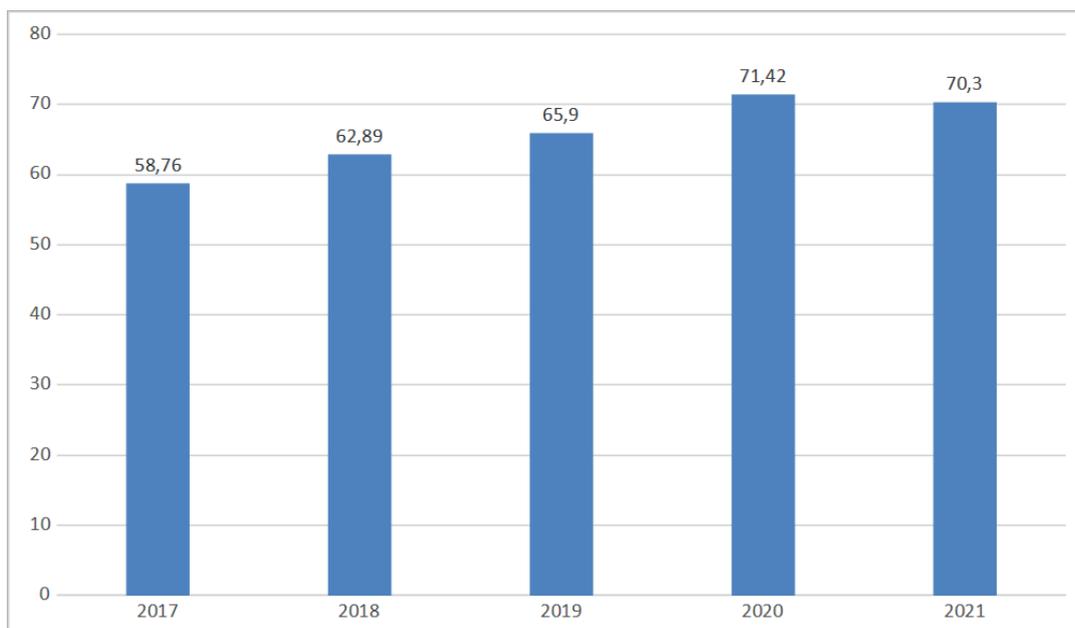


Fonte: SINASC, 2023

O gráfico 1 destina-se a demonstrar a queda no número de nascidos vivos ao longo da série histórica de 2017 a 2021 na região, passando de 6722 para 6313, respectivamente, uma redução de 409 nascidos vivos, representando 6% em 05 anos. Essa análise pode variar de municípios para município, com diferentes impactos. Sabe-se que nascidos vivos é a base de dados para vários indicadores, como mortalidade infantil, mortalidade materna, cobertura vacinal, entre outros.

Assim faz-se necessário uma análise dos fatores que colaboram para essa redução, dentre os quais pode-se mencionar inserção das mulheres no mercado de trabalho, diversidade na constituição familiar, urbanização, queda da fecundidade da mulher, planejamento familiar, utilização de métodos contraceptivos, as mudanças ideológicas da população entre outros têm interferido diretamente na redução desse crescimento populacional.

Gráfico 2 - Proporção de Parto Cesáreo, RLLJ, 2017-2021



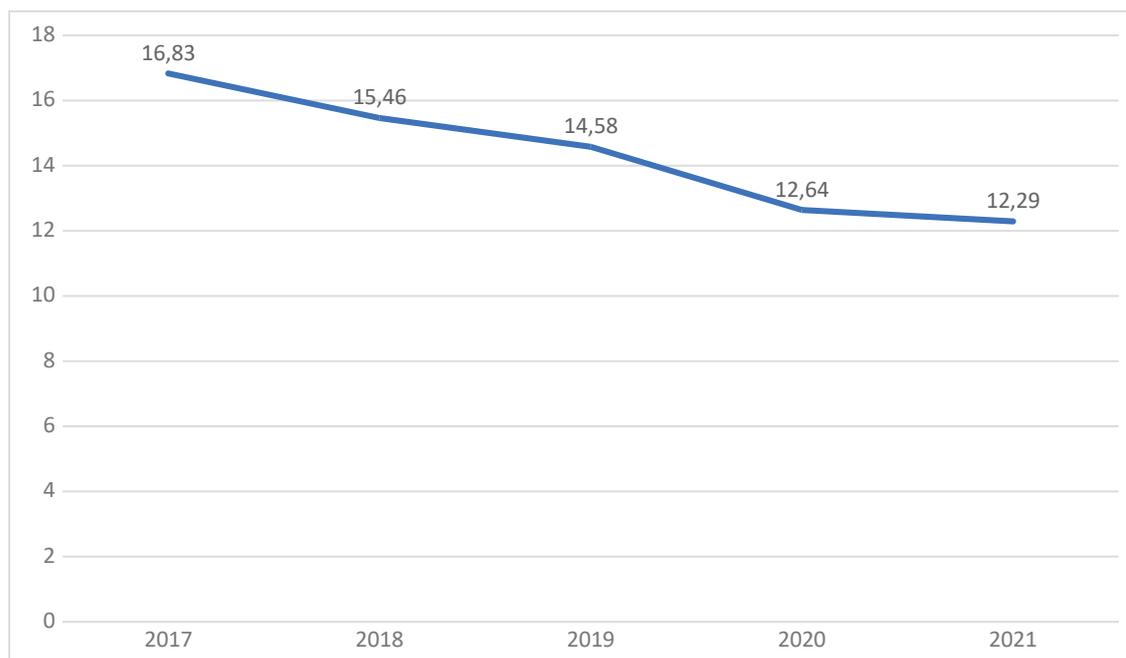
Fonte: SINASC, 2023

A OMS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% das gestantes apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

O gráfico 2 apresenta uma série histórica crescente na proporção de partos cesáreos na Região de Saúde, de 2017 a 2020, passando de 58,76 para 71,42, respectivamente, com discreta redução em 2021. Resultados que vão de encontro a terminação da OMS. Percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.

Ressalta-se que algumas ações esperadas para causar impacto positivo no indicador como: incentivar o acompanhamento ao pré-natal a fim de que o parto cesáreo seja realizado sob indicações cada vez mais precisas, incentivar a disseminação de informações a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações precisas, pactuar e sensibilizar os prestadores sobre a importância do processo de qualificação da assistência, divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço.

Gráfico 3 - Proporção de gravidez na adolescência, 10 a 19 anos, RLLJ, 2017-2021



Fonte: SINASC, 2023

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública devido aos riscos à saúde da mãe e do bebê, tais como prematuridade, anemia, aborto espontâneo, eclâmpsia, depressão pós-parto e outros, além de agravar problemas socioeconômicos já existentes.

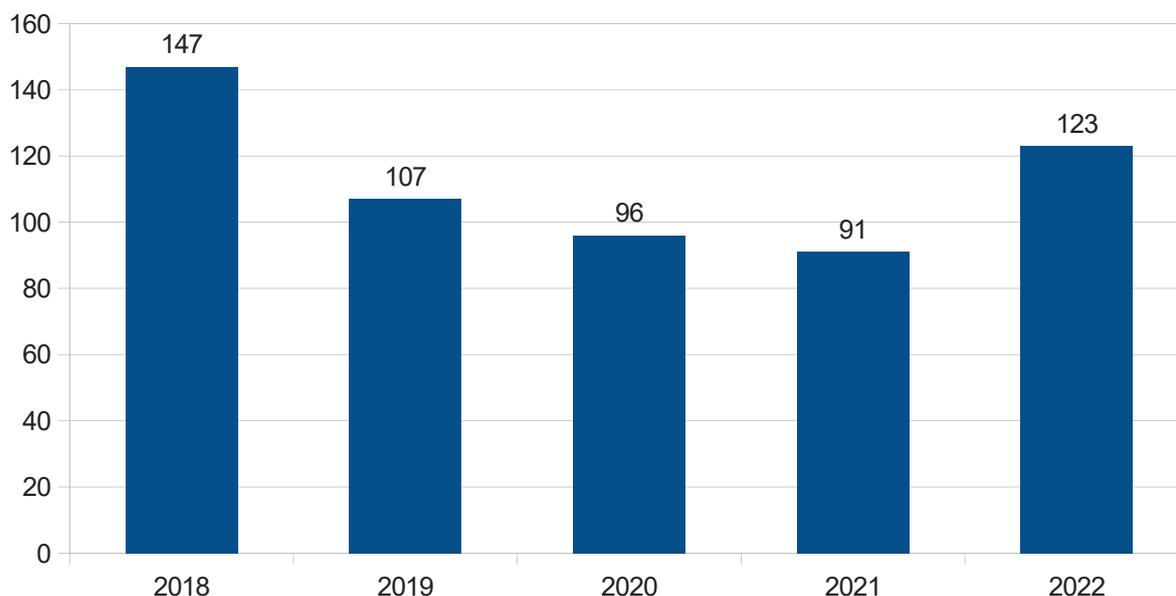
Percebe-se que a proporção de gravidez na adolescência vem reduzindo na série histórica apresentada, passando de 16,83 para 12,29, conseqüentemente, 2017 a 2021. Porém existem municípios com cenários diferentes, apresentando heterogeneidade na série histórica.

Diversos fatores contribuem para a gravidez na adolescência, tendo como principal motivo a desinformação sobre a sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, assim como as questões emocionais, psicossociais e o contexto em que este adolescente está envolvido. Dessa forma, um dos fatores mais importantes para a prevenção é a educação. As equipes de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde têm importante papel no desenvolvimento de ações que levem em conta o momento de vida da adolescente e abordando questões do crescimento e desenvolvimento, discussão sobre o plano de vida, saúde sexual, planejamento familiar, saúde reprodutiva, pré-natal e seguimento ao longo da vida.

## Morbidade

Em epidemiologia, morbidade ou morbilidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento. A quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade e morbimortalidade são tarefas essenciais para vigilância e controle das doenças que, por sua vez para fins de organização dos serviços de saúde e intervenção nos níveis de saúde pública.

Gráfico 4- Número de casos de tuberculose notificados, RLLJ, 2018 a 2022.



Fonte: DATASUS, julho/2023

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. A forma pulmonar da doença é a mais frequente e de maior relevância para a Saúde Pública, responsável pela sua transmissão. A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que a pandemia da COVID-19 reverteu anos de progresso global no combate à tuberculose, visto que as mortes pela doença aumentaram, indicando que a tuberculose é a doença infecciosa que mais mata jovens e adultos, ultrapassando o HIV/AIDS. Os serviços de tuberculose estão entre muitos outros interrompidos pela pandemia da COVID-19 em 2020, mas o impacto sobre essa doença foi particularmente grave. Estima-se que cerca de 4,1 milhões de pessoas atualmente sofrem de tuberculose, mas não foram diagnosticadas com a doença ou não notificaram oficialmente às autoridades nacionais. Este número é superior aos 2,9 milhões em 2019.

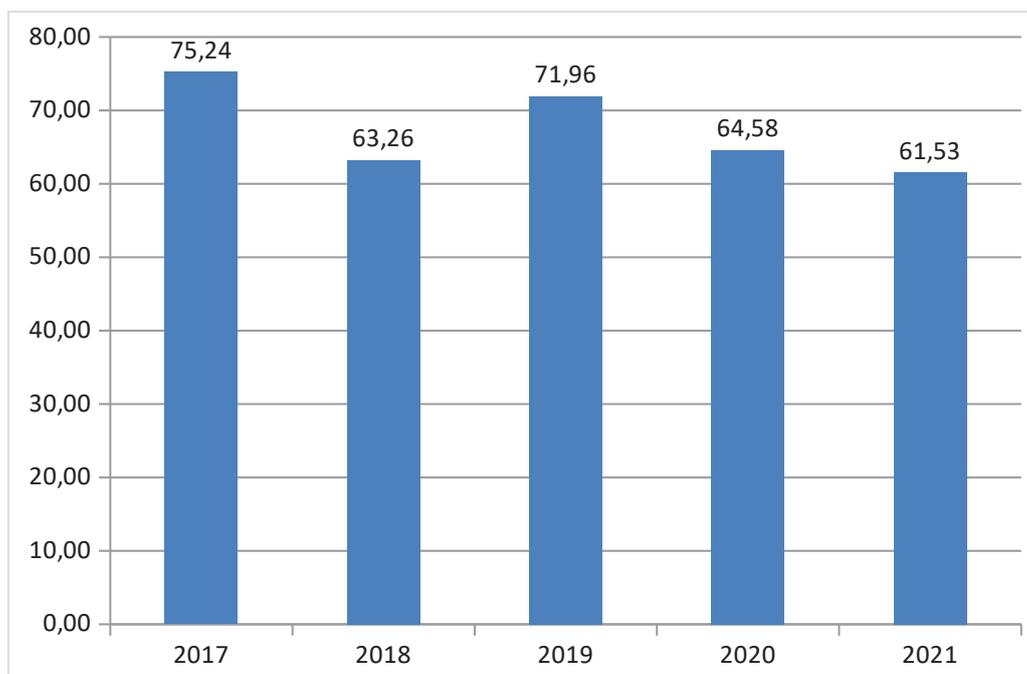
Na Região do Litoral Leste Jaguaribe tem sido desafiador o diagnóstico, acompanhamento e encerramento dos casos de tuberculose por cura. Os municípios apresentam situações diversas, alguns

remetem a subnotificação de casos. A exemplo, tem 02 municípios que não tem diagnóstico de tuberculose nos últimos 03 anos, indicativo de que existem indivíduos com tuberculose, porém não foram diagnosticados.

Nota-se no gráfico apresentado que o número de casos notificados teve uma redução quando avalia-se o ano de 2019,2020 e 2021 relacionado ao ano de 2018, aumentando no ano de 2022.

Salienta-se que o contexto da tuberculose vem sendo discutido nas reuniões de planejamento, monitoramento e avaliação com coordenadores da atenção primária e vigilância epidemiológica. Algumas estratégias foram pensadas para testar os sintomáticos respiratórios, realizar diagnóstico oportuno e tratamento adequado. Realizar capacitação com os profissionais, garantir insumos para realização de baciloscopia, monitorar os casos existentes conforme orientações do Ministério da Saúde, definir fluxos de pacientes na rede municipal, avaliar contatos e garantir a testagem de 1% da população anualmente.

Gráfico 5 - Proporção de cura de tuberculose, RLLJ, 2017 a 2021.

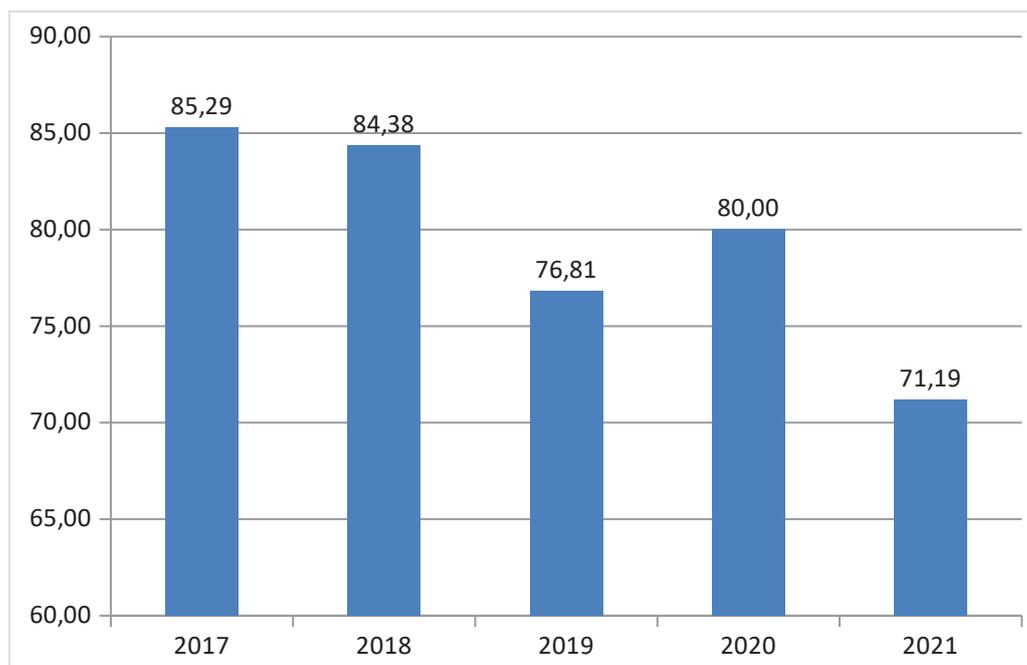


Fonte: DATASUS, julho/2023

Segundo o Plano Estadual de Controle da Tuberculose publicado em 2021, as metas estaduais recomendadas são: detectar 70%; curar, pelo menos, 75% dos casos; e obter um percentil abaixo de 5% no abandono. O principal indicador para análise das ações de controle de tuberculose é o da cura, visto que ao identificar e curar um caso bacilífero, interrompe-se a cadeia de transmissão da doença.

O gráfico apresenta proporção de cura coerente com a recomendação do Estado do Ceará somente no ano de 2017, atingindo 75,24% de cura. A partir de 2018, o resultado de cura apresenta-se abaixo de 75%.

Gráfico 6 - Proporção de cura de Hanseníase, RLLJ, 2017 a 2021.



Fonte: DATASUS, julho/2023

A hanseníase está inserida na agenda sanitária internacional e, dentre os compromissos mundialmente assumidos, a doença está contemplada no 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU).

A Estratégia Global de Hanseníase 2021 a 2030 traz uma mudança significativa na abordagem ao enfrentamento da hanseníase no mundo. As estratégias anteriores estavam direcionadas para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, tendo obtido avanços significativos na redução da carga global da hanseníase nas últimas três décadas.

A partir de 2022, a Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação (CGDE/DCCI/SVS) atuará para promover a implantação dessas novas tecnologias na rede SUS, ampliando o diagnóstico da hanseníase, de forma a possibilitar a detecção precoce de novos casos para tratamento oportuno, o que é essencial para a quebra da cadeia de transmissão.

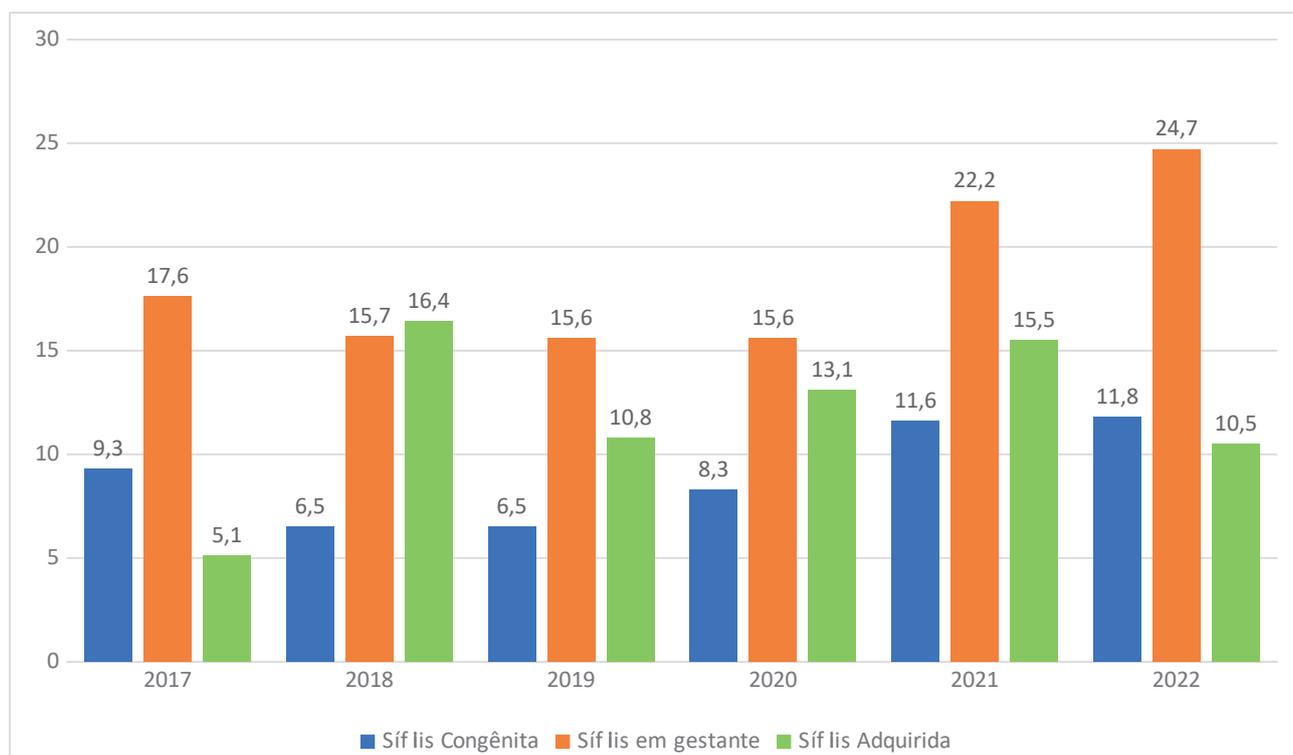
Entre os anos de 2016 e 2020, foram diagnosticados no Brasil 155.359 casos novos de hanseníase. Desses, 86.225 ocorreram no sexo masculino, o que corresponde a 55,5% do total. Essa predominância foi observada na maioria das faixas etárias e anos da avaliação, com maior frequência nos indivíduos entre 50 e 59 anos, totalizando 29.587 casos novos

No período de 2017 a 2021 foram notificados 7.029 casos novos da doença no estado do Ceará, sendo 257 em menores de 15 anos. Houve significativa redução de 30,9% na taxa de detecção geral de hanseníase, passando de 17,1 para 11,8 casos por 100.000 habitantes. A média de casos por ano está em 15,3%.

Na região do Litoral Leste Jaguaribe foram diagnosticados 312 casos de hanseníase, com situações específicas por município, com contextos em que há 04 anos não tem notificação desse agravo, o que pode indicar subnotificação. Essa realidade é bastante desafiadora tendo em vista a necessidade de estratégia que venham ao encontro das necessidades da população. Investigação e diagnóstico oportuno, além do monitoramento e avaliação são imprescindíveis para identificar e tratar oportunamente os pacientes, além da quebra da cadeia de transmissão.

O gráfico uma série histórica de 2017 a 2021 demonstra heterogeneidade de proporção de cura de hanseníase, apresentando melhor percentual de cura em 2017, com redução a partir do ano 2018.

Gráfico 7 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo o ano de diagnóstico, Superintendência da Região do Litoral Leste, 2022\*



Fonte: SINAN, 2023

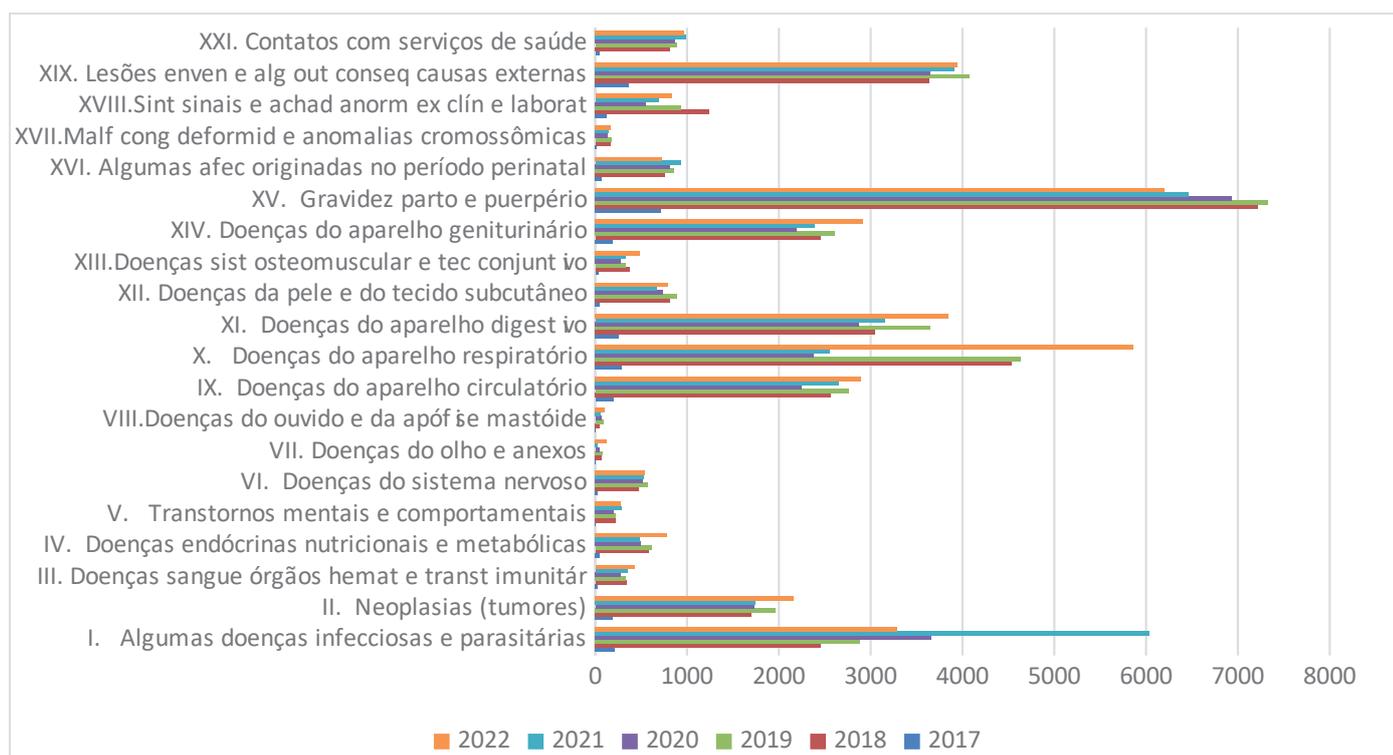
A meta de eliminação da Sífilis Congênita, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é de menos de 0,5 casos por mil nascidos vivos (NV). No Brasil, em 2020, último ano analisado, a taxa de incidência foi de 7,7 casos por 1.000 NV. No Ceará, em 2022, com os dados analisados até setembro, esta taxa se encontra no valor de 16,1 por 1.000 NV. Dentre as ações desenvolvidas de vigilância, prevenção e controle no Ceará, destaca-se a participação no projeto “Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à Sífilis” que visa desenvolver ações estratégicas para redução da transmissão vertical do HIV e sífilis nos municípios.

Na Região do Litoral Leste Jaguaribe a notificação da sífilis apresenta-se heterogênea conforme demonstra para sífilis congênita, adquirida e sífilis em gestante, na série histórica apresentada no gráfico seguinte. É demonstrado que a sífilis congênita apresenta uma redução na taxa de detecção nos anos de 2018 e 2019, tendo como base o ano de 2017. A partir de 2020 essa taxa vem crescendo com culminando com 11,8 em 2022, dados parciais. Essa realidade é similar quando é analisado o cenário da sífilis em gestante e sífilis adquirida.

O aumento de casos na taxa detecção de sífilis ser atribuído, além da ampliação ao acesso ao diagnóstico da sífilis, por meio da testagem rápida, também o trabalho de vigilância das notificações que vem sendo intensificada.

A atuação dos profissionais de saúde, por meio das orientações preventivas, suspeição clínica, rastreamento dos assintomáticos, tratamento e seguimento adequado é fundamental para o controle da sífilis na Região, considerando a epidemia desse agravo no país.

Gráfico 8 - Número de Internações, por Capítulo CID 10, residência da RLLJ, 2018 a 2022



Fonte: DATASUS, 2023

Cuidados hospitalares é o foco de amparo à saúde coletiva e pesquisas em níveis de serviços públicos, devido ao seu papel na integridade física e pelos gastos econômicos envolvidos, respectivamente. Conhecer os fatores associados à utilização de serviços hospitalares, caracterização

dos principais desfechos que levaram à procura do serviço e perfil destes usuários, são informações fundamentais para estruturação e inserção de novas políticas voltadas para o aumento da equidade do sistema de saúde, redução do “desperdício” de recursos econômicos e maior eficiência no atendimento hospitalar da população.

Existem tipos distintos de contextos que levam a necessidade de cuidados hospitalares e internações, como causas naturais (doenças infecciosas, virais, crônicas e/ou agudas) e externas (acidentes e violências).

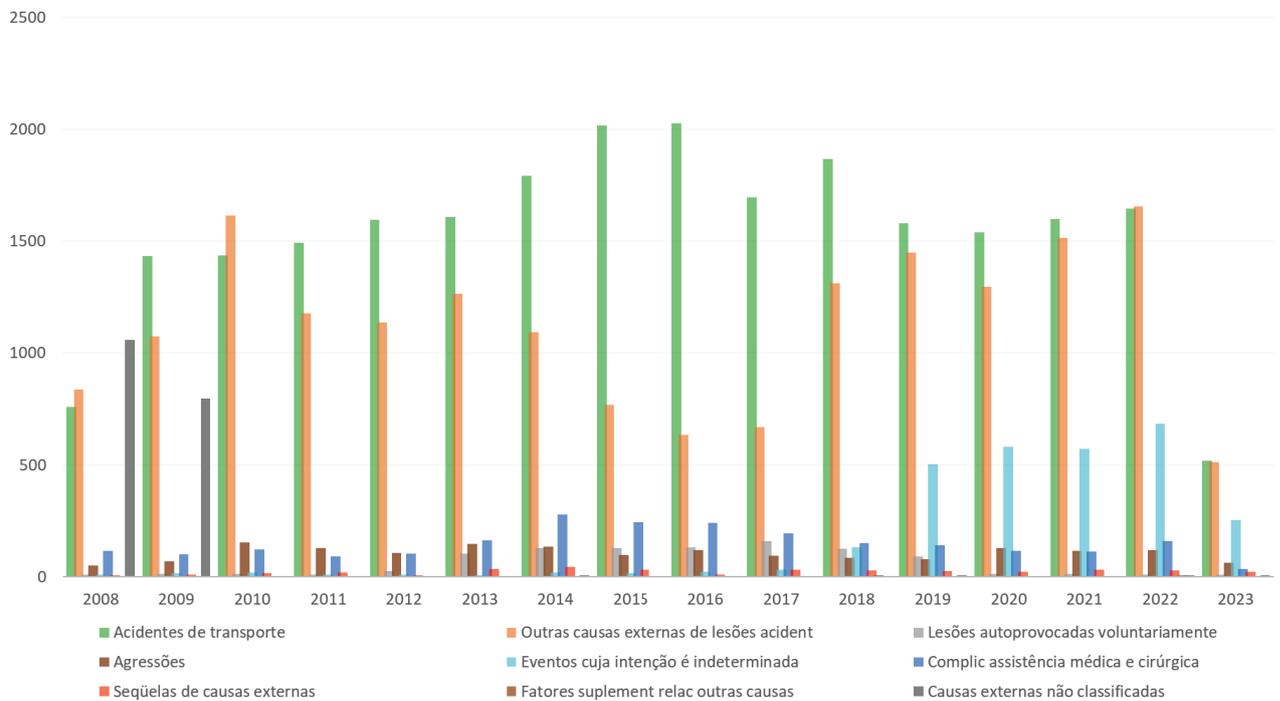
Na Região de Litoral Leste Jaguaribe, no período de 2017 a 2021, seguindo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), mostra que o Capítulo XV que corresponde a gravidez, parto e puerpério tem o maior número de internações, uma condição esperada (GRÁFICO 8).

As doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário também apresenta uma importância significativa para a região. No entanto, destaca-se as internações do capítulo XIX que compreende lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, visto apresentarem número expressivo na Região de Saúde na série histórica apresentada (GRÁFICO 8). Ressalta-se ainda que as causas externas, em especial os acidentes por motocicletas, encontram-se entre as principais causas de morbimortalidade, causando um impacto na taxa de mortalidade e nos indicadores dessa região (GRÁFICO 4).

As características e perfil de internações, de um modo em geral, é um reflexo das necessidades e características socioeconômicas, culturais e fenotípicas do próprio local analisado. Entretanto, campanhas e estratégias de políticas de saúde pública podem minimizar as internações e consequentemente custos financeiros envolvidos, principalmente aquelas envolvidas com causas naturais.

No que tange as causas externas caracteriza-se como um conjunto de várias formas de violência e acidentes, que incluem: traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, acidentes de trânsito, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídio, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

Gráfico 9 - Número de internações por causas externas da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe. 2008 -2023\*



Fonte: SIH, 2023

\* Dados até abril/2023

Essas várias formas de violência e acidentes têm desencadeado uma grande preocupação em nacional, estadual e regional, uma vez que têm demandando uma organização da Rede de Atenção de Urgência e Emergência constantemente.

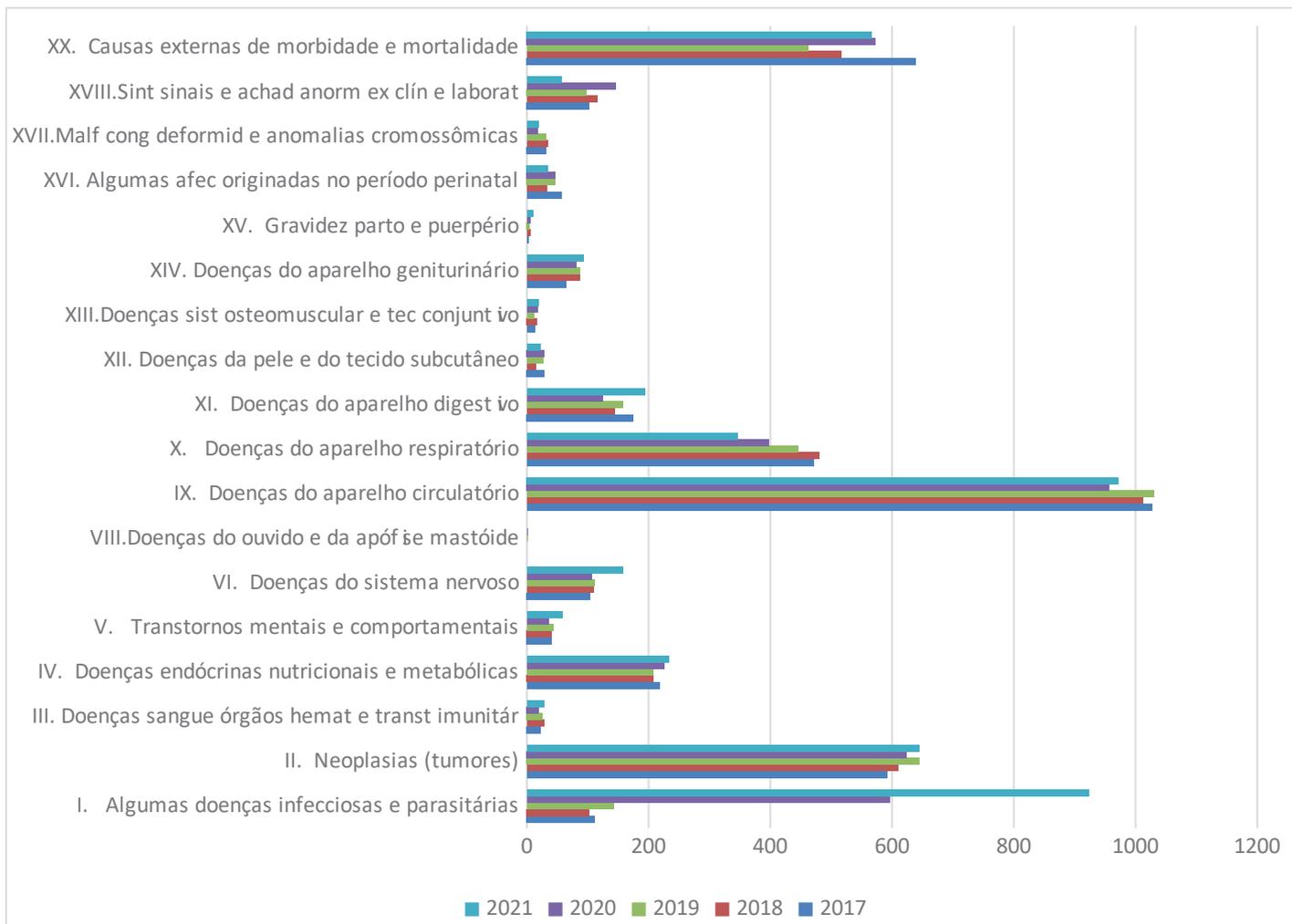
Na série histórica, 2008 a 2022, apresentada abaixo observa-se que as internações por acidentes de transportes e outras causas externas de lesões acidentadas têm sido as principais condições de internações demandadas pela Região do Litoral Leste Jaguaribe.

Essa condição está sendo vem sendo monitorada e analisada intersetorialmente tendo em vista que trata-se de uma realidade que necessita da intervenção de vários atores e setores federados.

## Mortalidade

O estudo da mortalidade é importante devido à sua interrelação com a taxa de fecundidade que por sua vez demonstra o crescimento do volume populacional e as transformações na composição etária da população. Os indicadores podem também mostrar pelo ângulo social quais esforços deverão ser realizados para superar determinados obstáculos que se mostram bastante desafiadores, objetivando redução das desigualdades sócio regionais.

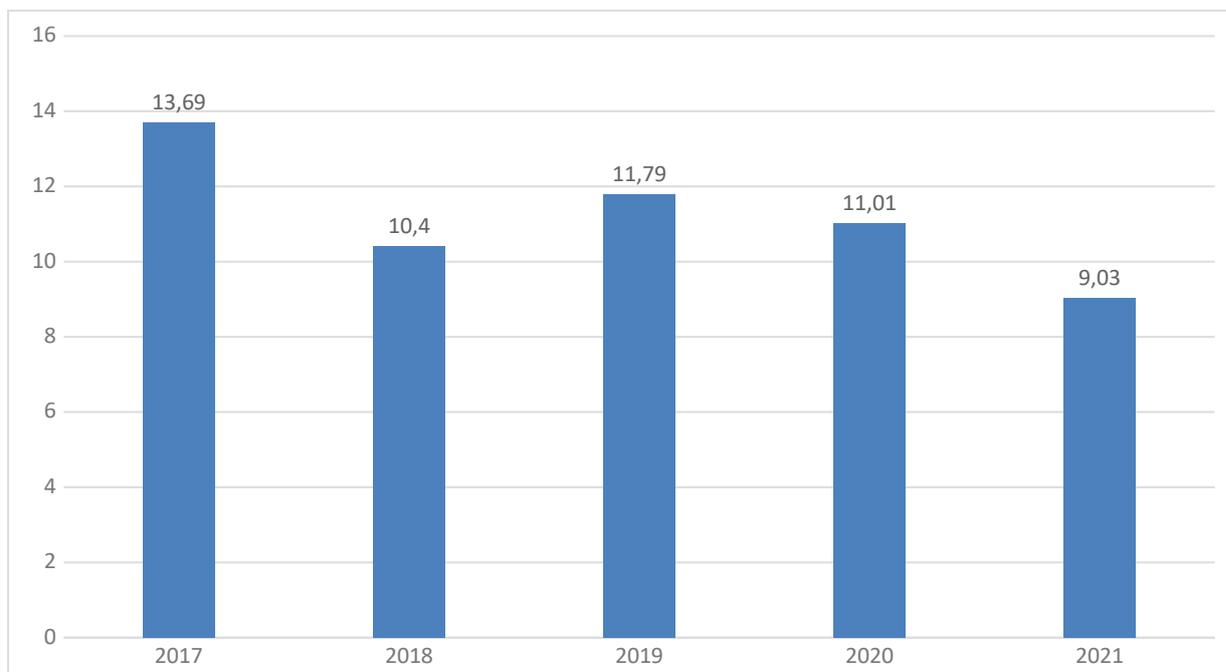
Gráfico 10 - Mortalidade por CID, RLLJ, 2017 a 2021.



Fonte: SIM, 2023

Em relação ao número de óbito, mortalidade geral, por grupo de causas do CID-10 na região do Litoral Leste Jaguaribe, no período de 2017 a 2021, observa-se que o comportamento das causas de óbito nesta Região de Saúde tem semelhança com o Ceará e o Brasil, pois as doenças do aparelho circulatório estão como primeira causa de morte. Em seguida as neoplasias, causas externas de morbidade e mortalidade e doenças do aparelho respiratório como as quatro principais causas de mortalidade no Litoral Leste Jaguaribe nos anos estudados. A mudança no perfil de mortalidade requer ações intersetoriais de promoção, prevenção e recuperação à saúde em todos os níveis de atenção e esferas de governo (GRÁFICO 10).

Gráfico 11 - Taxa de Mortalidade Infarto Agudo do Miocárdio, RLLJ, 2017 a 2021.



Fonte: SIM, 2023

As doenças cardiovasculares, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando altas taxas de incidência e mortalidade.

Essa realidade pode ser explicada tanto pela mudança da estrutura etária da população, quanto pelo aumento da prevalência de exposição aos fatores de risco reconhecidamente associados às doenças do aparelho circulatório, tais como o sedentarismo, aumento do consumo de carnes e gorduras, redução do consumo de frutas e verduras, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e aumento da prevalência de obesidade, além das desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

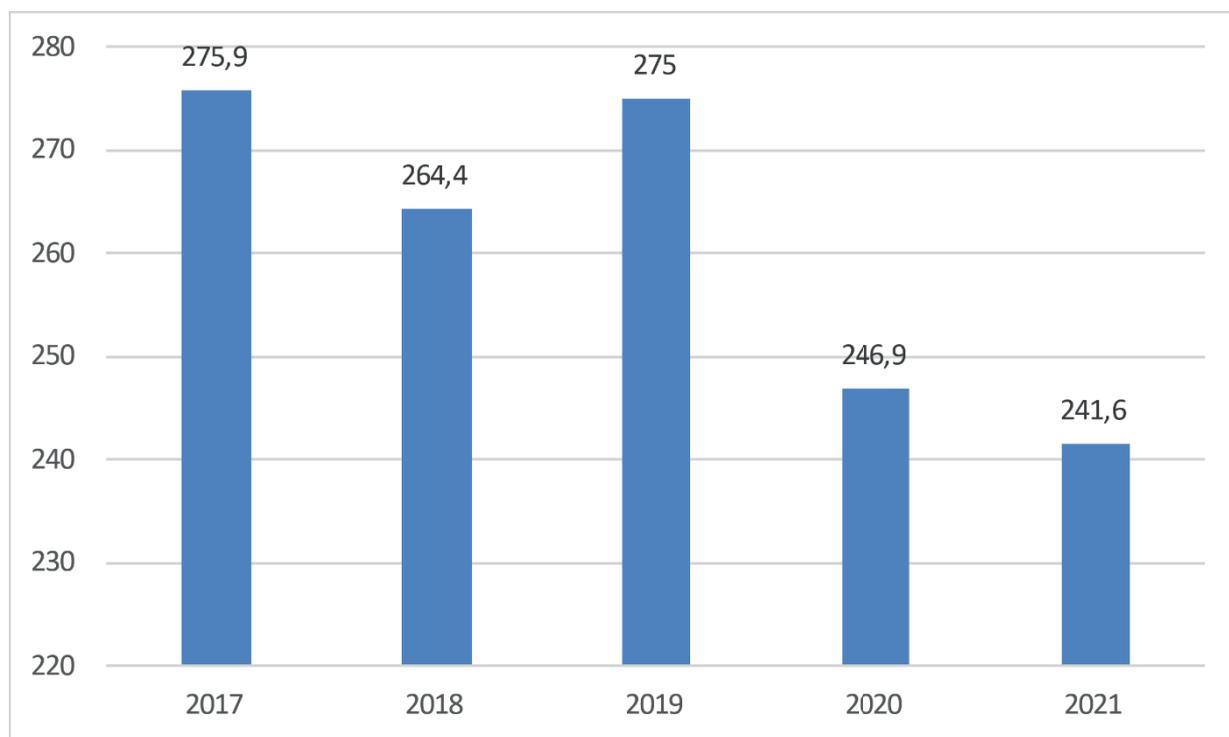
O Ceará apresenta um incremento nos casos de IAM. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ceará, o IAM em 2022 foi a principal causa de óbitos no Estado, com 3291 casos registrados, ultrapassando a incidência de agressões por arma de fogo, doenças virais e pulmonares (BRASIL, 2023). Os fatores de risco que predisõem o IAM estão relacionados à idade, diabetes mellitus (DM), obesidade, tabagismo, estresse, ansiedade, fatores genéticos, uso de substâncias e hábitos diários.

A Região do Litoral Leste Jaguaribe apresenta uma taxa de mortalidade por IAM heterogênea no período de 2017 a 2021, com pico no ano de 2017, redução de 2018 a 2019, e discreto aumento em 2021.

Com isso chama-se atenção para a necessidade de promover programas de saúde educativos e prevenção de doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tabagismo, DM, obesidade,

além de estímulos em grupos de atividade física, principalmente no espaço urbano, bem como a divulgação quanto a importância dos cuidados básicos de saúde em homens e mulheres.

Gráfico 12 - Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT, RLLJ, 2017 a 2021



Fonte: SIM, 2023

As doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas) têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para indivíduos, famílias e a sociedade em geral. O coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis mede o risco de morrer em decorrência dessas doenças em um determinado espaço geográfico e período de tempo (MALTA, 2014).

Esse indicador faz parte do Plano Estratégico para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil para o período de 2011 a 2022, que está alinhado ao Plano Global de Ações para a Prevenção e Controle das DCNT 2013-2020, da Organização Mundial da Saúde (OMS). No âmbito global, o plano prevê redução de 25% na mortalidade prematura por DCNT até 2025. A taxa de mortalidade prematura por DCNT é calculada da seguinte forma:

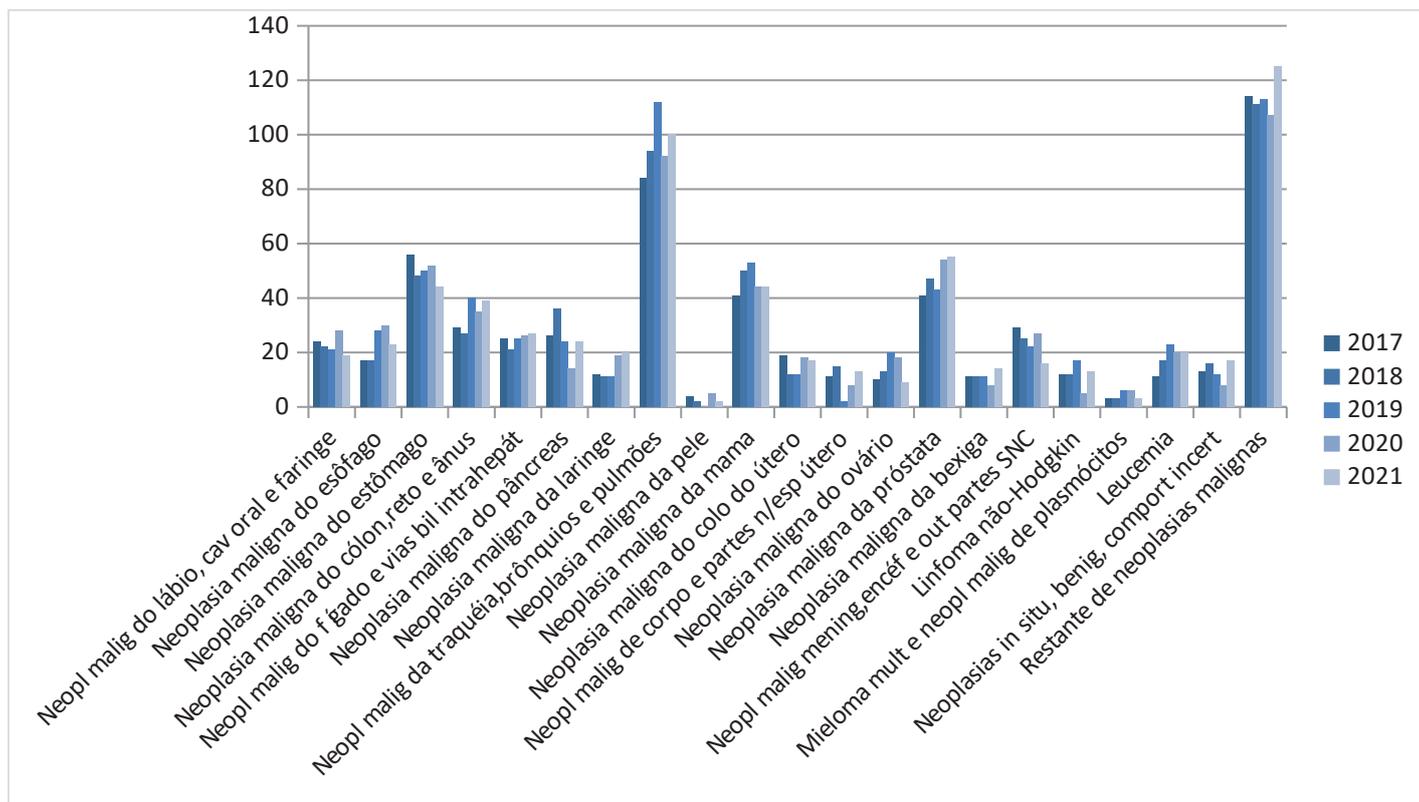
- Numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT, por residência, em determinado ano e local.
- Denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.
- Fator de multiplicação: 100.000.

A Região Litoral Leste Jaguaribe segue uma série histórica com redução de 11,5 na taxa de mortalidade quando se compara 2017 (275,9) com 2018 (264,4), e aumento relativo de 10,6 no ano 2019 (275). O gráfico abaixo mostra que houve uma redução significativa no ano de 2020, porém destaca-se a pandemia do Covid-19 como um momento importante para a mudança no perfil de morbimortalidade.

Considera-se que o ano de 2020 e 2021 está marcado por esse cenário, onde os óbitos podem ter sido codificados como Covid-19, mas podem ter sofrido influência de alguma DCNT. Fato que fica mais evidente quando se analisa dados preliminares de 2022, os mesmos indicam um aumento significativo nessa taxa.

As ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção, produção do cuidado e assistência para enfrentamento dos fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis devem ser organizadas a partir da vinculação dos fatores de risco para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) com os eixos promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção das DANT à saúde.

Gráfico 13 - Taxa de mortalidade específica por neoplasias, RLLJ, 2017 a 2021\*



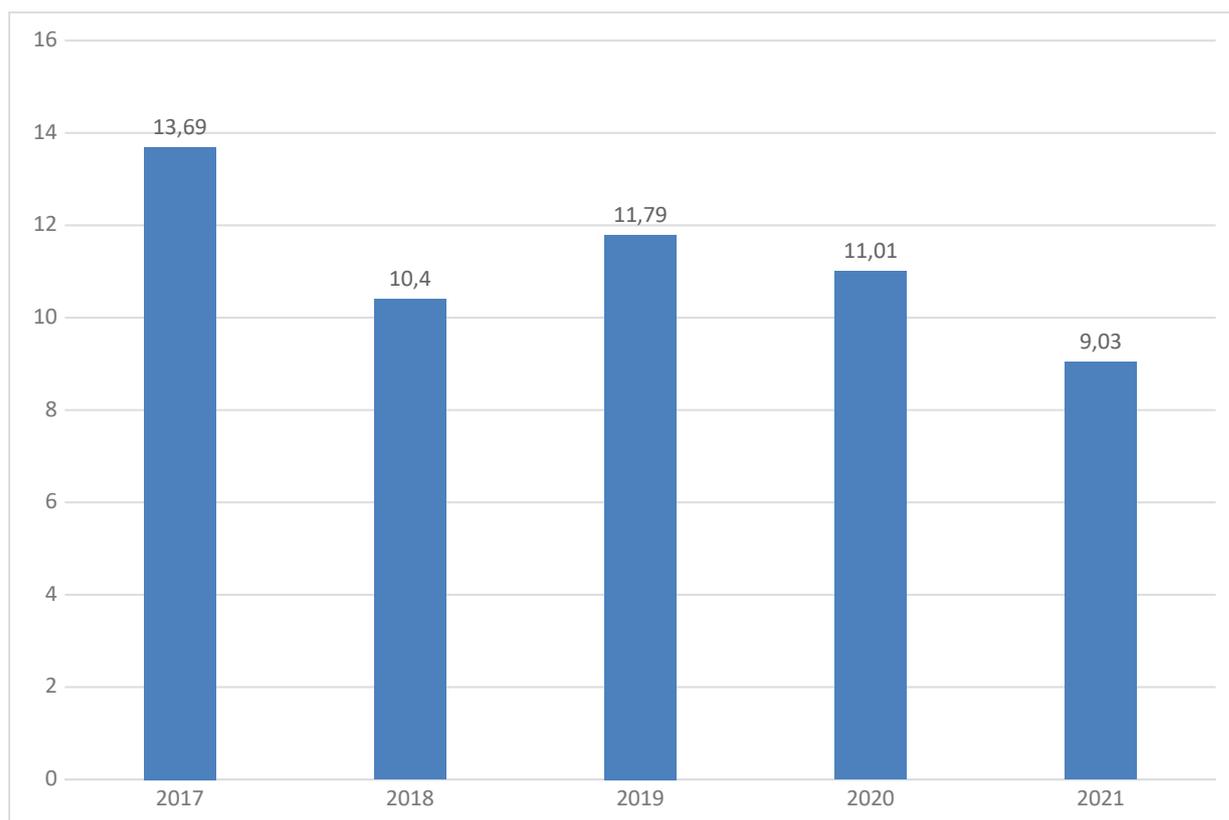
Fonte: SIM, 2023

Quanto a taxa de mortalidade específica por câncer, têm-se que as informações sobre a mortalidade têm sido a principal fonte para a compreensão do perfil epidemiológico das populações. A taxa de mortalidade por câncer estima o risco de morte por neoplasias malignas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

Verifica-se que, no Ceará, entre os anos de 2010 e 2022, foram contabilizados 108.522 óbitos (considerando todas as idades) e 53.216 óbitos prematuros (30 a 69 anos) por neoplasias malignas. É importante destacar que, de todos os anos analisados, houve um crescimento constante do número de óbitos prematuros e dos óbitos ocorridos em todas as idades até o ano de 2019, o qual exibiu os maiores desses valores (4.673 e 9.522 óbitos, respectivamente).

O gráfico 13 evidencia que a neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões tem maior taxa em todo os anos da série histórica de 2017 a 2021, seguido por doença maligna do estômago, mama e próstata.

Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade Infantil, RLLJ, 2017-2021.



Fonte: SIM, 2023

Óbito infantil é aquele ocorrido em crianças que nasceram vivas, e compreende desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias. Os óbitos infantis são base para o cálculo da taxa de mortalidade infantil. O coeficiente de

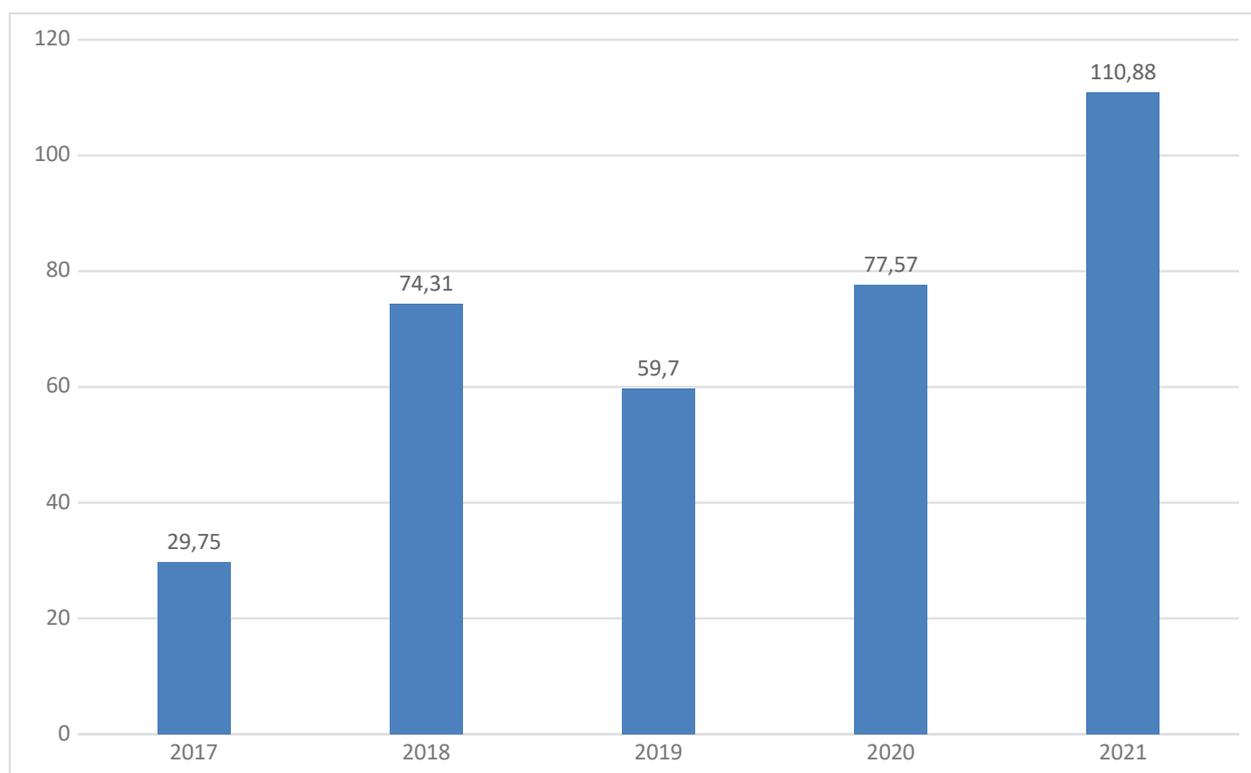
mortalidade infantil (CMI) foi calculado dividindo-se o número de crianças que morreram no primeiro ano de vida pelo número de nascidos vivos no mesmo município e período, multiplicando-se por 1.000.

Na série histórica apresentada, de 2017 a 2021 percebe-se uma variação na taxa, com valor de 13,69 em 2017 e 9,03 em 2021 (GRÁFICO 5). São valores que se aproximam da taxa de mortalidade infantil no Ceará. Ao longo dos anos nota-se uma redução na natalidade, o que traz impacto para as referidas taxas.

Importante descrever que a Região de Saúde apresenta um vazio assistencial materno infantil para o serviço terciário, assim as gestantes e crianças não têm vinculação para partos e nascimento de alto risco, o que pode desencadear uma assistência inoportuna para esse público.

Diante do exposto, a Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe necessita estabelecer a rede assistencial materno infantil de forma a garantir acesso oportuno, integral em todos os níveis de atenção.

Gráfico 15 - Taxa de Mortalidade Materna, RLLJ, 2017-2021



Fonte: SIM, 2023

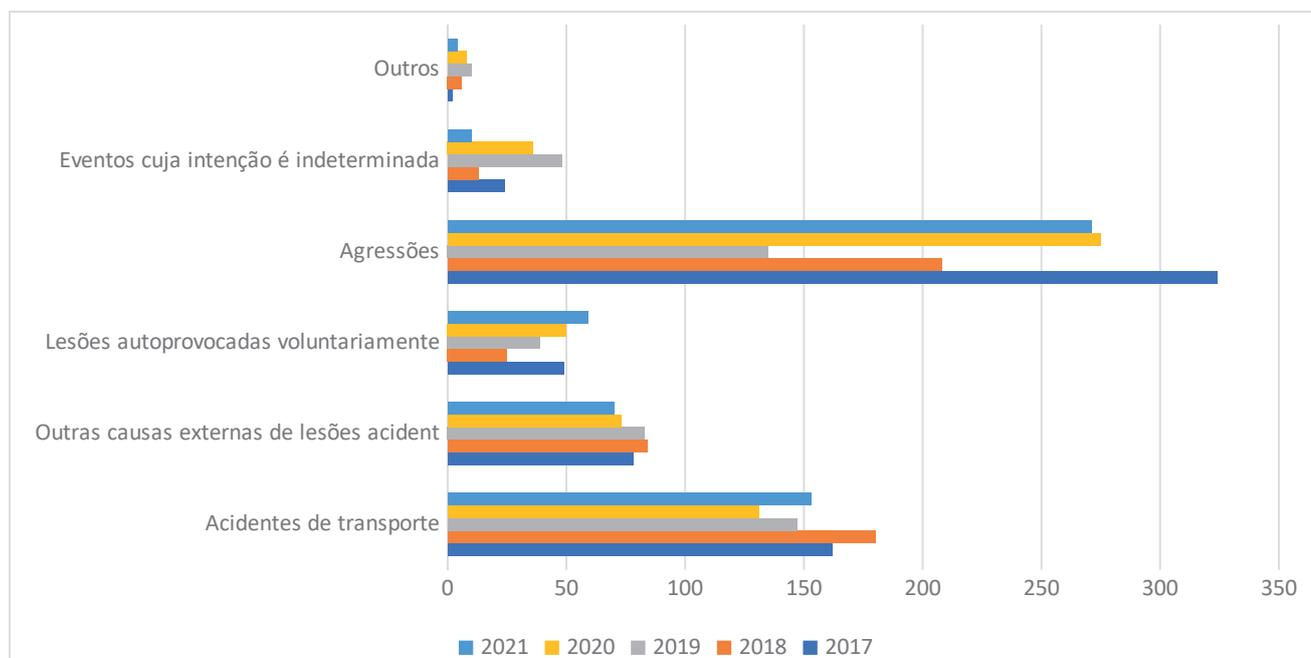
Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de mulher ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devido quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais. A razão

de mortalidade materna deriva da relação entre o número de óbitos maternos, a quantidade de nascidos vivos durante o ano em determinado espaço geográfico, multiplicado por 100 mil.

A Região do Litoral Leste Jaguaribe apresenta variação na série histórica quando se analisa esse tipo de óbito, passando de 29,75 (02 óbitos) em 2017 para 110,88 (07 óbitos) em 2021. Os anos de 2018 e 2020 têm taxas equivalentes, pois o número de óbito foi o mesmo (05 óbitos) (GRÁFICO 15).

Esse aumento da razão de mortalidade materna em 2021; semelhante ao impacto na mortalidade por IAM; a Covid-19 também impactou nessa taxa, tendo o registro de dois óbitos nas gestantes/puérperas relacionadas a esse agravo. Ressalta-se que a problemática do vazio assistencial para o parto de alto risco na Região de Saúde acomete a mortalidade materna, uma vez que não tem a garantia da vinculação e oportunidade de acesso ao parto de alto risco.

Gráfico 16 - Número de óbito por causas externas, por Grande Grupo CID10, RLLJ, 2017-2021



Fonte: SIM, 2023

A Organização Mundial de Saúde - OMS - informa que, sempre que a causa da morte for uma lesão ou outro efeito de uma causa externa classificada no capítulo XIX da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), as circunstâncias que deram origem a essa afecção deverão ser selecionadas como causa básica para tabulação e codificadas entre V01 e Y896. Esse princípio deixa claro que as causas básicas corresponderão aos tipos de causas externas (englobadas no capítulo XX da CID-10) que originaram as lesões e nunca a essas lesões. A lógica desta orientação é a de que, do ponto de vista da prevenção, não adianta conhecer a natureza da lesão (por exemplo,

traumatismo, ferimento, hemorragia); é necessário precisar os tipos de agravos (atropelamento por ônibus, homicídio por arma de fogo, queda acidental de janela etc.) que ocasionaram essas lesões para, assim, poder preveni-las.

Percebe-se na série histórica, 2017 a 2021, apresentada que as agressões concentram o maior número de óbito por causas externas na região de saúde, seguida dos acidentes de transporte. Essas informações sobre esses eventos constituem elementos importantes para o monitoramento de sua tendência na Região de Saúde e, conseqüentemente, do impacto de intervenções e políticas públicas voltadas para a sua redução. Assim, conhecer quem é vulnerável, em que grau e por que motivos, é imperioso quando se pensa em termos de prevenção e, nesse sentido, a informação completa, correta e fidedigna, principalmente quanto à causa da morte, mostra-se imprescindível.

### **2.1.2 Determinantes Sociais de Saúde**

A análise dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) pode ser evidenciada por meio de indicadores e dados socioeconômicos e demográficos, informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos DSS.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) compreende os DSS como sendo uma junção de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, e estes influenciam os fatores de risco de ocorrência de problemas de saúde na população, bem como a própria ocorrência dos mesmos. Sendo definidos pela OMS como condições sociais do contexto em que as populações estão inseridas, influenciando a saúde através da condição de saúde e podem ser alterados com base em informações, logo, são interpretados de modo sucinto como particularidades sociais onde a vida acontece (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

É sabido que as doenças são explicadas a partir do modo como a sociedade produz e se reproduz, ou seja, como se organiza nos aspectos sociais, políticos, culturais, econômicos, dentre outros, que concorrem para o aparecimento das doenças, e o grau de desenvolvimento de cada região pode interferir diretamente nas condições de saúde de sua população. Assim, considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno tanto biológico quanto social, cabe ressaltar os processos que incidem diretamente na saúde se constituindo em determinantes que interferem no processo de adoecimento da população.

Deste modo, a saúde passa a se referir às relações existentes entre os agravos de saúde e os processos sociais, econômicos e políticos. Todos esses aspectos se desdobram na reprodução da vida, onde se observa a influência dos fatores comportamentais na etiologia dos danos à saúde, como o *stress*, hábitos de vida, tipo de personalidade, etc. Nessa perspectiva a saúde da população apresenta várias causas e dependem de diversos elementos.

Um modelo utilizado para se visualizar a inter-relação desses vários fatores é o modelo de Dahlgren e Whitehead de 1999 (FIGURA 2). Este faz a inclusão dos DSS em diferentes camadas, indo de uma camada mais próxima que contempla os determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.

No entanto, o modelo não explica detalhadamente as relações e mediações entre os diversos níveis e a origem das iniquidades. Destaca-se que, na camada imediatamente externa pode-se observar o comportamento e os estilos de vida individuais, visto que se encontra situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, por estarem condicionadas por determinantes sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 2 - Modelo de Determinantes Sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Modelo de Determinantes Sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.

Fonte: [https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Modelo-de-Determinantes-Sociais-da-saude-proposto-por-Dahlgren-e-Whitehead\\_fig1\\_340236105](https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Modelo-de-Determinantes-Sociais-da-saude-proposto-por-Dahlgren-e-Whitehead_fig1_340236105)

## Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM)

Segundo o Instituto de Pesquisa e Estatística do Ceará – IPECE, o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) possibilita identificar a contribuição de cada dimensão considerada e dos elementos mais efetivos para o desenvolvimento dos municípios, permitindo desse modo o acompanhamento do desenvolvimento, além de constituir uma ferramenta capaz de auxiliar organismos públicos e privados na formulação de políticas (IPECE, 2017). Como observado, o grau de desenvolvimento municipal interfere nas condições de saúde da população.

O IDM é calculado a partir de indicadores secundários, obtidos junto a órgãos oficiais, que permitem avaliar aspectos relacionados ao desenvolvimento dos municípios. Para esse cálculo são empregados trinta indicadores relacionados a aspectos fisiográficos, fundiários e agrícolas; demográficos e econômicos; de infraestrutura e sociais. Esses indicadores são agregados em quatro grupos, a saber:

**Grupo 1.** Indicadores Fisiográficos, Fundiários e Agrícolas:

- 1.1 Precipitação pluviométrica média observada (mm) – 2018;
- 1.2 Percentual da área explorável utilizada sobre a área dos imóveis – 2010;
- 1.3 Percentual do valor da produção vegetal sobre o total do Estado – 2018;
- 1.4 Percentual do valor da produção animal sobre o total do Estado – 2018;
- 1.5 Salinidade média da água (mg/l) - 1999 (inverso);
- 1.6 Quociente locacional da energia rural – 2018;
- 1.7 Índice de distribuição de chuvas - Jan a Jun 2018.

**Grupo 2.** Indicadores Demográficos e Econômicos:

- 2.1 Densidade demográfica (hab./km<sup>2</sup>) – 2018;
- 2.2 Taxa de urbanização (%) – 2010;
- 2.3 Produto Interno Bruto (PIB) per capita (R\$/habitante) – 2017;
- 2.4 Receita orçamentária per capita (R\$/habitante) – 2018;
- 2.5 Percentual do Consumo de energia industrial e comercial sobre o total do município - 2018;
- 2.6 Percentual do Produto Interno Bruto do setor industrial sobre o PIB total – 2017;
- 2.7 Percentual de trabalhadores do emprego formal recebendo mais de 2 salários mínimos - 2018.

**Grupo 3.** Indicadores de Infraestrutura de Apoio:

- 3.1 Agências de Correios por dez mil habitantes (unid. / 10.000 habitantes) – 2018;
- 3.2 Agências bancárias por dez mil habitantes (unid. / 10.000 habitantes) – 2018;
- 3.3 Veículos de carga por cem habitantes (unid. / 100 habitantes) – 2018;
- 3.4 Coeficiente de proximidade – 2017;
- 3.5 Percentual de domicílios com energia elétrica – 2018;
- 3.6 Rede rodoviária pavimentada relativa à área do município (km / km<sup>2</sup>) – 2012;
- 3.7 Emissoras de radiodifusão (unid.) – 2018.

#### Grupo 4. Indicadores Sociais:

- 4.1 Taxa de escolarização no ensino médio (%) – 2015;
- 4.2 Taxa de aprovação no 9º ano do ensino fundamental (%) – 2018;
- 4.3 Percentual de escolas com bibliotecas, salas de leitura e laboratórios de informática – 2018;
- 4.4 Equipamentos de informática por escola (unid.) – 2017;
- 4.5 Percentual de função docente no ensino fundamental com grau de formação superior – 2018;
- 4.6 Médicos por mil habitantes (unid. / 1.000 habitantes) – 2018;
- 4.7 Leitos por mil habitantes (unid. / 1.000 habitantes) – 2018;
- 4.8 Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos (unid. / 1.000 nascidos vivos) - 2016-2018;
- 4.9 Taxa de cobertura de abastecimento de água (%) – 2017.

O IDM traduz, de forma consolidada, a situação dos municípios, segundo os 30 indicadores analisados nos quatro grupos considerados. Em 2018, o IPECE publicou uma edição do índice que apresenta uma medida de desenvolvimento relativo entre os municípios cearenses (TABELA 3).

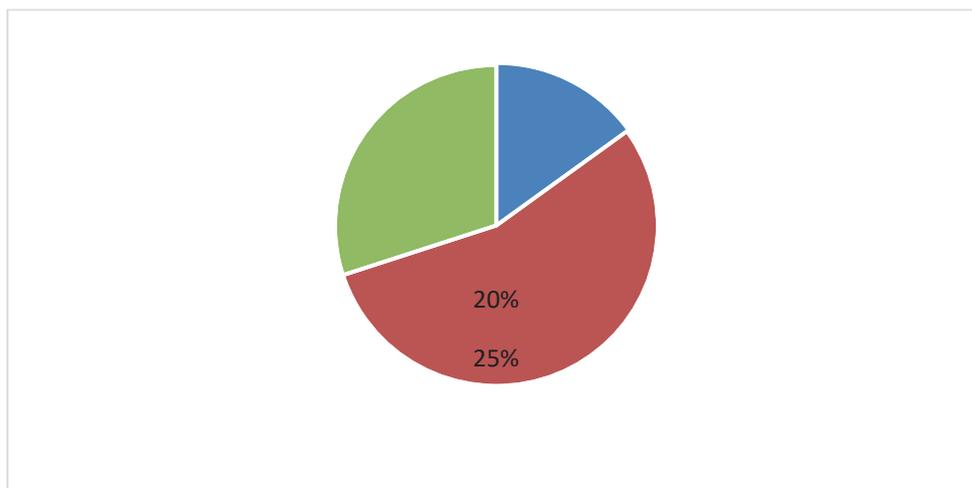
Tabela 3 - Índice médio, número de municípios do Ceará e população, segundo as classes do IDM – Ceará, 2018.

CLASSES	IDM	ÍNDICE MÉDIO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA	% POPULAÇÃO DO ESTADO
1	46,98 a 65,50	53,89	8	3.251.743	35,83
2	30,63 a 42,06	35,49	32	2.500.306	27,55
3	20,51 a 29,43	24,17	87	2.252.244	24,82
4	9,05 a 19,97	16,12	57	1.133.603	11,80
<b>TOTAL</b>	<b>9,05 a 65,50</b>	<b>24,94</b>	<b>184</b>	<b>9.075.649</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IPECE, 2018

Considerando a classificação proporcional dos municípios da 4ª Região de Saúde segundo o IDM (GRÁFICO 10), verifica-se que 55,0% (n=11) dos municípios foram classificados na classe 3 (Jaguaribara; Quixeré; Jaguaribe; Jaguaruana; Pereiro; Iracema; Icapuí; Tabuleiro do Norte; Fortim; Palhano; e Itaiçaba), apenas 20,0% (n=04) na classe 2 (Limoeiro do Norte; Aracati; Russas; Morada Nova) e 25,0% (n=5) classificados na classe 4 (Jaguetama; Potiretama; Alto Santo; São João do Jaguaribe; e Ereré). Nenhum município da região se enquadrou na classe 1. Acrescenta-se que os municípios estão citados conforme o *ranking* apontado pelo IPECE.

Gráfico 17 - Proporção de municípios da 4ª Região por classificação de acordo com o IDM, 2018.



Fonte: IPECE, 2018.

A seguir serão detalhados os indicadores do grupo 2, 3 e 4, com foco para a região de análise.

### Indicadores Demográficos e Econômicos

Os dados econômicos analisados pelo IPECE através do Grupo 2 consideram os seguintes indicadores: Densidade Demográfica (hab./km<sup>2</sup>); Taxa de Urbanização (%); PIB per capita (R\$/habitante); Receita Orçamentária per capita (R\$/habitante); Percentual do Consumo de Energia Elétrica da Indústria e Comércio; Percentual do PIB do Setor Industrial; Percentual de Trabalhadores do Emprego Formal com Rendimento Superior a dois Salários Mínimos. A seguir será apresentado a classificação dos valores avaliados através do grupo 2 no Ceará (TABELA 4).

Tabela 4 - Índice Médio, Número de Municípios do Ceará e População, segundo as Classes do IG2 – Ceará, 2018.

CLASSES	IG2	ÍNDICE MÉDIO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA	% POPULAÇÃO DO ESTADO
Grupo 2	0,00 a 100,00	13,65	184	9.075.649	100,00
1	89,37 a 100,00	94,68	2	101.396	1,12
2	43,48 a 70,23	55,02	5	3.221.696	35,50
3	14,21 a 37,32	20,79	56	2.909.877	32,06
4	0,00 a 14,02	7,29	121	2.842.680	31,32

Fonte: IPECE, 2018.

Considerando a lista de municípios da 4ª Região de Saúde por classe de desenvolvimento no ano de 2018, verifica-se que 50,0% deles foram classificados na classe 3 (Icapuí; Morada Nova; Quixeré; Jaguaribe; Jaguaruana; Russas; Iracema; Pereiro; e Jaguaribara) e a outra metade (n=10) na

classe 4 (Limoeiro do Norte; Fortim; Potiretama; Palhano; Tabuleiro do Norte; Jaguaratama; Itaiçaba; Ereré; São João do Jaguaribe; e Alto Santo). Nenhum município se enquadrava na classe 1 ou 2. Acrescenta-se que os municípios estão citados conforme o ranking apontado pelo IPECE.

### **Densidade demográfica**

A densidade demográfica reflete a distribuição da população em uma determinada área. Pode ser também chamada de densidade populacional ou população relativa, e representa a média entre a área de um determinado lugar e o total de habitantes daquele local. É calculada dividindo-se o número total de habitantes pela área. Permite analisar a população de um determinado lugar, como ela é distribuída e quais são os fatores que influenciam os níveis de concentração de indivíduos em uma mesma área.

Esse índice demográfico é importante para se entender a dinâmica populacional de um determinado lugar e a partir dele pode-se afirmar se uma área é pouco ou muito povoada, ou populosa. Destaca-se que ao afirmar que um lugar é populoso, implica em um número elevado de habitantes, portanto, naquele local há uma grande população absoluta. Já quando se refere que um determinado lugar é muito povoado, afirma-se que existem muitos habitantes a cada quilômetro quadrado (km<sup>2</sup>). Sendo assim, o termo populoso refere-se à quantidade de habitantes e o termo povoado refere-se à quantidade de habitantes por quilômetro quadrado.

Esse dado permite também que políticas públicas sejam elaboradas a fim de atender às necessidades sociais e econômicas de uma determinada população. É possível também analisar os impactos provocados no meio ambiente pela maior ou menor presença de indivíduos em uma determinada área e propor alternativas viáveis para reduzir os possíveis problemas relacionados à concentração populacional, como a poluição, produção de lixo, desmatamento e até mesmo as mudanças climáticas.

A densidade demográfica do Brasil é de aproximadamente 24,57 habitantes por km<sup>2</sup>, mas essa baixa densidade populacional deve-se ao fato de o Brasil possuir dimensões continentais grandes, cerca de 8.516.000 km<sup>2</sup>. A densidade demográfica do Ceará em 2010 era 56,7 hab/km<sup>2</sup>, subindo para 59,81 hab/km<sup>2</sup> em 2015 e em 2021, a média do Estado correspondeu a 62,06 hab./km<sup>2</sup> segundo dados do IPECE.

Na tabela 5 estão expressos os dados relativos à densidade demográfica dos municípios que compõem a 4ª Região de Saúde do Ceará. Observa-se 20,0% dos municípios apresentaram uma redução ao comparar 2015 com 2021, sendo Alto Santo; Iracema; Jaguaratama; e São João do Jaguaribe, os demais, uma exibiram uma tendência de aumento da densidade demográfica ao longo

dos anos, notadamente no município de Limoeiro do Norte que passou de 77,56 em 2015 para 80,90 em 2020 e Jaguaribara que passou de 16,60 em 2015 para 18,59 em 2020.

Tabela 5 - Densidade Demográfica (hab/Km<sup>2</sup>) dos municípios da 4ª Região de Saúde de por ano, 2023.

UNIDADE GEOGRÁFICA	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (HAB/KM <sup>2</sup> )		
	2010	2015	2021
Alto Santo	12,12	12,61	11,95
Aracati	56,32	59,22	61,43
Ereré	17,87	18,56	19,99
Fortim	53,15	57,22	58,86
Icapuí	43,43	45,86	47,89
Iracema	16,71	17,13	17,10
Itaiçaba	34,49	36,09	37,00
Jaguaretama	10,15	10,23	9,93
Jaguaribara	15,55	16,60	18,59
Jaguaribe	18,33	18,41	18,43
Jaguaruana	37,16	38,58	39,75
Limoeiro do Norte	74,91	77,56	80,90
Morada Nova	22,33	22,27	22,28
Palhano	20,13	20,91	21,64
Pereiro	36,35	37,17	37,53
Potiretama	14,93	15,40	15,78
Quixeré	31,69	35,16	36,59
Russas	43,91	47,17	49,38
São João do Jaguaribe	28,17	27,53	27,04
Tabuleiro do Norte	33,89	35,11	37,78

Fonte: IBGE, 2021

### Taxa de urbanização

A taxa de urbanização é a porcentagem da população residente constituída pelos moradores em domicílios em situação urbana em relação à população geral. Para o cálculo da mesma, divide-se o quantitativo da população urbana pelo da população total e, em seguida, multiplica-se por 100.

Os principais fatores que constituem ou intensificam a urbanização são, a saber: o processo de industrialização, com o aumento de empregos; e o êxodo rural, que ocorre por meio da mecanização do campo, da concentração fundiária, dos fatores atrativos das cidades, entre outros elementos. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2005 o Brasil tinha uma taxa de urbanização de 84,2% e, até 2050, estima-se que a porcentagem da população brasileira residente em centros urbanos apresentará um incremento, chegando em 93,6%.

No Ceará em 2010 a taxa de urbanização era de 75,09% de acordo com o IPECE. Na 4ª Região de Saúde, considerando esse indicador, não houve homogeneidade, visto que, alguns municípios

aumentaram significativamente a sua taxa de urbanização, destacando-se Alto Santo, Jaguaruana, Potiretama e Quixeré; e outros apresentaram uma redução, como Fortim, Jaguaratama e Pereiro (TABELA 6).

Tabela 6 - Taxa de Urbanização (%) dos municípios da 4ª Região de Saúde de por ano, considerando os anos 1996, 2000, 2007 e 2010.

UNIDADE GEOGRÁFICA	TAXA DE URBANIZAÇÃO (%)			
	1996	2000	2007	2010
Alto Santo	32,69	35,38	39,20	49,15
Aracati	60,92	64,03	63,20	63,67
Ereré	29,16	35,89	47,51	50,56
Fortim	64,62	71,36	68,14	64,84
Icapuí	32,01	29,04	30,67	31,46
Iracema	58,84	62,93	69,71	71,56
Itaiçaba	56,78	55,81	53,85	58,49
Jaguaratama	37,18	40,47	45,98	47,41
Jaguaribara	43,24	40,54	65,59	69,35
Jaguaribe	57,60	60,04	63,73	67,62
Jaguaruana	44,65	55,81	53,85	58,36
Limoeiro do Norte	58,35	56,86	56,65	57,73
Morada Nova	50,03	52,59	54,75	57,04
Palhano	53,51	52,16	49,78	50,92
Pereiro	34,29	33,56	36,09	34,48
Potiretama	31,53	38,09	38,11	44,12
Quixeré	56,40	58,46	49,57	61,46
Russas	60,59	61,62	63,84	64,37
São João do Jaguaribe	31,59	31,72	37,00	40,11
Tabuleiro do Norte	54,77	58,50	61,38	64,40

Fonte: IPECE, 2021

### Produto Interno Bruto (PIB)

O PIB representa a soma de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado. O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de quantificar a atividade econômica de uma região.

Dentre os principais fatores que afetam o crescimento do PIB destacam-se o consumo da população, investimentos de empresas no país, assim como os juros, gastos do governo, e a quantidade de exportações. Considerando a Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe observa-se a seguir o *ranking* dos municípios de acordo com o resultado do PIB 2016 do Estado do Ceará (TABELA 7). Os melhores resultados do *ranking* foram obtidos pelos municípios de Icapuí (17º) e Aracati (18º), sendo os últimos na classificação Alto Santo (143º) e São João do Jaguaribe (131º).

Tabela 7 - Relação de municípios da 4ª Região segundo ranking do Produto Interno Bruto – PIB 2016

MUNICÍPIO	RANKING	PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPITA (R\$/HABITANTE) – 2016
Icapuí	17º	12.555,22
Aracati	18º	16.595,30
Quixeré	22º	14.899,86
Morada Nova	24º	12.217,14
Jaguaribe	30º	13.091,49
Jaguaruana	32º	11.031,70
Russas	40º	12.125,65
Fortim	59º	8.747,31
Limoeiro do Norte	62º	15.842,69
Iracema	66º	8.836,54
Jaguaribara	70º	10.773,36
Potiretama	81º	7.864,06
Erere	88º	7.192,11
Itaiçaba	94º	7.946,66
Tabuleiro do Norte	110º	9.294,10
Pereiro	117º	13.216,04
Jagaretama	121º	7.896,49
Palhano	130º	6.910,12
São João do Jaguaribe	131º	12.618,81
Alto Santo	143º	7.889,81

Fonte: IPECE, 2021

### Produto Interno Bruto *per capita* (R\$/habitante)

O PIB *per capita* ou PIB por pessoa representa o que cada pessoa do local analisado teria do total de riquezas que são produzidas no país, logo, é dividido pelo número de habitantes da área, indicando o que cada pessoa produziu.

No Brasil, esse indicador alcançou R\$35.172 em 2020, recuo recorde de 4,8% em relação a 2019. Na 4ª Região de Saúde do Ceará, as cidades que apresentaram maior PIB *per capita* em 2020 foram: Pereiro; Quixeré; Limoeiro do Norte e Morada Nova, respectivamente, e os de menor PIB *per capita* foram Fortim; Itaiçaba e Palhano. Destaca-se ainda as cidades de Jaguaruana e Russas que apresentaram uma queda entre os anos de 2019 e 2020 (TABELA 8).

O nível de desenvolvimento em termos de condições sociais pode ser avaliado através do Grupo 4 (IG4) do IGM. Este índice utiliza informações sobre os padrões de acesso e utilização dos serviços nas áreas de educação, saúde e saneamento.

Tabela 8 - Produto Interno Bruto (PIB) per capita da 4ª Região por município e por ano, 2021.

UNIDADE GEOGRÁFICA	PIB PER CAPITA (R\$)				
	2016	2017	2018	2019	2020
Alto Santo	7857	8560	9087	10667	11725
Aracati	16635	17326	15355	18866	19714
Ereré	7200	7304	7239	7978	9260
Fortim	8749	9686	9905	12461	14312
Icapuí	12565	14130	17177	17959	18804
Iracema	8870	10012	10031	10451	12240
Itaíçaba	1431	9002	8466	8888	9726
Jaguaretama	7898	8349	8630	9382	11307
Jaguaribara	10992	11540	11735	11091	12328
Jaguaribe	13087	14852	17008	14713	16055
Jaguaruana	10842	11974	11900	14174	14165
Limoeiro do Norte	15785	15565	16020	17571	20415
Morada Nova	12207	13687	15506	16312	18928
Palhano	6898	8289	8427	9543	9874
Pereiro	13194	19550	19233	22812	25215
Potiretama	7820	8486	8981	10025	13429
Quixeré	14818	17503	19381	18103	20555
Russas	12102	14769	14401	14074	13451
São João do Jaguaribe	12584	12404	11872	12365	13596
Tabuleiro do Norte	9310	10840	10451	11996	12347

Fonte: IBGE e IPECE, 2021

Segundo o IPECE, os indicadores selecionados para a composição deste grupo foram os seguintes: Taxa de Escolarização no Ensino Médio; Taxa de Aprovação no Ensino Fundamental; Bibliotecas, Salas de Leitura e Laboratórios de Informática por Escola; Equipamentos de Informática por Escola; Percentual de Função Docente no Ensino Fundamental com Grau de Formação Superior; Médicos por mil Habitantes; Leitos por mil Habitantes; Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa de Cobertura de Abastecimento de Água. A Tabela 9 apresenta a classificação dos valores avaliados através do grupo 4 – IG 4.

Tabela 9 - Índice Médio, Número de Municípios e População, segundo as Classes do Grupo 4 - IG4 – Ceará, 2018

CLASSES	IG4	ÍNDICE MÉDIO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA	% POPULAÇÃO DO ESTADO
Grupo 4	0,00 a 100,00	39,59	184	9.075.649	100,00
1	100,00 a 100,00	100,00	1	60.155	0,66
2	46,36 a 73,89	55,78	59	5.290.174	58,29
3	28,24 a 45,96	36,80	86	2.685.261	29,59
4	0,00 a 27,65	19,20	38	1.040.059	11,46

Fonte: IPECE, 2021

Na sequência, o quadro abaixo apresenta a classificação dos municípios conforme as melhores condições de desenvolvimento considerando a dimensão social. Como observado, nenhum município da RSLJ se enquadra na classe 1, 45,0% ficaram na classe 2 e 3 e 10,0% na classe 4.

Quadro 2- Classificação dos municípios da 4ª Região de acordo com o grupo 4 do IGM – Indicadores sociais, 2018.

CLASSE	MUNICÍPIO/ RANKING
2	Limoeiro do Norte Jaguaribara Russas Pereiro Aracati Iracema Tabuleiro do Norte Morada Nova Jaguaribe
3	Itaíçaba Palhano Potiretama Jaguaruana Jaguaretama Ereré Quixeré Alto Santo Fortim
4	São João do Jaguaribe Icapuí

Fonte: IPECE, 2021

### Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), varia de 0 a 1, e é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano, a longevidade, associado à educação e renda. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

Foi elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano, construído originalmente para mensurar o desenvolvimento humano dos países a partir da combinação de indicadores de educação, longevidade (medida pela esperança de vida ao nascer) e renda. Para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios, alguns indicadores são diferentes e mais apropriados para analisar as condições de territórios menores, embora meçam os mesmos fenômenos (IPECE, 2017).

Classifica-se o IDH em muito alto (> 0,800), IDH alto (0,700 a 0,799); IDH médio (0,600 a 0,699); IDH baixo (0,500 e 0,599) e IDH muito baixo (< 0,499). O Estado do Ceará, em 2010, não apresenta nenhum município com IDH muito alto ou com IDH muito baixo, estando todos com o IDH entre baixo e alto. Em 2017, o IDHM do Ceará atingiu 0,735, resultado que superou o de 2016 (0,726). Em relação aos outros Estados, ele saiu de 18º do ranking para o 15º (IPECE, 2022).

Na 4ª Região de Saúde, quando se analisa o ano de 2010, três municípios merecem destaque, Limoeiro do Norte em 9º lugar, Russas na 12ª colocação e Itaiçaba em 19º em relação ao Estado. Observa-se também que todos os municípios dessa Região de Saúde estão classificados dentro do índice de médio IDH que varia de 0,600 a 0,699. Vale destacar também que os municípios que possuem na regional o menor IDH são Potiretama, Alto Santo e Pereiro (TABELA 10).

Tabela 10- Relação de municípios da 4ª Região segundo ranking do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, 2010.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>RANKING</b>	<b>IDH GLOBAL -2010</b>
<b>Limoeiro do Norte</b>	09	0,682
<b>Russas</b>	12	0,674
<b>Itaiçaba</b>	19	0,666
<b>Aracati</b>	20	0,655
<b>São João do Jaguaribe</b>	21	0,654
<b>Iracema</b>	22	0,652
<b>Tabuleiro do Norte</b>	29	0,645
<b>Palhano</b>	37	0,638
<b>Fortim</b>	61	0,624
<b>Jaguaruana</b>	62	0,624
<b>Quixeré</b>	69	0,622
<b>Jaguaribe</b>	70	0,621
<b>Jaguaribara</b>	80	0,618
<b>Icapuí</b>	84	0,616
<b>Jaguaratama</b>	92	0,612
<b>Ereré</b>	99	0,610
<b>Morada Nova</b>	102	0,610
<b>Potiretama</b>	125	0,604
<b>Alto Santo</b>	130	0,601
<b>Pereiro</b>	131	0,601

Fonte: IPECE, 2020

### **Taxa de escolarização do nível médio**

A Taxa de Escolarização Bruta é a razão entre o número total de matrículas (independente da faixa etária) e a população correspondente na faixa etária prevista (15 a 17 anos) para o curso na etapa de ensino. Já a Taxa de Escolarização Líquida representa a razão entre o número de matrículas de

alunos com idade prevista (15 a 17 anos) para estar cursando determinada etapa de ensino e a população total na mesma faixa etária.

No Brasil, a proporção de pessoas de 25 anos ou mais de idade que concluíram, no mínimo, o ensino médio passou de 47,4% em 2018 para 48,8% em 2019. Em 2016, esse percentual era de 45,0%. Cresceu também o percentual de pessoas com o ensino superior completo, que passou de 16,5% para 17,4% entre 2018 e 2019. No entanto, destaca-se que esses números implicam em menos da metade da população do país.

Segundo o IPECE, no Estado do Ceará quanto ao ensino médio, os indicadores de resultados referentes ao ano de 2010 registraram os seguintes valores: A taxa de escolarização líquida obteve um percentual igual a 47,8%, a taxa de alunos aprovados foi de 82,2%, a taxa de alunos reprovados registrou o valor de 7,2% e a taxa de abandono alcançou 10,6%.

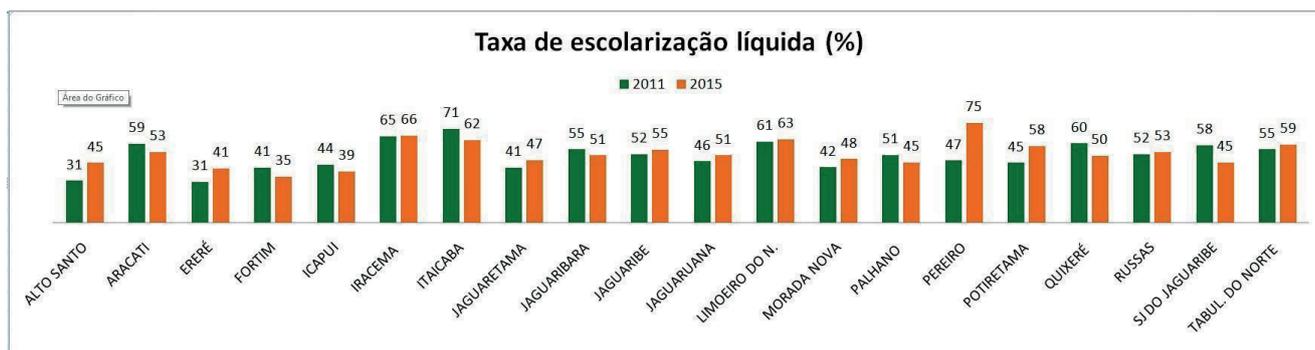
Em 2019, a escolaridade média de um brasileiro era de 9,4 anos de estudos, enquanto a dos nordestinos e cearenses estava em torno de 8,1 anos, sendo que o Ceará, entre 2018 e 2019, não apresentou variação. Acrescenta-se ainda que, quando se analisa o número médio de anos de estudos das pessoas de 25 anos ou mais de idade no Estado, entre os anos de 2016 e 2019, observa-se um incremento de 0,7% nesta série histórica.

Considerando por nível de instrução concluído, ou seja, Sem Instrução, Ensino Fundamental, Ensino Médio e Ensino Superior (incompleto e completo), observa-se que a proporção de pessoas sem instrução, ou com menos de 1 ano de estudo (12,6%), é superior aos que concluíram o Ensino Superior (12,1%) no Ceará.

Esses indicadores, avaliando-se a distribuição territorial dos mesmos, geram subsídios para o planejamento educacional, pois o avanço desses dados deve ser uma meta a ser alcançada, visando que os mesmos cooperem positivamente para a melhoria da educação, contribuindo para a redução do analfabetismo e aumentando o nível de instrução da população cearense.

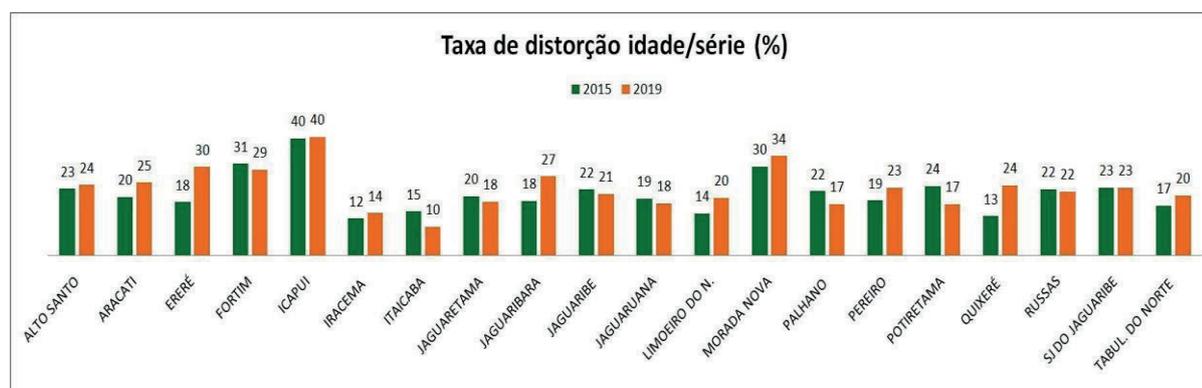
Pelos gráficos abaixo (GRÁFICO 11 e 12) percebe-se a variação da taxa de escolarização líquida na 4ª Região de Saúde, na série histórica apresentada, indo desde 35,0% (Fortim) a 75,0% (Pereiro) no ano de 2015. A taxa de distorção variou, em 2015, de 10,0% em Itaiçaba, como a menor taxa à maior em Icapuí (40,0%).

Gráfico 18 - Taxa de escolarização líquida no Ensino Médio, segundo os municípios da Região – 2011/2015



Fonte: IPECE, 2019

Gráfico 19 - Taxa de distorção no Ensino Médio, segundo os municípios da Região – 2011/2019



Fonte: IPECE, 2019

### Abastecimento da água/ Saneamento básico

O abastecimento de água na 4ª Região de Saúde ocorre de forma diversificada entre os municípios, visto que o município de São João do Jaguaribe apresenta um abastecimento acima de 90%, e o de Potiretama abrange menos de 60% (MAPA 2).

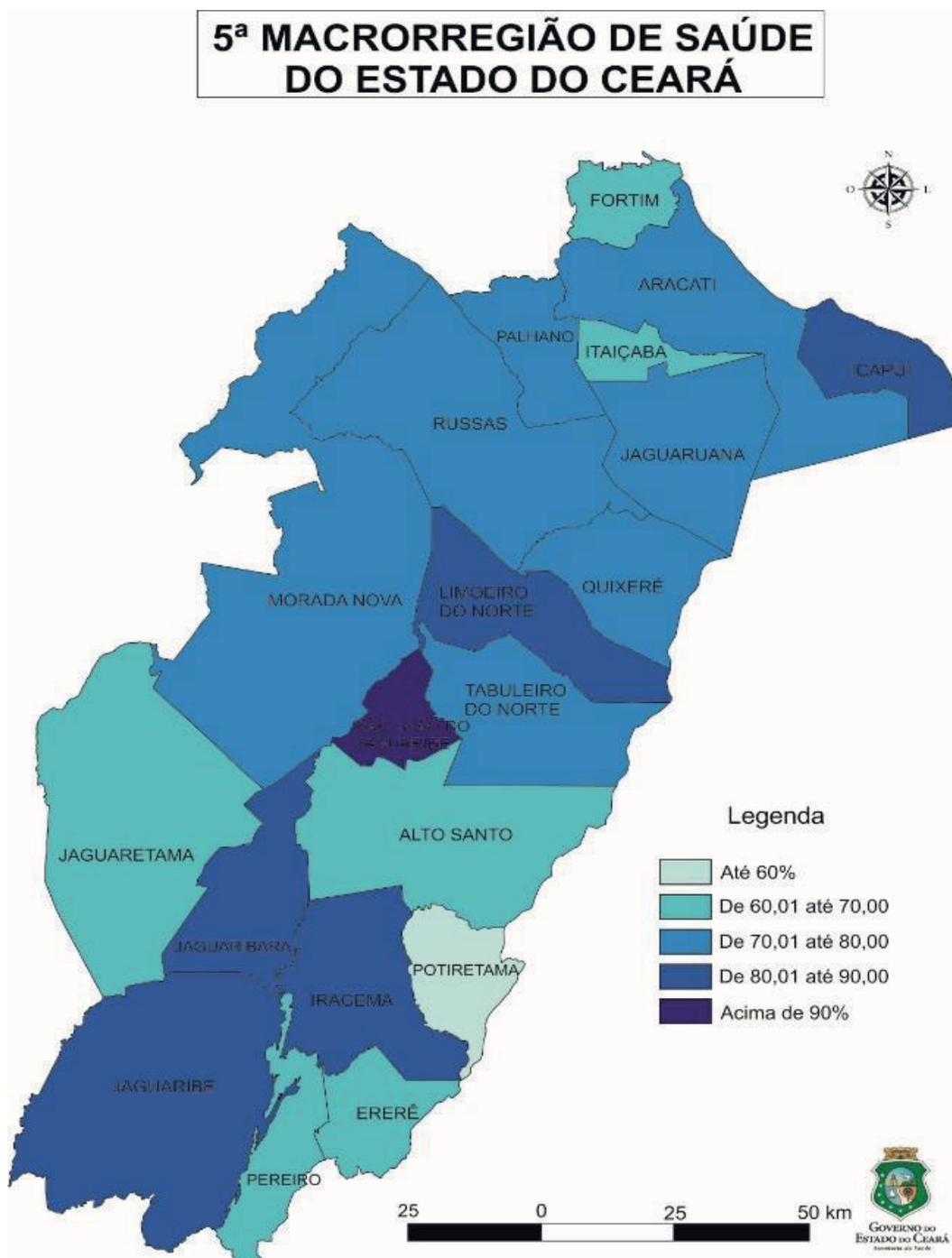
A região tem melhorado significativamente quanto à distribuição do serviço de abastecimento urbano de água, porém requer melhorias e ampliação do serviço na zona rural que sofre com a falta deste benefício, gerando uma série de problemas seja na comunidade ou na gestão. Nas áreas rurais, a água para consumo humano é captada em cisternas, açudes, barreiras ou cacimbas.

Apesar do crescimento nos últimos anos, a região requer ampliação e melhoria dos sistemas de abastecimento de água, de esgotamento sanitário, bem como medidas de educação para evitar doenças na população.

Nesta região, os depósitos ao nível do solo são predominantes, caracterizando objeto de preocupação quanto à infestação por *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A irregularidade do abastecimento de água, principalmente em zona rural, estimula a população à prática do

armazenamento desse líquido, por vezes de forma inadequada, transformando esses recipientes em criadouros de mosquitos vetores de doenças como arboviroses.

Mapa 2- Abastecimento de água na 4ª Região de Saúde, 2010.



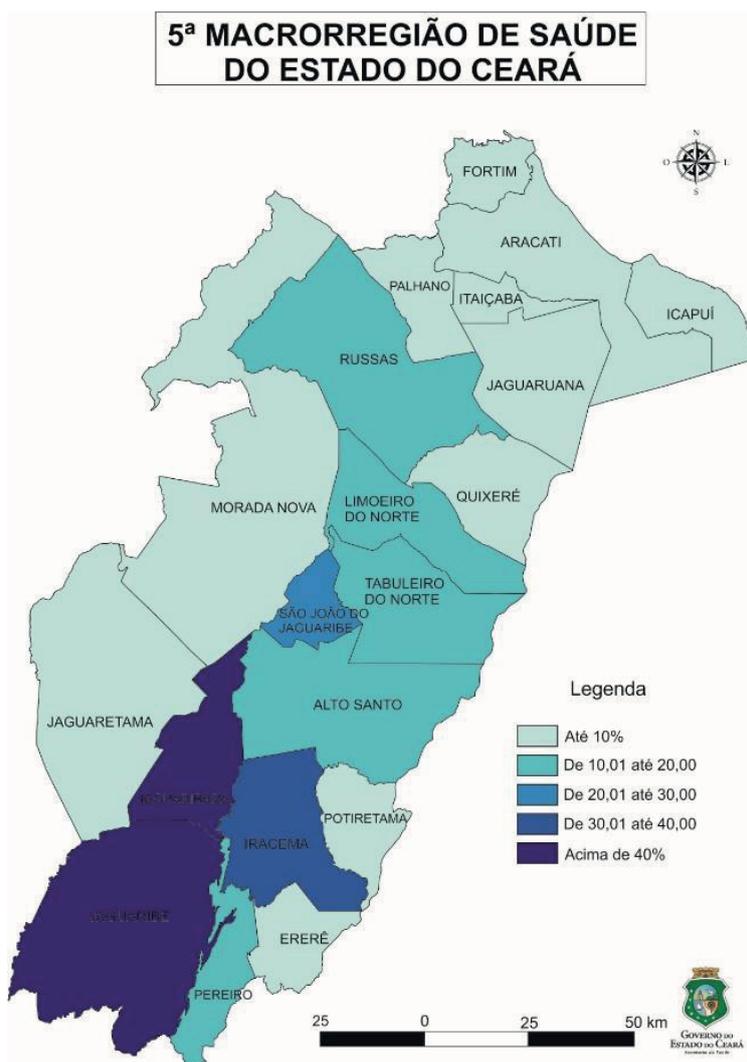
Fonte: IPECE 2010

[http://mapas.ipece.ce.gov.br/i3geo/interface/black\\_gm.phtml?oouqv0jg&d4pn0l9poackirus3](http://mapas.ipece.ce.gov.br/i3geo/interface/black_gm.phtml?oouqv0jg&d4pn0l9poackirus3)

## Esgotamento sanitário

O mapa 3 apresenta a oferta do serviço de esgotamento sanitário na 4ª Região de Saúde, logo pode-se afirmar que, com base no exposto, o lançamento de efluentes sanitários no solo, formando esgotos a céu aberto, ou sua canalização direta para os cursos d'água, sem tratamento prévio, constitui um grave problema de agressão ao meio ambiente detectado no território da região.

Mapa 3- Esgotamento sanitário na 4ª Região, 2010.



Fonte: IPECE, 2010

[http://mapas.ipece.ce.gov.br/i3geo/interface/black\\_gm.phtml?oouqv0jg8d4pn0l9poackirus3](http://mapas.ipece.ce.gov.br/i3geo/interface/black_gm.phtml?oouqv0jg8d4pn0l9poackirus3)

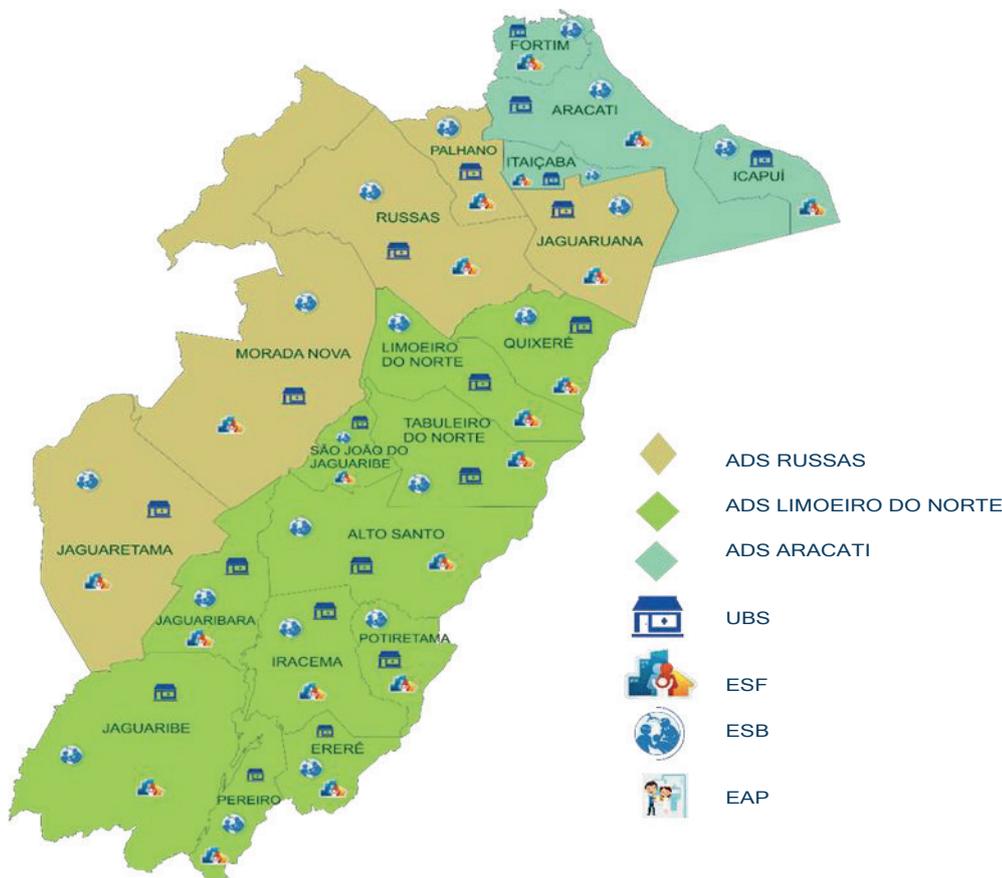
Em relação à coleta pública de resíduos sólidos, evidencia a necessidade de ações de coleta seletiva, padronizada e qualificada, assim como a valorização daqueles que trabalham e se mantêm informalmente neste processo de coleta/reciclagem do lixo.

## 2.2 Análise da Oferta

### 2.2.1 Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada

A Região Litoral Leste/Jaguaribe possui em sua rede de serviços públicos de saúde uma capacidade instalada de 214 Unidades de Atenção Primária à Saúde, nas quais funcionam Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal e Equipes Multiprofissionais, que prestam serviços de imunização, atenção ao pré-natal, parto e puerpério, vigilância à saúde, tratamento de paciente portador de tuberculose e hanseníase, controle de tabagismo, serviços de reabilitação, assistência nutricional, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, entre outros (MAPA 4).

Mapa 4 – Unidades de Atenção Primária à Saúde da Região Litoral Leste/Jaguaribe, 2023



Fonte: autoria própria, 2023.

Considerando a atenção especializada referentes aos serviços eletivos, que prestam serviços nas áreas de odontologia, diversas especialidades médicas, saúde mental, saúde do trabalhador, apoio de diagnóstico terapêutico de exames laboratoriais e de imagem, fisioterapia, Serviços de Especializados não médicos em geral, Assistência Farmacêutica, entre outras, a saber:

- 11 clínicas médicas especializadas;
- Quatro (n=04) Policlínicas;
- Nove (n=09) Centros de Especialidades Odontológicas-CEO's;
- Um (n=01) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST;
- Um (n=01) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Ampliado-CERESTA;
- Nove (n=09) Centros de Atenção Psicossocial-CAPS Gerais;
- Dois (n=02) Centros de Atenção Psicossocial de Atenção aos usuários de Álcool e outras Drogas-CAPS AD;
- Dez (n=10) Academias da Saúde;
- 14 Centros de Reabilitação/Fisioterapia; e
- Dois (n=02) Serviços de Atenção Especializada-IST/AID.

Mapa 5 – Unidades Hospitalares que prestam serviço de Atenção especializada na RSLRJ



Fonte: autoria própria, 2023



## 2.2.2 Cobertura de ações e serviços de saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem papel fundamental na formulação e desenvolvimento de políticas públicas de saúde, sendo coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS. A APS está organizada na RSLIJ conforme a ESF e Equipes de Saúde Bucal, com a cobertura de acordo com as tabelas abaixo.

Tabela 11 - Cobertura das Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da RSLIJ no ano de 2023.

	Equipes da Estratégia Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal	Agentes Comunitários de Saúde
<b>Alto Santo</b>	95,42%	70,50%	100%
<b>Aracati</b>	100%	64,20%	100%
<b>Ereré</b>	86,66%	86,67%	100%
<b>Fortim</b>	100%	90,30%	76,76%
<b>Icapuí</b>	100%	91,41%	100%
<b>Iracema</b>	100%	100,00%	100%
<b>Itaíçaba</b>	99,15%	91,28%	100%
<b>Jaguaretama</b>	100%	100,00%	100%
<b>Jaguaribara</b>	97,45%	97,45%	100%
<b>Jaguaribe</b>	100%	100,00%	100%
<b>Jaguaruana</b>	99,77%	58,21%	100%
<b>Limoeiro do Norte</b>	100%	58,93%	100%
<b>Morada Nova</b>	100%	40,41%	100%
<b>Palhano</b>	100%	100,00%	100%
<b>Pereiro</b>	100%	81,86%	100%
<b>Potiretama</b>	93,30%	50,04%	100%
<b>Quixeré</b>	100%	100,00%	100%
<b>Russas</b>	94,27%	62,24%	70,59%
<b>São João do Jaguaribe</b>	97,44%	97,45%	100%
<b>Tabuleiro do Norte</b>	100%	100,00%	100%
<b>RSLIJ</b>	96,37%	73,98%	95,10%

Fonte: E-gestor, mai./2023.

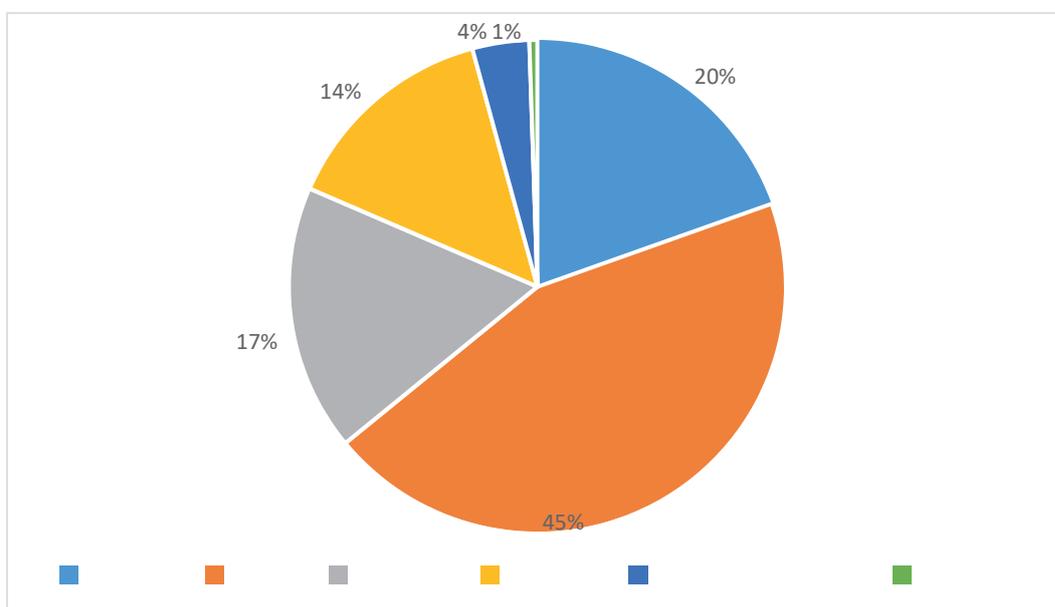
É observado que todos os municípios da região possuem mais de 85% de cobertura de ESF. Em se tratando de Equipes de Saúde Bucal (ESB) a situação não é tão satisfatória, com sete municípios com cobertura abaixo de 85%, dentre eles temos os três municípios polos.

A RSLIJ possui uma Rede Hospitalar do SUS composta por 23 hospitais, que, na assistência à saúde, desempenham as funções de centros de referência de média e complexidade para as Redes de Atenção à Saúde e, ofertam serviços de acordo com a classificação do hospital, mantendo o serviço de urgência e emergência em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, ininterruptamente, com exceção do HRVJ, que não possui serviço de urgência e emergência.

As unidades hospitalares, sobretudo as de pequeno porte, em grande parte dos municípios, é a única porta de entrada do sistema de saúde. No entanto, grande parte destes enfrentam dificuldades no que se refere a sustentabilidade econômica, definição de seu papel no sistema de saúde e para sobreviverem induzem a demanda pela oferta de leitos para cobrirem os custos fixos, gerando uma evidente ineficiência no SUS, com muitas das internações inadequadas, pouco resolutivas e desnecessárias, o que geralmente leva a outra internação em hospitais de maior porte (CEARÁ, 2016).

A RSLIJ possui um total de 1008 leitos, sendo 75% SUS (757), de acordo com os dados SCNES, competência 04/2023. São 148 leitos cirúrgicos, 337 clínicos, 132 obstétricos, 108 pediátricos, 28 de outras especialidades e 04 hospitais dia (GRÁFICO 20).

Gráfico 20 - Distribuição de leitos por especialidades na RSLIJ, 2023.



Fonte: SCNES, mai/2023.

Tabela 12 - Distribuição de leitos por subespecialidades na RSLIJ, 2023

Especialidade detalhada	Cirúrgico	Clínico	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital/DIA	Total
<b>CIRÚRGICOS</b>	148	-	-	-	-	-	148
..Buco maxilo facial	2	-	-	-	-	-	2
..Cirurgia geral	105	-	-	-	-	-	105
..Ginecologia	18	-	-	-	-	-	18
..Oftalmologia	3	-	-	-	-	-	3
..Ortopedia/traumatologia	20	-	-	-	-	-	20
<b>CLÍNICOS</b>	-	337	-	-	-	-	337
..AIDS	-	1	-	-	-	-	1
..Clínica geral	-	314	-	-	-	-	314
..Hematologia	-	3	-	-	-	-	3
..Neonatologia	-	12	-	-	-	-	12
..Pneumologia	-	7	-	-	-	-	7
<b>OBSTÉTRICOS</b>	-	-	132	-	-	-	132
..Obstetrícia Cirúrgica	-	-	39	-	-	-	39
..Obstetrícia Clínica	-	-	93	-	-	-	93
<b>PEDIÁTRICOS</b>	-	-	-	108	-	-	108
..Pediatria Clínica	-	-	-	93	-	-	93
..Pediatria Cirúrgica	-	-	-	15	-	-	15
<b>OUTRAS ESPECIALIDADES</b>	-	-	-	-	28	-	28
..Crônicos	-	-	-	-	4	-	4
..Psiquiatria	-	-	-	-	15	-	15
..Reabilitação	-	-	-	-	9	-	9
<b>HOSPITAL/DIA</b>	-	-	-	-	-	4	4
..Cirúrgicos/Diagnóstico/Terapêutico	-	-	-	-	-	4	4

Fonte: autoria própria, 2023

Foram utilizados os parâmetros da Portaria nº 1.631 de 2015 para estimar a necessidade de leitos na RSLIJ. Foi identificado que apenas os leitos obstétricos e pediátricos encontram-se de acordo com os parâmetros apresentados (BRASIL, 2023).

Considerando o valor mínimo recomendado de Taxas de Internação e Tempo Médio de Permanência e Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) para Taxa de Recusa esperada 5%, de acordo com as estimativas do Ministério da Saúde (MS), baseado na portaria 1.631, observa-se a seguinte necessidade de leitos:

Tabela 13 - Comparativo entre números de leitos gerais necessários e existentes na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2022.

Especialidade	Qt.leitos CNES	Necessidade estimada	Déficit
Neonatologia	12	41	-29
Pediatria	108	100	8
Clínica	337	531	-194
Cirúrgica	148	271	-123
<b>Obstetrícia</b>	<b>132</b>	<b>125</b>	<b>7</b>

Fonte: EstimaSUS, 2022; SCNES, abr/2023.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente disponibilizado para assistir pacientes em estados graves e instáveis que, é considerado de alta complexidade, por contar com tecnologia dura de ponta, no qual são realizados procedimentos agressivos/invasivos, e onde a batalha pela sobrevivência é constante, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente. Ressalta-se que não existe na Região UTI pediátrica e neonatal. Para a necessidade de leitos complementares – UTI, encontra-se distribuído na tabela abaixo:

Tabela 14 - Comparativo entre números de leitos de UTI necessários e existentes na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2022.

Especialidade	Qt.leitos CNES	Necessidade estimada	Déficit
UTI neonatal	0	12	-12
UTI pediátrica	0	9	-9
UTI adulto	20	61	-41

Fonte: EstimaSUS, 2022; SCNES, abr/2023.

### Tempo Médio de Permanência

O tempo médio de permanência (TMP) hospitalar trata-se do tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital. É um indicador de desempenho hospitalar, associado a gestão eficiente do leito operacional, uma vez que estes devem ser utilizados com indicação apropriada.

Segundo os parâmetros do MS, a TMP em obstetrícia deve variar entre a mínima de 2,4 e máxima de 3,1; em pediatria clínica, entre 6,5 e 8,2; pediatria cirúrgica, entre 2,4 e 3,9; clínica na população de 15 a 59 anos, entre 6,5 e 8,5; clínica na população acima de 60 anos, 7,4 a 9,7; cirúrgica na população de 15 a 59 anos, 3,6 a 4,4 e cirúrgica na população acima de 60 anos, de 4,6 a 6,5. A portaria de consolidação nº 6/2017 MS normatiza que a TMP nas enfermarias clínicas de retaguarda deve ser no máximo 10,00.

Tabela 15 - Média de Permanência hospitalar geral e por clínica – Municípios da RSLIJ, período 2021.

Estabelecimentos	Geral	Clínica Médica	Clínica Pediátrica	Clínica Obstétrica	Clínica Cirúrgica
Aracati – Hosp. Mun. Dr. Eduardo Dias	5,35	5,86	0	NA	4,44
Aracati – Hosp. e Maternidade Santa Luísa de Marillac	1,8	3,16	2,9	1,61	1,70
Fortim - Hosp. Mn do Fortim Waldemar Alcântara	4,75	4,79	0	1	NA
Icapuí - Hosp. Maria Idalina Rodrigues de Medeiros	0	0	0	0	NA
Itaiçaba - Unidade Mista Josefa M <sup>a</sup> da Conceição	4,34	4,34	0	0	NA
Jaguaritama – Hosp. Mat. Adolfo Bezerra de Menezes	3,64	4,45	3,36	1,14	1,58
Morada Nova – Santa Casa de M. Nova	5,98	6,03	2,6	0	0
Russas – Hosp. e Casa de Saúde de Russas	3,04	4,04	2,15	1,84	2,73
Russas – Hosp. e Maternidade Divina Providência de Russas	0	0	0	NA	0
Jaguaruana - Hosp. Mat. N. Sra. da Expectação	5,53	5,56	0	1	NA
Morada Nova – Hosp. Reg. Francisco Galvão de Oliveira	1,86	3,57	0	1,67	1,81
Palhano – Hosp. e Maternidade Maria Tereza de Jesus Mateus	0	0	0	0	NA
Iracema – Hosp. e Mat. Maria Roque de Macedo	3,68	4,79	0	0	1,69
Jaguaribe – Hosp. M. Governador Aduino Bezerra	2,69	3,67	0	1,91	2,28
Quixeré - Hosp. M. Joaquim Manoel de Oliveira	4,75	4,79	NA	1	NA
Erere – Hosp. Mun. Francisco Nogueira de Queiroz	4,88	4,88	0	0	NA
Jaguaribara – Hosp. Mun. Santa Rosa de Lima	3,97	4,35	2	1,57	2,55
Alto Santo – Hosp. Maternidade Santa Rita	5,2	5,7	0	1	0
Tabuleiro do N. - Casa de Saúde M. Celestina Colares	4,88	5,50	0	1,17	1,18

Limoeiro - Hospital São Raimundo	2,80	3,28	2,59	2,21	3,01
Limoeiro – Hosp. Regional do Vale do Jaguaribe	5,2	5,2	NA	NA	0
Pereiro - Hosp. Mun. Humberto de Queiroz	3,6	4,9	2	1,05	0
Potiretama – Unidade Mista Raimundo Paiva Diógenes	0	0	0	0	NA
São João do Jaguaribe - Hospital e Maternidade N. S. de Fátima	NA	NA	NA	NA	NA
RSELLJ	3,24	4,35	2,40	1,86	1,58

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH TABWIN – DATASUS – janeiro a dezembro 2021

Obs. NA – Não existem leitos cadastrados no CNES para a especialidade, onde tem 0,00 existe leito cadastrado, mas não apresentou produção.

O tempo médio de permanência em hospitais agudos (hospitais que tratam os doentes na fase aguda da sua doença, com demora média de curta duração), como os da RSELLJ, quando acima de 7 (sete) dias, está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar. Alguns hospitais gerais do SUS, sem atividade de ensino, em geral registram um TMP geral entre 3,5 a 6,4.

Esse TMP geral deve levar em consideração a estratificação dos hospitais segundo o seu Porte. Para os hospitais de Porte I (os de pequeno porte) a média deve ficar entre de 2 a 3 dias. Para os hospitais de Porte II (os de médio porte) a média deve ficar entre de 3 a 4 dias, e para os hospitais de Porte III (os de Grande Porte) a média deve ser de 4 a 5 dias. Sem levar em consideração o Porte Hospitalar, a TMP geral de todos os hospitais da RSELLJ é de 3,24%.

### Taxa de Ocupação Hospitalar

Segundo portaria de Consolidação/MS nº 6/2017, a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) Geral deve variar entre 80% a 85% (BRASIL, 2017b). Quanto ao desempenho da TOH por Clínica/Especialidade – TOH por Clínica, os Parâmetros de Referência de TOH por Especialidade são: Clínica Cirúrgica: 60,8%; Clínica Médica: 56,15%; Clínica Obstétrica: 97,33%; e Clínica Pediátrica: 48,66%.

As maiores TOH Geral, apresentadas no ano de 2021, pertencem aos hospitais classificados como Hospital Polo da RSELLJ, com os seguintes desempenhos: Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias, em Aracati com 65,16%; Hospital e Casa de Saúde de Russas, com 51,60%, e Hospital São Raimundo, de Limoeiro do Norte com 49,12%.

Salienta-se que a taxa de ocupação em grande parte dos Hospitais de Pequeno Porte apresenta-

se bem inferior ao recomendado, o que é indicativo de ociosidade dos leitos no período analisado. Acrescente ainda que o ano de 2021 foi um ano atípico devido a pandemia causada pelo COVID-19.

Tabela 16 - Taxa de Ocupação Hospitalar geral e por clínica – Estabelecimentos hospitalares da Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, ano de 2021.

Estabelecimentos	Geral	Clínica Médica	Clínica Pediátrica	Clínica Obstétrica	Clínica Cirúrgica
Aracati – Hosp. Mun. Dr. Eduardo Dias	65,16	84,63	0	NA	42,15
Aracati – Hosp. e Maternidade Santa Luísa de Marillac	19,07	6,07	12,76	27,93	15,83
Fortim - Hosp. Mun. do Fortim Waldemar Alcântara	16,28	18,94	0	0,27	NA
Icapuí - Hosp. Maria Idalina Rodrigues de Medeiros	0	0	0	0	NA
Itaiçaba - Unidade Mista Josefa M <sup>a</sup> da Conceição	8,5	8,5	0	0	NA
Jaguaratama – Hosp. Mat. Adolfo Bezerra de Menezes	17,56	25,14	3,37	4,79	12,60
Morada Nova – Santa Casa de M. Nova	4,40	8,86	0,05	0	0
Russas – Hosp. e Casa de Saúde de Russas	51,60	<b>85,05</b>	36,03	29,95	33,62
Russas – Hospital e Matern. Divina Providência de Russas	0	0	0	NA	0
Jaguaruana – Hosp. Mat. N. Sra. da Expectação	23,37	24,90	0	0,41	NA
Morada Nova – Hosp. Reg. Francisco Galvão de Oliveira	15,15	5,82	0	21,27	20,93
Palhano – Hosp. e Maternidade Maria Tereza de Jesus Mateus	0	0	0	0	NA
Iracema – Hosp. e Mat. Maria Roque de Macedo	11,95	24,86	0,41	0,41	7,87
Jaguaribe – Hosp. M. Governador Aduino Bezerra	29,67	27,65	0	27,12	<b>42,87</b>
Quixeré - Hosp. M. Joaquim Manoel de Oliveira	12,12	15,11	0	0,13	NA
Ereré – Hosp. Mun. Francisco Nogueira de Queiroz	5,57	5,57	0	0	NA
Jaguaribara – Hosp. Mun. Santa Rosa de Lima	7,24	13,54	0,13	1,50	2,32
Alto Santo – Hosp. Maternidade	11,47	16,08	0	0,73	0

Santa Rita					
Tabuleiro do N. - Casa de Saúde M. Celestina Colares	17,00	30,64	0	1,00	1,59
Limoeiro - Hospital São Raimundo	49,12	62,95	<b>40,36</b>	<b>51,37</b>	9,63
Limoeiro – Hosp. Regional do Vale do Jaguaribe	0,47	0,47	0	0	0
Pereiro - Hosp. Mun. Humberto de Queiroz	18,41	31,39	0,95	6,41	0
Potiretama – Unidade Mista Raimundo Paiva Diógenes	0	0	0	0	0
São João do Jaguaribe - Hospital e Maternidade N. S. de Fátima	0	0	0	0	NA
RSELLJ	27,65	34,25	14,21	22,27	23,80

Fonte: SIH SUS-TABWIN DATASUS – janeiro a dezembro 2021 e Site SCNES junho 2022.

Quanto à TOH pela Clínica, o Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias, referência para a ADS Aracati na especialidade de cirurgia geral, traumatologia e clínica médica, apresentou a segunda maior TOH tanto para Clínica na especialidade de clínica médica, com 84,63%, quanto na clínica cirúrgica, com 42,15%. O Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac, em Aracati, também classificado como Hospital Polo de referência na ADS de Aracati na especialidade obstetrícia e pediatria, apresentou a terceira maior TOH por Clínica na especialidade de obstétrica, com 27,93%, e pediatria com 12,76%.

O Hospital e Casa de Saúde de Russas, classificado como Hospital Polo de referência na ADS de Russas nas especialidades: cirurgia geral, traumatologia, clínica médica, pediatria, neonatologia e obstetrícia, apresentou a maior TOH por Clínica na especialidade de clínica médica, com 85,05%; a terceira maior TOH por Clínica na especialidade de clínica cirúrgica, com 26,37%; e a segunda maior TOH por Clínica tanto na especialidade de pediatria com 36,03% quanto na clínica obstétrica, 29,95%.

O Hospital São Raimundo, localizado no município de Limoeiro do Norte classificado como Hospital Polo referência na especialidade de cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e pediatria, apresentou a terceira maior TOH por Clínica na especialidade de clínica médica, com 62,95%; uma TOH por Clínica na especialidade cirúrgica muito baixa, de apenas 9,63%; e a maior TOH por Clínica na especialidade de obstetrícia com 51,37% e pediatria com 40,36%.

Observa-se que, na TOH Geral, todos os hospitais da Região RSELLJ se apresentam valores abaixo do parâmetro do MS de 80%. Na TOH por Clínica na especialidade de clínica médica os hospitais (Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias; Hospital e Casa de Saúde de Russas; Hospital São Raimundo) estão com valores acima do ideal, nessa clínica.

De um modo geral, ressalta-se o reduzido percentual de TOH Geral e TOH por Clínica, tanto nos Hospitais Classificados como Hospitais Polos para a RSELLJ, quanto para os demais hospitais classificados como Estratégicos e HPP, o que nos leva a pensar que tão baixos desempenhos sejam resultados, também, da baixa resolutividade desses hospitais levando-se em conta: o quadro de especialidades e subespecialidades médicas; retaguarda de exames por imagem (principalmente para as emergências médica e cirúrgica) numa Região de Saúde onde o trauma constitui relevante indicador epidemiológico; e retaguarda de leitos semi-intensivos e intensivos de UTI, para o acesso oportuno nas portas de entrada das urgências e emergências para uma assistência adequada para a população dos 20 municípios da RSELLJ.

Consideramos que a importância da análise da TOH reside no fato de se buscar uma gestão inteligente do leito operacional, aumentando a oferta de leitos para o Sistema de Saúde, e que o leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, devendo ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para a recuperação da saúde.

### **2.2.3 Recursos Humanos**

Considerando o número de Médicos, Enfermeiros e Dentistas por mil habitantes, índice que representa o número de profissionais de saúde por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado e mede a disponibilidade de profissionais de saúde, por categorias selecionadas, segundo a sua localização geográfica.

Esse indicador apresenta limitações para análise pois baseia-se no número de inscritos nos conselhos profissionais, incluídos os que não estão no exercício de atividades assistenciais de saúde e a interpretação do indicador requer informações adicionais sobre as condições socioeconômicas da população e seu perfil epidemiológico, a organização dos serviços de saúde e os recursos tecnológicos disponíveis. Podendo ser utilizado para:

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desequilíbrio;
- Subsidiar políticas de incentivo à interiorização de profissionais de saúde;
- Contribuir nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.

De acordo com a Agência Brasil o número de médicos cresceu fortemente nos últimos anos no Brasil, atingindo mais de 500 mil profissionais, uma média de 2,4 para cada 1 mil habitantes. Entretanto, a distribuição ainda é bastante desigual, com maior presença nas regiões mais ricas e

menos oferta no Norte e Nordeste, cujas taxas atingem respectivamente 1,3 e 1,69 profissionais para cada 1 mil habitantes. Mesmo assim estão bem aquém do que é preconizado pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cujo índice médio é de 3,4 para cada 1 mil habitantes. O Brasil vem atuando para ser admitido neste grupo. Na 4ª região de saúde 95% dos municípios que apresentaram um índice acima de 1,0, em 2023, com exceção do município de Iracema.

A concentração de cirurgiões-dentistas por habitantes preconizada pela OMS é de um cirurgião-dentista (CD) para cada 1.500 (mil e quinhentos) habitantes, isso leva a um índice de 0,66 CD por mil habitantes. Observando-se a tabela abaixo verifica-se que os municípios de Alto Santo, Jaguaribara, Limoeiro do Norte, Quixeré e São João do Jaguaribe estão de acordo com índice preconizado.

Quanto aos profissionais de enfermagem a OMS preconiza que a relação seja de 2,0 o número de enfermeiros por 1000 habitantes e os dados abaixo mostram que Aracati, Itaipaba, Limoeiro do Norte, Potiretama e São João do Jaguaribe atingiram esse coeficiente considerando a competência 03/2023.

Tabela 17 - Número de Médicos, Enfermeiros e Dentistas por mil habitantes segundo os municípios da 4ª Região de Saúde.

MUNICÍPIO	MÉDICOS (POR MIL HAB)	ENFERMEIROS (POR MIL HAB)	DENTISTAS (POR MIL HAB)
	2023		
<b>Alto Santo</b>	1,31	1,68	0,68
<b>Aracati</b>	2,03	2,14	0,31
<b>Ereré</b>	0,83	1,24	0,55
<b>Fortim</b>	1,61	1,67	0,54
<b>Icapuí</b>	1,29	1,68	0,59
<b>Iracema</b>	1,39	1,60	0,56
<b>Itaipaba</b>	2,15	2,02	0,38
<b>Jaguaretama</b>	1,49	1,32	0,50
<b>Jaguaribara</b>	2,16	1,90	0,78
<b>Jaguaribe</b>	2,40	1,36	0,43
<b>Jaguaruana</b>	1,38	1,33	0,32
<b>Limoeiro do Norte</b>	4,12	3,10	0,88
<b>Morada Nova</b>	1,70	1,25	0,31
<b>Palhano</b>	2,54	1,80	0,63
<b>Pereiro</b>	1,53	1,22	0,43
<b>Potiretama</b>	1,39	2,01	0,46
<b>Quixeré</b>	1,16	1,34	0,76
<b>Russas</b>	1,89	1,31	0,57
<b>São João do Jaguaribe</b>	2,91	2,65	0,66

<b>Tabuleiro do Norte</b>	1,25	2,00	0,62
<b>RSELLJ</b>	1,99	1,75	0,52

Fonte: DATASUS, CNES comp. 03/2023, jun,2023.

Tabela 18 - Carga Horária por categoria profissional da 4ª Região de Saúde

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL OUTROS</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL AMBULATÓRIO</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL HOSPITALAR</b>	<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>	<b>% POR CATEGORIA PROFISSIONAL</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>1690</b>	<b>23104</b>	<b>6967</b>	31761	36%
<b>Médico</b>	<b>63</b>	<b>18811</b>	<b>5758</b>	24632	28%
<b>Cirurgião dentista</b>	<b>230</b>	<b>9294</b>	<b>24</b>	9548	11%
<b>Fisioterapeuta geral</b>	260	4852	718	5830	7%
<b>Psicólogo</b>	<b>80</b>	<b>3498</b>	<b>137</b>	3715	4%
<b>Farmacêutico</b>	<b>277</b>	<b>2682</b>	<b>511</b>	3470	4%
<b>Assistente social</b>	308	2746	396	3450	4%
<b>Nutricionista</b>	80	2304	341	2725	3%
<b>Profissional de educação física na saúde</b>	140	1700	0	1840	2%
<b>Fonoaudiólogo geral</b>	0	804	33	837	1%
<b>Biomédico</b>	0	662	78	740	1%
<b>Terapeuta ocupacional</b>	0	624	0	624	1%

Fonte: DATASUS, CNES comp. 03/2023, jun,2023.

De acordo com o cadastro de profissionais de saúde da região, atendimento SUS, no que se refere ao nível superior (3.242), 34% são médicos, 30% são enfermeiros e 9% são dentistas.

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
Médico	1101	34%
Enfermeiro	968	30%
Cirurgião Dentista	289	9%
Fisioterapeuta Geral	226	7%
Farmacêutico	135	4%
Psicólogo Clínico	134	4%
Assistente Social	127	4%
Nutricionista	100	3%
Profissional de Educação Física na Saúde	59	2%
Fonoaudiólogo Geral	38	1%
Terapeuta Ocupacional	24	1%
Biomédico	21	1%
Médico Veterinário	16	0%
Psicólogo Hospitalar	3	0%
Biólogo	1	0%
<b>RSELLJ</b>	<b>3242</b>	<b>100%</b>

Dos médicos, 39% são clínicos, 20% da Estratégia de Saúde da Família, 7% radiologista e 5% anesthesiologista.

ESPECIALIDADE MÉDICA	NÚMERO	%
Médico Clínico	428	39%
Medico da ESF	218	20%
Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem	77	7%
Médico Anesthesiologista	60	5%
Médico Cirurgião Geral	50	5%
Médico Ginecologista e Obstetra	50	5%
Médico Cardiologista	34	3%
Médico Ortopedista e Traumatologista	32	3%
Médico Pediatra	26	2%
Médico Psiquiatra	22	2%
Médico Oftalmologista	14	1%
Médico em Endoscopia	13	1%
Médico Endocrinologista e Metabologista	10	1%
Médico Gastroenterologista	9	1%
Médico Mastologista	7	1%
Médico Neurologista	7	1%
Médico Dermatologista	6	1%
Médico Em Medicina Intensiva	6	1%
Médico Otorrinolaringologista	6	1%
Médico Nefrologista	5	0%
Medico Cirurgião Plástico	3	0%
Médico do Trabalho	3	0%
Médico Urologista	3	0%
Médico Anatomopatologista	2	0%
Médico Coloproctologista	2	0%
Médico Infectologista	2	0%
Médico Angiologista	1	0%
Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo	1	0%
Médico Citopatologista	1	0%
Médico em Cirurgia Vascular	1	0%
Médico Geriatra	1	0%
Médico Reumatologista	1	0%

Quando é avaliada a carga horária, obtém-se uma situação diferente. O profissional de enfermagem ocupa o primeiro lugar, com 35% da carga horária, o profissional médico em segundo, com 27% e o cirurgião dentista o terceiro, com 10%.

O médico clínico e o médico da estratégia saúde da família ocupam os primeiros lugares em especialidades médicas, com 34% cada um. Também se observa que aproximadamente 76,4% da carga horária é ambulatorial e 23,4% hospitalar.

Categorias	Carga Horária	Carga Horária	Carga Horária	Carga Horária	% por Especialidad
------------	---------------	---------------	---------------	---------------	--------------------

	Semanal Outros	Semanal Ambulatório	Semanal Hospitalar	Total	e Categoria Profissional
Enfermeiro	1690	23104	6967	31761	35%
Médico	63	18811	5758	24632	27%
Cirurgião dentista	230	9294	24	9548	10%
Fisioterapeuta geral	260	4852	718	5830	6%
Psicólogo	80	3498	137	3715	4%
Farmacêutico	277	2682	511	3470	4%
Assistente social	308	2746	396	3450	4%
Nutricionista	80	2304	341	2725	3%
Profissional de educação física na saúde	140	1700	0	1840	2%
Fonoaudiólogo geral	0	804	33	837	1%
Biomédico	0	662	78	740	1%
Terapeuta ocupacional	0	624	0	624	1%
Médico veterinário	166	338	0	504	1%
Biólogo	40	0	0	40	0%
RSL LJ	3474	73119	14963	91556	100%

Especialidade Médica	CH Semanal Outros	CH Semanal Ambulatório	CH Semanal Hospitalar	CH Total	% por Especialidade Médica
Medico da ESF	0	8538	0	8538	34,66%
Médico Clínico	62	5565	2755	8382	34,03%
Médico Anestesiologista	0	373	748	1121	4,55%
Médico Ginecologista e Obstetra	0	521	502	1023	4,15%
Médico Cirurgião Geral	0	363	546	909	3,69%
Médico Ortopedista e Traumatologista	0	418	268	686	2,78%
Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem	0	495	104	599	2,43%
Médico Pediatra	0	245	331	576	2,34%
Médico Cardiologista	0	388	132	520	2,11%
Médico Psiquiatra	0	432	52	484	1,96%
Médico Oftalmologista	0	200	66	266	1,08%
Médico em Endoscopia	0	136	34	170	0,69%
Médico Neurologista	0	154	10	164	0,67%
Médico em Medicina Intensiva	0	60	84	144	0,58%
Médico Otorrinolaringologista	0	122	12	134	0,54%
Médico Endocrinologista e Metabologista	0	118	14	132	0,54%
Médico Mastologista	0	124	0	124	0,50%
Médico Dermatologista	0	122	0	122	0,50%
Médico Gastroenterologista	0	114	6	120	0,49%
Médico Nefrologista	0	51	59	110	0,45%
Médico do Trabalho	0	50	10	60	0,24%

Médico Urologista	0	60	0	60	0,24%
Médico Coloproctologista	0	40	0	40	0,16%
Médico em Cirurgia Vascular	0	40	0	40	0,16%
Médico Infectologista	0	36	0	36	0,15%
Médico Angiologista	0	20	0	20	0,08%
Médico Reumatologista	0	10	10	20	0,08%
Medico Cirurgiao Plastico	0	0	15	15	0,06%
Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo	0	6	0	6	0,02%
Médico Citopatologista	0	4	0	4	0,02%
Médico Geriatria	0	4	0	4	0,02%
Médico Anatomopatologista	1	2	0	3	0,01%

### Vazios assistenciais

Os vazios assistenciais podem ser identificados, considerando os deslocamentos de pacientes de um território com menor frequência de procedimentos para aqueles com maior possibilidade de realizar os mesmos procedimentos (BRASIL, 2015). A dimensão espacial, implica em grande desafio para a organização à assistência integral e equitativa, apesar de que, a regionalização e hierarquização, já, organizam os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, mas ainda se configura em barreiras a serem superadas ou minimizadas, melhorando o acesso ao sistema de saúde no território.

Observa-se na Região, a busca frequente por atendimento e assistência em outras regiões, principalmente na região de Fortaleza, onde se concentra a maior parte de procedimentos da média e alta complexidade, indicando uma insuficiência de oferta local.

Na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, visualiza-se alguns vazios assistenciais referentes às ações e serviços no âmbito das RAS, pois estas têm o objetivo de organizar os serviços de saúde de forma, que atenda a população, de maneira mais acessível, eficiente e eficaz, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e sua implementação visa à construção de sistemas integrados de saúde que se articule em todos os níveis de atenção à saúde, de forma integrada nos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Considerando as RAS, a Rede Materno-Infantil da Região, desde a sua estruturação por meio da Rede Cegonha, até os dias atuais, identifica-se alguns vazios assistenciais, que refletem a necessidade de estabelecer e definir serviços especializados para o atendimento e assistência ao público prioritário, o binômio genitora e conceito, a saber: Maternidade de alto risco; Unidade de Terapia Intensiva- UTI pediátrica, UTI neonatal; Unidade de Cuidados Intermediários- UCI neo e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). A rede será reestruturada na Região com novas discussões com os gestores e pactuações dos pontos de atenção, pela presença do Hospital Vale do

Jaguaribe- HRVJ, que assegurará o atendimento secundário e terciário, fortalecendo a rede de atenção, diminuindo o vazio assistencial e minimizando os deslocamentos para a capital.

Na Rede de Urgência e Emergência se visualiza a deficiência em relação a Leitos de Retaguarda, Sala de Estabilização, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em alguns municípios; Leitos de UTI pediátrico e Serviço Especializado de Trauma e Unidade Coronariana. Estes, devem ser implantados no Hospital Regional Vale do Jaguaribe, a fim de dar agilidade no atendimento, evitando complicações e, contudo, aumentando as chances de recuperação, acompanhado de cuidados integrados e continuados, promovendo a estabilidade do paciente. A rede já foi aprovada e aguarda parecer do Ministério da Saúde, para habilitação dos pontos de atenção e de novos serviços.

No momento continuam os vazios assistenciais no tocante às Linhas do Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doenças Crônicas Degenerativas e Linha do Cuidado do Trauma. Foi sinalizado financiamento do Ministério da Saúde para a assistência a essas linhas de cuidado, no HRVJ.

Na Atenção Psicossocial há vazios assistenciais no tocante à Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) AD (álcool e outras drogas) III, CAPSi (infantil), Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM/AMENT). Estes serviços, que contemplam a Rede de atenção psicossocial (RAPS), podem ser implantados com abrangência municipal e/ou regional. A rede está sendo desenhada, com processo de pactuação dos pontos de atenção com os gestores municipais.

Em relação à Rede de Pessoa com Deficiência, percebem-se os vazios relacionados aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) Tipo III, que deveriam estar implantados nas policlínicas de Limoeiro do Norte e Aracati. No momento, aguarda-se o parecer técnico do serviço de engenharia do Estado para a ampliação do terreno das respectivas Policlínicas. Destaca-se que esta rede foi aprovada no ano de 2021 e possui garantia de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para funcionamento dos CER na Região.

Outros serviços que são importantes, e que necessitam ser organizados na Região são: Serviço de Referência de Colo do Útero- SRC e Serviço de Diagnóstico de Mama- SDM, ambos podem ser estruturados nas Policlínicas consorciadas de Aracati e Limoeiro do Norte e vão fortalecer a assistência à mulher no tocante a área da oncologia. Há ainda vazios relacionados às consultas especializadas tais como: neonatologia, endocrinologia, pediatria, neurologia, reumatologia, dentre outras.

Os pontos de atenção e serviços assistenciais descritos acima apontam a demanda para além dos atendimentos necessários, à organização de uma rede longitudinal, garantindo atendimento dos

serviços fora da região e, portanto, é fundamental a existência de um sistema de apoio e logístico estruturados, uma rede hierarquizada, descentralizada e acima de tudo, um sistema de governança fortalecido para possibilitar uma dinâmica de eficácia, resolutividade, acessibilidade e efetividade na operacionalização da rede.

### **3 ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO REGIONAL**

Em consonância com a nova estrutura organizacional da SESA, em 2019, a estrutura organizacional da Área Descentralizada em Saúde de Limoeiro do Norte passou por uma mudança significativa, no intuito de possibilitar a implantação de um novo modelo de governança.

A antiga ADS Limoeiro do Norte transformou-se na sede da Superintendência Litoral Leste Jaguaribe, sendo atualmente caracterizado como um núcleo gestor regional, subordinado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

O núcleo gestor da Superintendência Regional de Saúde é composto pelas duas Coordenadorias Regionais de Saúde (Russas e Aracati) e as coordenadorias técnicas: Gestão do Apoio ao Cuidado; Monitoramento e Avaliação; Administrativo Financeiro e Vigilância à Saúde.

Essa formatação contribui para uma melhor comunicação, avanço na transparência, cooperação técnica e melhoria nos indicadores de saúde.

### **4 GOVERNANÇA DA REGIÃO DE SAÚDE**

O Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, trata a governança pública como um “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”.

Para o Banco Mundial, em seu Relatório de Desenvolvimento Mundial de 2017, é necessário repensar a governança pública a partir de quatro resultados desejáveis, uma espécie de síntese última dos fins estatais: segurança, crescimento, equidade e sustentabilidade (Banco Mundial, 2017).

O Estado do Ceará, através da Lei Estadual Nº 17.006/2019, que dispõe sobre a integração, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), das ações e serviços de saúde em Regiões de Saúde no Estado do Ceará, criou as 5 Regiões de Saúde que inauguram um novo desenho no fortalecimento da oferta de serviços no Estado.

O Artigo 2º da Lei Estadual Nº 17.006/2019, considera 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.

Neste novo desenho a Governança interfederativa das Regiões de Saúde é constituída pela CIR, instância deliberativa interfederativa regional, com o apoio executivo-operativo do Estado, por meio da Secretaria da Saúde ou vinculado (art. 10 da Lei Estadual nº 17006/2019).

Serão instituídas CIR em cada uma das cinco regiões de saúde (art. 2º, § 2º da Portaria estadual nº 2108/2019). A CIR manterá em sua estrutura Câmaras Técnicas e Comitês de Apoio à sua governança, do qual farão parte todas as entidades envolvidas na prestação de serviços assistenciais da região, para ampliar a participação das entidades prestadoras de serviços na região (Art. 2º, § 3º da Portaria Estadual nº 2108/2019).

Em 2020, a Região Litoral Leste Jaguaribe teve implantada a Comissão Intergestora Regional, que se reúne de forma ordinária, mensal e extraordinariamente quando se faz necessário. Com a implantação da CIR Regional, foram implantadas também, as seguintes Câmaras Técnicas Regionais da CIR: Atenção Primária em Saúde, Vigilância em Saúde, Educação Permanente em Saúde, Assistência farmacêutica, Regulação, controle e avaliação, Gestão, planejamento e financiamento.

Em dezembro de 2022, através da resolução de CIR nº 36/2022, foi implantado na Região de Saúde LLJ, o Comitê de Apoio a Governança Regional, que tomou posse em 02 de dezembro de 2023. Considerando a Resolução nº 130/2022 da CIB, compete ao Comitê: (a) participar do processo de PRS; (b) monitorar e avaliar o PRS; (c) monitorar os objetivos, indicadores e metas pactuadas nos planos de ação das RAS; (d) acompanhar o funcionamento dos pontos de atenção das RAS; (e) propor novos anjos, fluxos e organização das RAS; (f) propor capacitações de Educação Permanente para os profissionais que trabalham nos pontos de atenção que integram as RAS; (g) recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais; e (h) encaminhar à CIR as recomendações.

O controle social também é realidade no território, e conta com o fórum regional de conselheiros municipais de saúde que se reúne para discutir e propor ações de interesse à Região de Saúde. No intuito de apoiar a gestão, a RS possui também implantado o Comitê de Políticas Intersetoriais de Promoção à Saúde.

A governança na Região de Saúde é uma realidade que tem se fortalecido a cada dia, através da convergência de esforços das gestões estaduais e municipais, o controle social, as unidades de saúde e usuários.

## 5 MATRIZ ESTRATÉGICA

Quadro 3 - Macroproblemas e Prioridade Sanitárias da Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, 2023

Redes de Atenção	Macroproblemas	Prioridades Sanitárias
<b>Rede de Atenção Materno Infantil/Rede Cegonha</b>	Aumento da demanda de pré-natal de alto risco nas policlínicas;	Estruturação da rede de cuidado materno infantil na atenção primária e especializada, parto de risco gestacional, cuidados neonatais e regulação do acesso e transporte sanitário.
	Ausência de alinhamento nos protocolos (Classificação de risco e referência) do MS e nascer no Ceará;	
	Fragilidade de educação permanente em saúde para realização de estratificação de risco;	
	Não atualização da rede cegonha da região;	
	Ausência de referência para parto de alto risco na região;	
	Realização de partos em estabelecimentos de saúde sem estrutura e equipe mínima;	
	Inexistência de leitos de UTI NEO, leitos intermediários de cuidados neonatal convencional e canguru;	
	Ausência de regulação regional; Deficiência de transportes sanitários.	
<b>Rede de Urgência e Emergência (RUE)</b>	Vazio assistencial nas áreas de traumatologia clínica, cirúrgica e psiquiátrica e odontologia hospitalar pela inexistência de unidades hospitalares qualificadas;	Qualificação da RUE, com ampliação do acesso ao atendimento pré-hospitalar e da oferta hospitalar, através de habilitação, e regulação do acesso em tempo oportuno, com financiamento tripartite
	Pouca resolutividade do SAMU (sucateamento, logística, comunicação, falta de equipamentos);	
	Morosidade na regulação de pacientes que necessitam de atendimentos nos serviços da atenção secundária e terciária;	
<b>Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC)</b>	Alto índice de acidentes com motocicletas.	Articulação para estruturação da RAPDC, contemplando as linhas de cuidado da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Renal Crônico, Oncologia, Sobrepeso e Obesidade.
	Estruturação e operacionalização de atenção à Rede DCNT ineficiente;	
	Baixa resolutividade;	
	Vazios assistenciais;	
	Baixa adesão dos usuários nos espaços de discussões e planejamento;	
	Fragilidade de acompanhamento multiprofissional em rede;	
	Manejo inadequado das doenças crônicas;	
Fragilidade na captação, vinculação, adesão ao tratamento e fornecimento de medicação;		
Fragilidade no rastreamento de câncer de colo de útero e outros;		

	Não integralidade da assistência em saúde;	
	Falta de matriciamento;	
	Fragilidade nas ações intersetoriais;	
	Falta de diálogo entre as redes de atenção;	
	Baixa adesão dos usuários às estratégias terapêuticas;	
	Demora no diagnóstico em tempo hábil para melhora do tratamento;	
	Falta de apoio diagnóstico de terapêutico;	
	Indisponibilidade dos medicamentos da PPI em tempo hábil;	
	Fragilidade do fluxo de referências e contra referências;	
	Baixa oferta de vagas de atendimento especializado na rede;	
	Fragilidade no monitoramento da Vigilância Epidemiológica	
	Falta de integralidade dos pontos de atenção da RCPD;	
<b>Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD)</b>	Desestruturação dos pontos da RCPD;	Estruturação dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
	Falta de matriciamento para a retaguarda assistencial da atenção primária e secundária;	
	Incipiente participação de PcD nos Conselhos de Saúde;	
	Falta de acessibilidade nos serviços de saúde e nas estruturas administrativas do setor da saúde.	
<b>Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</b>	Desarticulação da RAPS;	Qualificação da RAPS com articulação dos pontos de atenção em rede, fortalecimento da Educação Permanente em Saúde – EPS e ampliação das estratégias de cuidado de base regional.
	Pouca efetividade dos programas de Educação Permanente;	
	Baixo investimento financeiro em Saúde Mental;	
	Insuficiência das estratégias de cuidado.	

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Metas e Indicadores regionais

**Quadro 4– DIRETRIZ 1:** Qualificar a atenção a 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.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	META DO PES 2023	INDICADOR	INDICADOR DO PES 2023	FÓRMULA DO INDICADOR	NATUREZA DO INDICADOR			LINHA BASE			META DO PRS	UNID. DE MEDIDA	META PREVISTA				
						TIPO	NÍVEL DE GESTÃO	ABRANGÊNCIA	VALOR	ANO	UNID. DE MEDIDA			2023	2024	2025	2026	2027
Objetivo 1: Qualificar a atenção primária na Região de Saúde																		
Meta 1	Ampliar o percentual de cobertura populacional de eSF de 97,62 em 2021 para 97,9 em 2027	Sim	Cobertura de Saúde da Família	Sim	População cadastrada pelas eSF e eAP financiadas pelo MS no Brasil/pela estimativa populacional da Região	Estrutura	Estratégico	Regional	97,62%	2022	Percentual	97,9%	Percentual	97,7	97,75	97,8	97,85	97,9
Meta 2	Ampliar o percentual de cobertura populacional de saúde bucal na A de 74,39 em 2021 para 80% em 2027	Sim	Cobertura de Saúde Bucal	Sim	População cadastrada pelas eSF e eAP vinculadas às ESB financiadas pelo MS no Brasil/pela estimativa populacional da Região	Estrutura	Estratégico	Regional	74,39%	2021	Percentual	80	Percentual	75	76,5	78	79	80
Meta 3	Reduzir em 5 as internações por condições sensíveis à APS de 15,61 em 2021 para 14,83 em 2027	Sim	Taxa de internação por condições sensíveis à APS	Sim	Número de internações por condições sensíveis à APS/ número total de internações x 100	Resultado	Estratégico	Regional	15,32	2021	Percentual	14,83	Percentual	15,3	15,28	15,13	14,98	14,83
Objetivo 2: Fortalecer e ampliar a Rede Materno infantil no âmbito regional																		
Meta 1	Reduzir em 2,0 a taxa de mortalidade infantil, de 11,01 óbitos/1.000NV, em 2020 para 9,01 óbitos /1.000NV até 2027	Sim	Taxa de Mortalidade Infantil	Sim	Número de óbitos de < de 1 ano de idade/número de NV x 1.000	Resultado	Estratégico	Regional	11,01	2020	Taxa	9,0	Taxa	10,6	10,21	9,81	9,41	9,01
Meta 2	Reduzir em 1,0 a taxa de mortalidade neonatal precoce, de 6,36 óbitos/1.000NV, em 2020 para 5,36 óbitos/ 1.000NV até 2027	Sim	Taxa de mortalidade neonatal precoce	Sim	Número de óbitos ocorridos entre crianças de 0 a 6 dias de vida/número de NV x 1.000	Resultado	Estratégico	Regional	6,36	2020	Taxa	5,36	Taxa	6,16	5,96	5,76	5,56	5,36
Meta 3	Reduzir em 12,5 a razão da mortalidade materna, de 77,57 óbitos/100.000NV, em 2020 para 65,07 óbitos/100.000NV até 2027	Sim	Razão de mortalidade materna	Sim	Número de óbitos maternos diretos e indiretos/ número de NV x 1.000	Resultado	Estratégico	Regional	77,57	2020	Razão	65,07	Razão	75,07	72,57	70,07	67,57	65,07

Meta 4	Ampliar a proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação, passando de 75,32% em 2022 para 80% em 2027	Sim	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal	Não	Número de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação/número de gestantes com pré-natal na APS ou denominador estimado x 100	Processo	Operacional	Regional	75,32%	2022	Proporção	80,00%	Proporção	76%	77%	78%	79%	80%
Meta 5	Reduzir a proporção de RN filhos de gestantes adolescentes, passando de 12,91 em 2021 para 8,91 em 2027	Não	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Não	Número de NV de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período/número de NV x 100	Resultado	Estratégico	Regional	12,91%	2021	Proporção	8,91	Proporção	12,11%	11,31%	10,51%	9,71%	8,91%
Meta 6	Reduzir a proporção de partos cesarianos por NV, passando de 70,3% em 2021 para 62,80% em 2027	Não	Proporção do número de partos cesáreos por NV	Sim	Número de NV por parto cesariano na região/número de NV x 100	Resultado	Estratégico	Regional	70,30%	2021	Proporção	62,80%	Proporção	68,8%	67,30%	65,80%	64,30%	62,8
Objetivo 3: Fortalecer e Ampliar a Rede de Atenção às Condições Crônicas																		
Meta 1	Percentual de hipertensos, com consulta e PA aferida em cada semestre, passando de 49,21% em 2022 para 51,5% em 2027	Não	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e PA aferida no semestre	Não	Número de pessoas com HAS, com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses/ número de pessoas com HAS no SISAB (denominador identificado SISAB) ou cadastro municipal SISAB x % pessoas com HAS PNS (denominador estimado)	Resultado	Operacional	Regional	49,21	2022	Proporção	50,00%	Proporção	50%	52,00%	53,00%	54,00%	55,00%
Meta 2	Percentual de diabéticos com consulta e hemoglobina glicada solicitada em cada semestre, passando de 41,68% em 2022 para 50% em 2027	Não	Proporção de pessoas com DM, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	Não	Pessoas com DM, com consulta em diabetes e solicitação do exame de hemoglobina glicada, na APS nos últimos 6 meses/ número de pessoas com DM no SISAB (denominador identificado) ou cadastro municipal SISAB x % de pessoas com DM PNS (denominador estimado)	Resultado	Operacional	Regional	41,68%	2022	Proporção	50,00%	Proporção	43%	44,00%	46,00%	48,00%	50,00%
Meta 3	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento do estado nutricional	Não	Percentual de cobertura de acompanhamento do estado nutricional	Não	Número de indivíduos que realizaram acompanhamento do estado nutricional/pelo total da população x 100	Processo	Operacional	Regional	35,43	2022	Percentual	50,00%	Percentual	37%	40,00%	43,00%	46,00%	50,00%
Meta 4	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento de Consumo Alimentar em crianças e adolescentes	Não	Percentual de cobertura de acompanhamento de Consumo Alimentar em crianças e adolescentes	Não	Número de crianças e adolescentes que realizaram acompanhamento de consumo alimentar/total da população x 100	Processo	Operacional	Regional	4,54	2022	Percentual	50,00%	Percentual	5,00%	10,00%	15,00%	20%	25,00%

Meta 5	Ampliar a Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, de 0,75 em 2021 para 0,90 até 2027	Sim	Razão de exames citopatológico	Sim	Número de exames citopatológicos do colo do útero realizado em mulheres de 25 a 64 anos/ população feminina na mesma faixa etária/3	Resultado	Operacional	Regional	0,75	2022	Razão	1,00	Razão	0,78	0,81	0,84	0,87	0,90
Meta 6	Ampliar a Razão de Exames de Mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, de 0,20 de 2021 para 0,50 até 2027	Sim	Razão de exames de mamografia de rastreamento, realizadas em mulheres de 50 a 69 anos na população residente da região e população da mesma faixa etária	Sim	Número de exames de mamografia realizado em mulheres de 50 a 69 anos/ população feminina na mesma faixa etária/2	Resultado	Operacional	Regional	0,2	2022	Razão	0,5	Razão	0,26%	0,32%	0,38%	0,44	0,50
Meta 7	Ampliar o número de municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado, passando de 13 em 2021 para 20 até 2027	Não	Número de municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado	Não	Número de municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado	Processo	Estratégico	Regional	13	2021	Número absoluto	20	Número absoluto	14	15	16	18	20
Meta 8	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT, passando de 275 em 2019 para 259 até 2027	Não	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT e a população nesta faixa etária	Não	Número de óbitos com 30 a 69 anos por DCNT registrados nos códigos CID10 e I00-I99, C00-C97; J30-J98; E10-E14 em determinado ano e local/ população residente em determinado ano x 100.000	Resultado	Estratégico	Regional	275	2019	Taxa	259,00	Taxa	271,8	268,6	265,4	262,2	259
Objetivo 4: Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência																		
Meta 1	Implantar Centros Especializados de Reabilitação até 2027	Sim	Número de Centros de Reabilitação Implantados	Sim	Número de Centros de Reabilitação Implantados	Estrutura	Estratégico	Regional	1	2021	Número absoluto	4	Número absoluto	1	2	2	3	4
Meta 2	Implantar Oficinas Ortopédicas até 2027	Não	Número de Oficinas Ortopédicas Implantados	Não	Número de Oficinas Ortopédicas Implantadas	Estrutura	Estratégico	Regional	0	2021	Número absoluto	1	Número absoluto	1	1	1	1	1
Meta 3	Ampliar/ Implantar oferta de atendimento especializado nos CEOs a RPCD até 2027	Não	Número CEO com atendimento especializado a PCD Implantados	Não	Número de CEOs com adesão à RPCD/número total de CEOs da Região x 100	Estrutura	Estratégico	Regional	66,66%	2021	Percentual	100%	Percentual	66,66%	66,66%	83,33%	83,33%	100%
Meta 4	Ampliar o percentual de cadastro de Pessoas com Deficiência no Saúde Digital	Não	Número de cadastro de pessoa com deficiência no Sistema Digital	Não	Número de cadastro de pessoa com deficiência no Sistema Digital	Processo	Tático	Regional	2,48%	2022	Percentual	5,00%	Percentual	2,50%	2,75%	3%	4%	5%
Objetivo 5: Fortalecer e ampliar a Rede de Urgência e Emergência																		
Meta 1	Reduzir a Taxa de mortalidade por AVC, de 48,58/100.000hab em 2019 para 43,58/100.000hab até 2027	Sim	Taxa de mortalidade por AVC	Sim	Número de óbitos de residentes por AVC (I60-I69), para cada 100.000 habitantes.	Resultado	Estratégico	Regional	48,58	2019	Taxa	43,58	Taxa	47,58	46,58	45,58	44,58	43,58
Meta 2	Reduzir a Taxa de mortalidade por IAM, de 54,8/100.000hab em 2019 para 49,8/100.000hab até 2027	Sim	Taxa de mortalidade por IAM	Sim	Número de óbitos de residentes por IAM, para cada 100.000 habitantes	Resultado	Estratégico	Estadual	54,8	2019	Taxa	49,80	Taxa	53,8	52,80	51,80	50,80	49,80

Meta 3	Reduzir a Taxa de mortalidade por causas externas, de 104,2/100.000hab em 2020 para 89,2/100.000hab até 2027	Sim	Taxa de mortalidade por causas externas	Sim	Número de óbitos de residentes por Causas Externas, para cada 100.000 habitantes	Resultado	Estratégico	Estadual	104,2	2020	Taxa	89,20	Taxa	101,2	98,20	95,20	92,20	89,20
Meta 4	Grade de referência da RUE atualizada	Não	Grade de referência RUE Atualizada/semestralmente	Não	PAR RUE atualizada semestralmente	Processo	Operacional	Regional	4	2022	Número absoluto	10	Número absoluto	2	2	2	2	2
Meta 5	Ampliar o número de bases do SAMU (USA e USB) na região, passando de 16 em 2021 para 25 até 2027	Não	Número de bases do SAMU implantadas	Não	Número de bases do SAMU	Estrutura	Estratégico	Regional	16	2021	Número absoluto	25	Número absoluto	16	18	20	23	25
Meta 6	Plano de Atenção da RUE atualizado a cada 4 anos	Não	Plano de Ação RUE Atualizado	Não	Plano de Ação RUE Atualizado	Estrutura	Estratégico	Regional	0	2022	Número absoluto	1	Número absoluto	0	0	0	1	0
Meta 7	Realizar 4 reuniões do Grupo Condutor Regional a cada ano	Não	Número de reuniões realizadas/ano	Não	Número de reuniões realizadas/ano	Estrutura	Estratégico	Regional	3	2021	Número absoluto	4	Número absoluto	4	4	4	4	4
Objetivo 6: Promover a saúde mental integral de qualidade na RAPS																		
Meta 1	Ampliar o número de serviços CAPS na região, passando de 14 em 2021 para 18 em 2027	Não	Nº de CAPS implantados	Não	Número de CAPS implantados	Estrutura	Estratégico	Regional	14	2021	Número absoluto	18	Número absoluto	14	15	16	17	18
Meta 2	Ampliar o n° de equipe AMENT na Região, passando de 0 em 2022 para 16 em 2027	Não	N° de Equipe AMENT habilitadas	Não	N° de Equipe AMENT habilitadas	Estrutura	Estratégico	Regional	0	2022	Número absoluto	16	Número absoluto	2	6	10	14	16
Meta 3	Reduzir a Taxa de mortalidade por suicídio de 9,5/100.000hab em 2020 para 9,0/100.000hab até 2027	Não	Taxa de mortalidade por suicídio na região	Não	Número de óbitos de residentes por Lesão autoprovocada, para cada 100.000 hab.	Resultado	Estratégico	Estadual	9,5	2020	Taxa	9,0	Taxa	9,4	9,3	9,2	9,1	9,0

### Quadro 5- DIRETRIZ 2: Prevenção de doenças e promoção da saúde para reduzir os agravos e doenças, bem como os riscos à saúde da população

Nº	DESCRIÇÃO DA META	META DO PES 2023	INDICADOR	INDICADOR DO PES 2023	FÓRMULA DO INDICADOR	NATUREZA DO INDICADOR			LINHA BASE			META DO PRS	UNID. DE MEDIDA	META PREVISTA				
						TIPO	NÍVEL DE GESTÃO	ABRANGÊNCIA	VALOR	ANO	UNID. DE MEDIDA			2023	2024	2025	2026	2027
Objetivo 1: Promover as ações de vigilância epidemiológica, controle de doenças e agravos																		
Meta 1	Aumentar em 24,5% proporção de cura nas coortes dos novos casos de TB bacilífera, passando de 60,5 em 2021 para 85,0 até 2027	Sim	Proporção de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera	Sim	Total de casos novos de TB pulmonar bacilífera curados/Total de casos novos de TB pulmonar bacilífera diagnosticado x 100	Resultado	Estratégico	Regional	60,5	2021	Proporção	80	Proporção	65	70	75	80	85

Meta 2	Aumentar em 1,31% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados anos de coorte passando de 88,69 para 90,0 até 2027	Sim	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes	Sim	Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação)/número de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12 do ano de avaliação x 100	Resultado	Estratégico	Regional	88,69	2021	Proporção	90	Proporção	90	90	90	90	90	90
Meta 1	Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita < de 1 ano de idade de 11,6 2021 para 6,5 até 2027	Sim	Taxa de incidência de sífilis congênita em < 1 ano de idade	Sim		Resultado	Estratégico	Regional	11,6	2021	Taxa	6,5	Taxa	10,6	9,6	8,6	7,6	6,5	6,5
Objetivo 2: Promover as ações de imunização																			
Meta 1	Manter 100% de proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas (= ou > 95%) no período de 2023 a 2027	Sim	Proporção de vacinas do CBV com cobertura vacinal alcançada	Sim		Resultado	Estratégico	Regional			Percentual		Percentual	100	100	100	100	100	100
Objetivo 3: Promover Ações de Vigilância Sanitária para o controle do Risco Sanitário em Produtos e Serviços de Saúde																			
Meta 1	Monitorar os planos de ação municipal da Vigilância Sanitária (Indicador do Painel)	Sim	Número de planos de ação monitorados	Sim	Número de planos de ação monitorados	Processo	Estratégico	Regional	100	2022	Número absoluto	100	Número absoluto	100	100	100	100	100	100
Objetivo 4: Promover as ações de vigilância em saúde do trabalhador e de trabalhadora no âmbito da região de saúde																			
Meta 1	Ampliar em 30% o percentual de declaração de óbito com o campo acidente de trabalho adequadamente preenchido, passando de 2,1 em 2021 para 32,1 até 2027	Sim	Percentual de declaração de óbito com campo de acidente de trabalho adequadamente preenchido	Sim	Número de planos de ação monitorados	Resultado	Estratégico	Estadual	2,1	2021	Percentual	32,1%	Percentual	8,1%	14,1%	20,1%	26,1%	32,1%	32,1%

**Quadro 6 - DIRETRIZ 3: Gestão da rede de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde**

Nº	DESCRIÇÃO DA META	META DO PES 2023	INDICADOR	INDICADOR DO PES 2023	FÓRMULA DO INDICADOR	NATUREZA DO INDICADOR			LINHA BASE			META DO PRS	UNID. DE MEDIDA	META PREVISTA				
						TIPO	NÍVEL DE GESTÃO	ABRANGÊNCIA	VALOR	ANO	UNID. DE MEDIDA			2023	2024	2025	2026	2027
Objetivo 1: Consolidar a integração ensino-serviço comunidade no âmbito da região de saúde																		
Meta 1	Implementar a Comissão de Integração Ensino Serviço Regional	Não	CIES regional implementada	Não	Número de CIES regional implementada	Processo	Estratégico	Regional	0	2022	Número absoluto	1	Número absoluto	1	1	1	1	1

**Quadro 7 - DIRETRIZ 4: Gestão e Governança do SUS com transparência e integridade**

Nº	DESCRIÇÃO DA META	META DO PES 2023	INDICADOR	INDICADOR DO PES 2023	FÓRMULA DO INDICADOR	NATUREZA DO INDICADOR			LINHA BASE			META DO PRS	UNID. DE MEDIDA	META PREVISTA				
						TIPO	NÍVEL DE GESTÃO	ABRANGÊNCIA	VALOR	ANO	UNID. DE MEDIDA			2023	2024	2025	2026	2027
Objetivo 1: Gestão e Governança do SUS com transparência e integridade																		
Meta 1	Implementar o Comitê de Apoio a Governança Regional com no mínimo 10 reuniões ordinárias anuais até 2027	Não	Comitê de Governança regional implantado	Não	Número de reuniões/ano	Processo	Operacional	Regional	1	2022	Número absoluto	10	Número absoluto	6	10	10	10	10
Meta 2	Manter atualizado o Plano Regional de Saúde	Sim	Plano de saúde regional atualizado	Sim	Número de versões do PSR	Processo	Estratégico	Regional	0	2022	Número absoluto	1	Número absoluto	1	1	1	1	1

**Quadro 8- DIRETRIZ 5: Aprimorar a participação dos atores sociais na governança do SUS na formulação, fiscalização e monitoramento dos instrumentos e mecanismos do processo de planejamento e gestão do SUS**

Nº	DESCRIÇÃO DA META	META DO PES 2023	INDICADOR	INDICADOR DO PES 2023	FÓRMULA DO INDICADOR	NATUREZA DO INDICADOR			LINHA BASE			META DO PRS	UNID. DE MEDIDA	META PREVISTA				
						TIPO	NÍVEL DE GESTÃO	ABRANGÊNCIA	VALOR	ANO	UNID. DE MEDIDA			2023	2024	2025	2026	2027
Objetivo 1: Gestão e Governança do SUS com transparência e integridade																		
Meta 1	Ampliar o número de municípios com alimentação do DIGISUS	Não	Municípios com DIGISUS atualizado	Não	Municípios com DIGI-SUS atualizado	Processo	Estratégico	Regional	14	2021	Número absoluto	20	Número absoluto	20	20	20	20	20
Meta 2	Implantar a Comissão Regional de Saúde	Não	Comissão Implantada	Sim	Comissão implantada	Processo	Estratégico	Regional	0	2022	Número absoluto	1	Número absoluto	0	1	1	1	1

## **6.2 Redes de Atenção à Saúde**

A 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 (BRASIL, 2010). Tendo como objetivo a promoção da 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, eficiência econômica, eficácia clínica e sanitária.

O processo de implementação, implantação e funcionamento das Redes de Atenção na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe foi descrito, dando ênfase nas redes Materno-Infantil, de Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Pessoa com Deficiência e a Rede de Doenças Crônicas, sendo esta última, necessitando ser implantada de fato na Região.

Percebe-se, diante do desenho em que estão conformadas as redes de atenção, uma fragilidade em contemplar o escopo das ações e serviços na RSLIJ, fato este, constatado com a conformação dessas redes em outras Regiões de Saúde.

### **Rede Materna e Infantil**

A organização da Rede Materna e Infantil se dá por meio da garantia de ações e serviços pactuados no âmbito dos municípios sob a égide da estruturação da Rede Cegonha na Região. Logo, a 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 saudáveis (BRASIL, 2011).

Os pontos de atenção estruturados na região, para a prestação de ações e serviços à gestante e à criança, estão organizados no âmbito da atenção primária por meio das Unidades Básicas de Saúde e Maternidades de risco habitual que já estão funcionando nos hospitais pólo, estratégicos e hospitais de pequeno porte.

A assistência ao pré-natal de alto risco está organizada nas policlínicas consorciadas que funcionam nos municípios de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas. Os demais serviços de atenção à gestação de alto risco, como parto de alto risco, Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP), UTI NEO, UCI NEO e UTI adulto, serão organizados no Hospital Regional Vale do Jaguaribe posteriormente, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 9 - Demonstrativo dos pontos de atenção de referência da Rede Materno Infantil, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO
Pré Natal de Baixo Risco	Unidades Básicas de Saúde – UBS
Pré Natal de Alto Risco	Policlínica Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa (Aracati) Policlínica Dr. José Martins de Santiago (Russas) Policlínica Judite Chaves Saraiva (Limoeiro do Norte)
Parto de Risco Habitual	Hospital Maternidade Santa Rita (Alto Santo) Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac (ADS Aracati) Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes (Jaguaretama) Hospital Municipal Santa Rosa (Jaguaribara) Hospital Municipal Governador Aduauto Bezerra (Jaguaribe) Hospital São Raimundo (Ereré, Iracema, Limoeiro do Norte, São João do Jaguaribe) Hospital Regional Dr. Francisco Galvão de Oliveira – HRFGO (Morada Nova) Hospital Municipal Humberto de Queiroz (Pereiro) Hospital Municipal Santa Rosa (Potiretama) Hospital Municipal Joaquim Manoel Oliveira (Quixeré) Hospital e Casa de Saúde de Russas (Jaguaretama, Jaguaruana, Palhano e Russas) Casa de Saúde Maternidade Celestina Colares (Tabuleiro do Norte)
Parto de Alto Risco	Hospitais de Fortaleza (Cesar Calls, MEAC, Hospital Geral) Hospital Regional Vale do Jaguaribe (2023) Hospital Regional do Sertão Central (Quixeramobim)
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	Hospital Regional Vale do Jaguaribe (2023)
UTI Adulto	Hospital São Raimundo (10 leitos) Hospitais de Fortaleza (Referência atual) Hospital Regional Vale do Jaguaribe (10 leitos)
UTI Neo	Hospitais de Fortaleza (Referência atual) Hospital Regional Vale do Jaguaribe (2023)
UCI Neo	Hospitais de Fortaleza (Referência atual) Hospital Regional Vale do Jaguaribe (2023)

Fonte: Relatório de Gestão 2019-2022

Os municípios de Fortim, Icapuí e Itaiçaba, referenciam todos os partos para o hospital polo materno-infantil Santa Luisa de Marillac em Aracati. Os municípios de Ereré e Iracema referenciam os partos para o hospital polo São Raimundo em Limoeiro do Norte. Os municípios de Jaguaruana e Palhano referem todos os partos para o Hospital e Casa de Saúde de Russas.

Observa-se na Região, um vazio assistencial no tocante ao escopo de ações voltadas à gestação de alto risco, onde partos são realizados fora da região, em Fortaleza, nos Hospitais

Terciários César Calls, Maternidade Escola Assis Chateaubriand- MEAC e Hospital Geral de Fortaleza- HGF e na Região do Sertão Central.

A Rede materno-Infantil será reestruturada, com pactuação de propostas novas com a finalidade de melhorar o acesso da população às ações e serviços de saúde garantindo maior resolutividade dos problemas na Região.

Mapa 7 - Desenho da Rede Materno-Infantil da Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023

Fonte: SRLES, 2023



0

## Rede de Urgência e Emergência – RUE

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros. Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS.

A organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, Sala de Estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitalar e Atenção Domiciliar.

O Plano de Ação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência-PAR/RUE, foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite- CIB/CE em novembro de 2022 e aguarda avaliação do Ministério da Saúde. O quadro abaixo demonstra os serviços que estão organizados, como forma de garantir acesso e assistência na Região.

Quadro 10 - Demonstrativo dos pontos de atenção de referência da Rede de Urgência e Emergência – RUE, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO/ABRANGÊNCIA
Sala de Estabilização	Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes (Jaguaretama) Hospital Municipal Maria Idalina R. de Medeiros (Icapuí) Hospital Humberto de Queiroz (Iracema) Unidade Mista Raimundo Paiva Diógenes (Potiretama) Unidade Mista de Ereré Hospital e Maternidade Santa Rita (Alto Santo) Hospital Municipal Manoel Joaquim de Oliveira (Quixeré)
Unidade de Pronto Atendimento – UPA	Aracati, Jaguaribe, Morada Nova e Russas
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192	USB (Aracati, Icapuí, Russas, Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Limoeiro do Norte, Alto Santo, Jaguaribara, Jaguaribe, Pereiro e Tabuleiro do Norte) USA (Aracati, Russas, Limoeiro do Norte)

Hospital Polo	Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac (Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba) Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias (Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba) Hospital São Raimundo (Alto Santo, Ereré, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João de Jaguaribe e Tabuleiro do Norte) Hospital e Casa de Saúde de Russas (Jaguaruana, Jaguaretama, Morada Nova, Palhano e Russas)
Leitos de UTI	Hospital São Raimundo- 10 leitos (Limoeiro do Norte) Hospital Regional Vale do Jaguaribe- 10 leitos (Limoeiro do Norte)
Serviço de Atenção Domiciliar-SAD	1 EMAD Tipo I/ EMAP (Aracati) 1EMAD Tipo II/ EMAP ( Icapuí ) 1EMAD Tipo II/ EMAP (Jaguaribe) 1 EMAD Tipo I/ EMAP (Limoeiro do Norte) 1 EMAD Tipo I/ EMAP (Morada Nova) 1 EMAD Tipo II/ EMAP (Quixeré) 1 EMAD Tipo II/ EMAP (Tabuleiro do Norte)

Fonte: PAR/RUE, 2022

Outros serviços foram sinalizados e pleiteados no PAR/RUE para favorecer o acesso dos usuários aos serviços de urgência e emergência na Região, evitando o deslocamento, minimizando o tempo resposta e dando suporte às transferências de pacientes críticos da região.

Há propostas de implantação de novas Unidades Básicas e Avançadas que foram sinalizadas por meio de um estudo prévio realizado pela Coordenação do SAMU 192 Ceará, nos seguintes municípios: Alto Santo, Icapuí e Morada Nova (USA) e Ereré, Fortim, Iracema, Palhano e Quixeré (USB).

No tocante às Salas de Estabilização, houve proposta de pactuação no plano para os municípios de Fortim, Alto Santo, Itaiçaba, Palhano, Jaguaruana, Jaguaribara, Quixeré, São João de Jaguaribe e Tabuleiro do Norte, sendo os dois primeiros, sinalizados pelos estudos do SAMU.

No Componente Hospitalar, algumas propostas foram definidas e pactuadas, na Região, as quais destacamos: Porta de entrada, leitos de retaguarda clínicos, leitos de UTI adulto e infantil, unidade coronariana e unidade de alta complexidade em traumatologia.

Quadro 11 - Pontos de Atenção pactuados na Rede de Urgência e Emergência – RUE, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2022

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO/ABRANGÊNCIA
Sala de Estabilização	Hospitais de Fortim, Itaiçaba, Alto Santo, Potiretama, Palhano, Jaguaribara, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192	Unidade de Suporte Básico (USB) - Fortim, Palhano, Ereré, Iracema e Quixeré. Unidade de Suporte Avançado (USA) - Icapuí, Morada Nova, Alto Santo e Jaguaribe).
Componente Hospitalar	Porta de Entrada (Hospital e Casa de Saúde de Russas e Hospital São Raimundo (Limoeiro do Norte) Leitos Clínicos de Retaguarda Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias- 10 leitos habilitados e 5 qualificados; Hosp. São Raimundo- 12 habilitados e 12 qualificados; Hospital Regional Vale do Jaguaribe- 6 habilitados e 3 qualificados; Hospital Celestina Colares- 5 habilitados e 5 qualificados; Hospital Regional Francisco Galvão- 6 habilitados e 3 qualificados; Hospital e C. Saúde de Russas- 5 habilitados e 5 qualificados. Leitos de UTI Adulto: implantação de 10 novos leitos no Hospital Vale do Jaguaribe e 10 leitos no Hospital Eduardo Dias (Aracati). Leitos de UTI Infantil: implantação de 10 leitos no Hospital Vale do Jaguaribe Unidade Coronariana- UCO: implantação de 10 leitos no Hospital Vale do Jaguaribe Unidade de alta Complexidade em Traumatologia: Hospital Regional Vale do Jaguaribe
Serviço de Atenção Domiciliar- SAD	1 EMAD Tipo I/ EMAP- Russas

Fonte: PAR/RUE, 2022

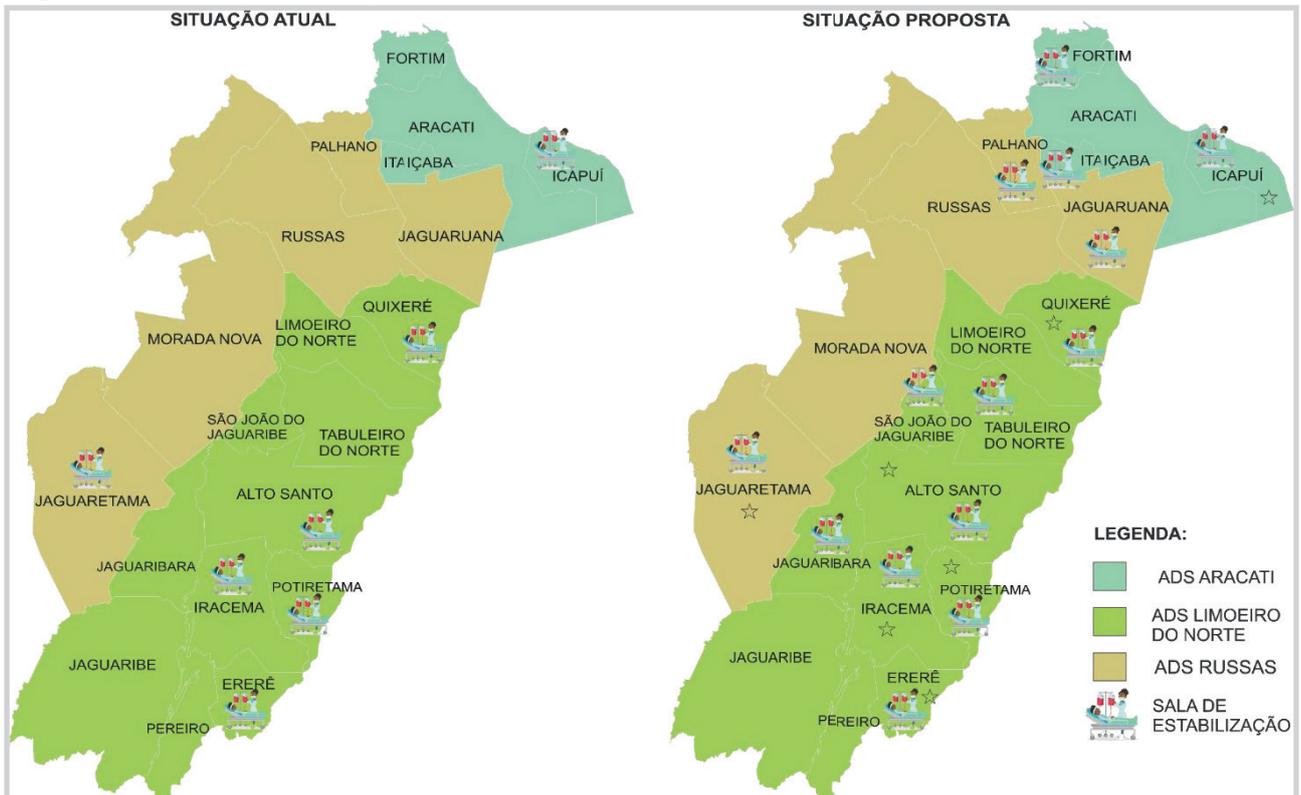


Mapa 9- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 da RSLJ



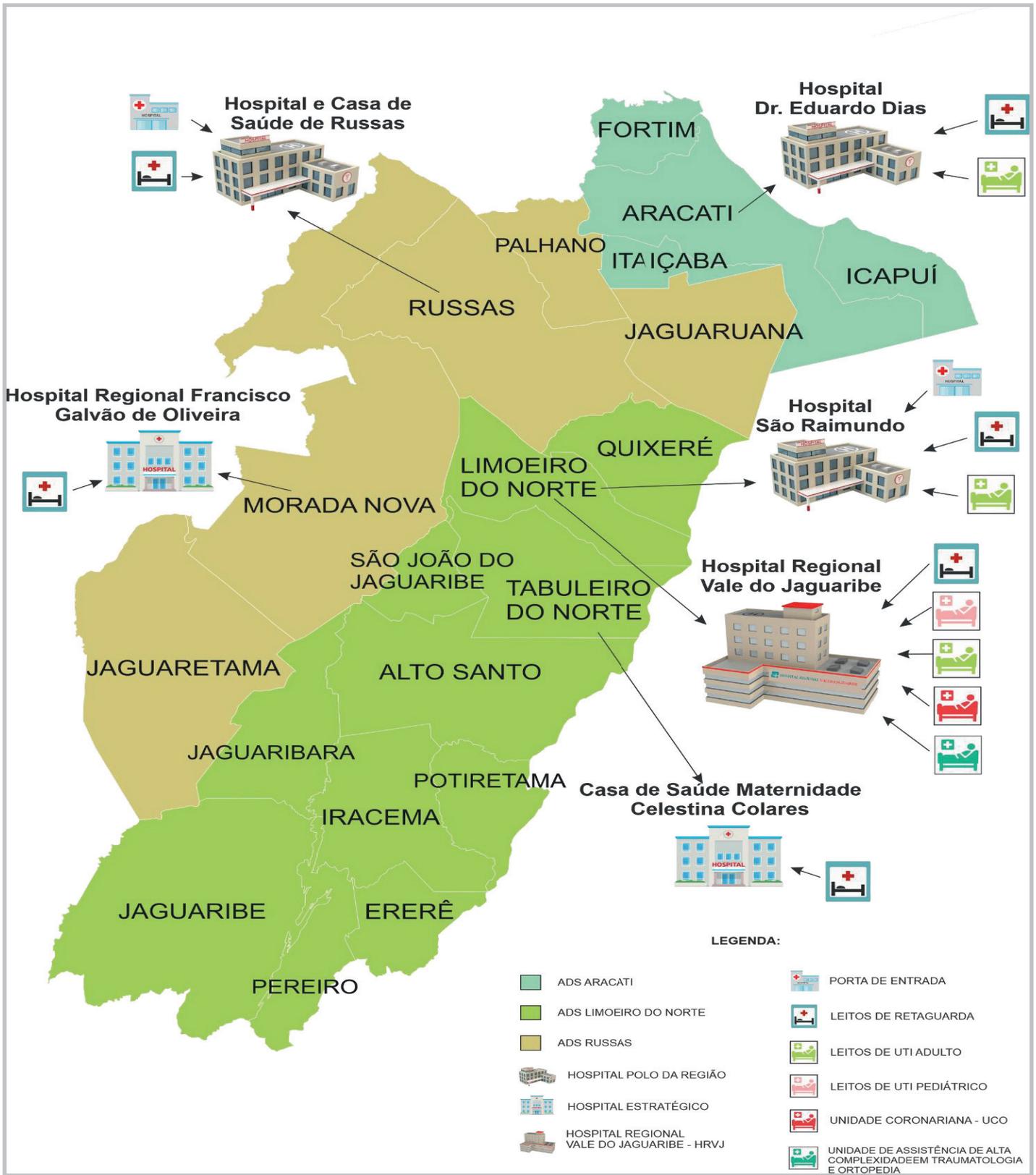
Fonte: PAR/RUE, 2022

Mapa 10 - Sala de Estabilização- SE da RSLJ



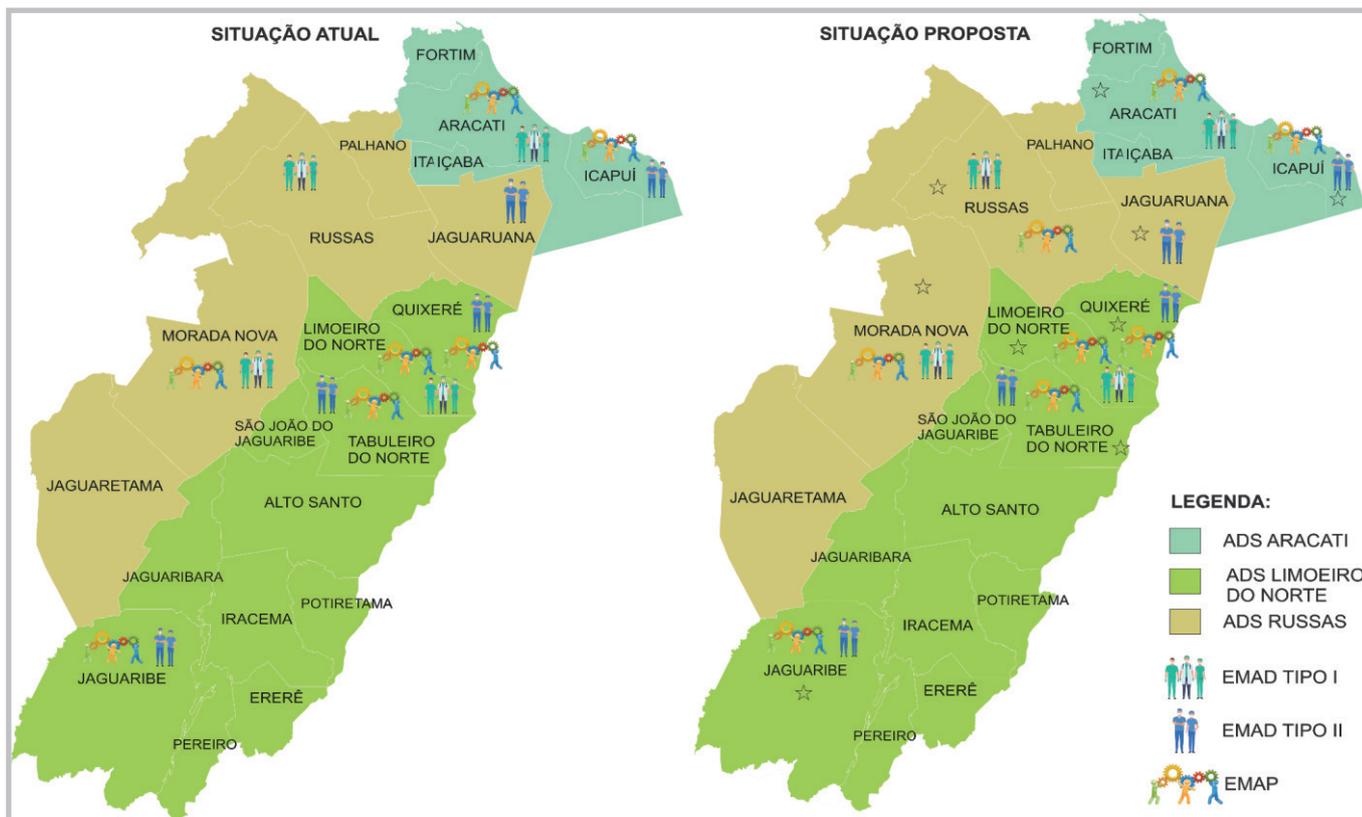
Fonte: PAR/RUE, 2022

Mapa 11- Componente Hospitalar (Porta de Entrada Hospitalar, Leitos de Retaguarda, UTI Adulto e Pediátrico, Unidade Coronariana e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia)



Fonte: PAR/RUE, 2022

Mapa 12 - Serviço de Atenção Domiciliar- SAD da RSL LJ



Fonte: PAR/RUE, 2023

## Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas foi instituída pela Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014 e tem como objetivo realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Consideram-se Doenças Crônicas, as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta. Essas doenças em geral apresentam múltiplas causas e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo com a finalidade de controle da doença (BRASIL, 2014).

Quadro 12- Demonstrativo dos pontos de atenção de referência da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2022

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO
Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial	Unidades Básicas de Saúde – UBS (primária) Policlínica Regional Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa Policlínica Regional Dr. José Martins de Santiago Policlínica Regional Judite Chaves Saraiva Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac Hospital e Casa de Saúde de Russas Hospital São Raimundo
Atenção às Pessoas com Diabetes Mellitus	Unidades Básicas de Saúde – UBS (primária) Policlínica Regional Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa Policlínica Regional Dr. José Martins de Santiago Policlínica Regional Judite Chaves Saraiva Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac Hospital e Casa de Saúde de Russas Hospital São Raimundo
Atenção às Pessoas com obesidade	Unidades Básicas de Saúde – UBS (primária) Policlínica Regional Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa Policlínica Regional Dr. José Martins de Santiago Policlínica Regional Judite Chaves Saraiva Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac Hospital e Casa de Saúde de Russas Hospital São Raimundo Hospitais em Fortaleza (cirurgias bariátricas)
Atenção às Pessoas com Doença Renal Crônica	Serviço de Hemodiálise e Diálise em Russas
Atenção às Pessoas com Câncer de Mama e Colo de Útero	Unidades Básicas de Saúde – UBS (primária) Policlínica Regional Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa Policlínica Regional Dr. José Martins de Santiago Policlínica Regional Judite Chaves Saraiva Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac Hospital e Casa de Saúde de Russas Hospital São Raimundo Hospitais em Fortaleza (tratamento oncológico)
Atenção às Pessoas Tabagistas	Unidades Básicas de Saúde – UBS CAPS Geral I CAPS Geral II CAPS AD (álcool e drogas)

Fonte: RLLES, 2022.

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

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência foi instituída por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoa com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 2017).

Os objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção e 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.

O Governo do Ceará lançou em dezembro de 2020, o Programa de Assistência à Saúde das Pessoas com Deficiência. A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) absorveu esse programa e o denominou de “Saúde Inclusiva - Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência”. O Programa consiste em um conjunto de ações estratégicas, que visam o atendimento integral (ações de promoção, proteção, tratamento, reabilitação), distribuição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, materiais, equipamentos, insumos, entre outros, de forma regionalizada, descentralizada, próximo das pessoas com deficiência (CEARÁ, 2020).

O Plano de Ação da Rede de Pessoas com Deficiência na Região Litoral Leste Jaguaribe, foi reestruturado e aprovado em 2021, por meio da Resolução CIB nº 115/2021, com pactuação de novos pontos de atenção, contemplando o escopo de ações e serviços essenciais, destinados ao público alvo, consolidando assim as propostas na Rede de Atenção.

No âmbito da Região de Saúde há o Centro Especializado em Reabilitação (CER) tipo II (física e intelectual), que está em funcionamento no município de Russas, e foi habilitado pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria GM/MS Nº 917 de 25 de abril de 2022, após a elaboração do Plano da RCPD. A proposta desse serviço é prestar atendimento à Área Descentralizada de Saúde de Russas, com um contingente populacional de 202.691, segundo IBGE 2021.

Em relação à Oficina Ortopédica, o serviço abrangerá os 20 (vinte) municípios da Região com uma população geral de 551.911 habitantes (IBGE, 2021). Serviço aguardando financiamento do Ministério da Saúde para a sua construção.

Quanto aos pleitos do CER tipo III nos municípios de Limoeiro do Norte e Aracati, estes foram baseados no número significativo de pessoas com deficiências física, intelectual e visual nessas Áreas Descentralizadas de Saúde e o acesso dos usuários a esses serviços o mais próximo possível de

suas residências. Quanto ao CER tipo II (visual e auditiva) pactuado no município de Russas, foi considerado a complementaridade dos serviços de forma a contemplar todas as modalidades de deficiências na referida ADS. Essa proposta do CER foi inserida no SAIPS e aguarda avaliação do Ministério da Saúde para o financiamento da reforma e ampliação.

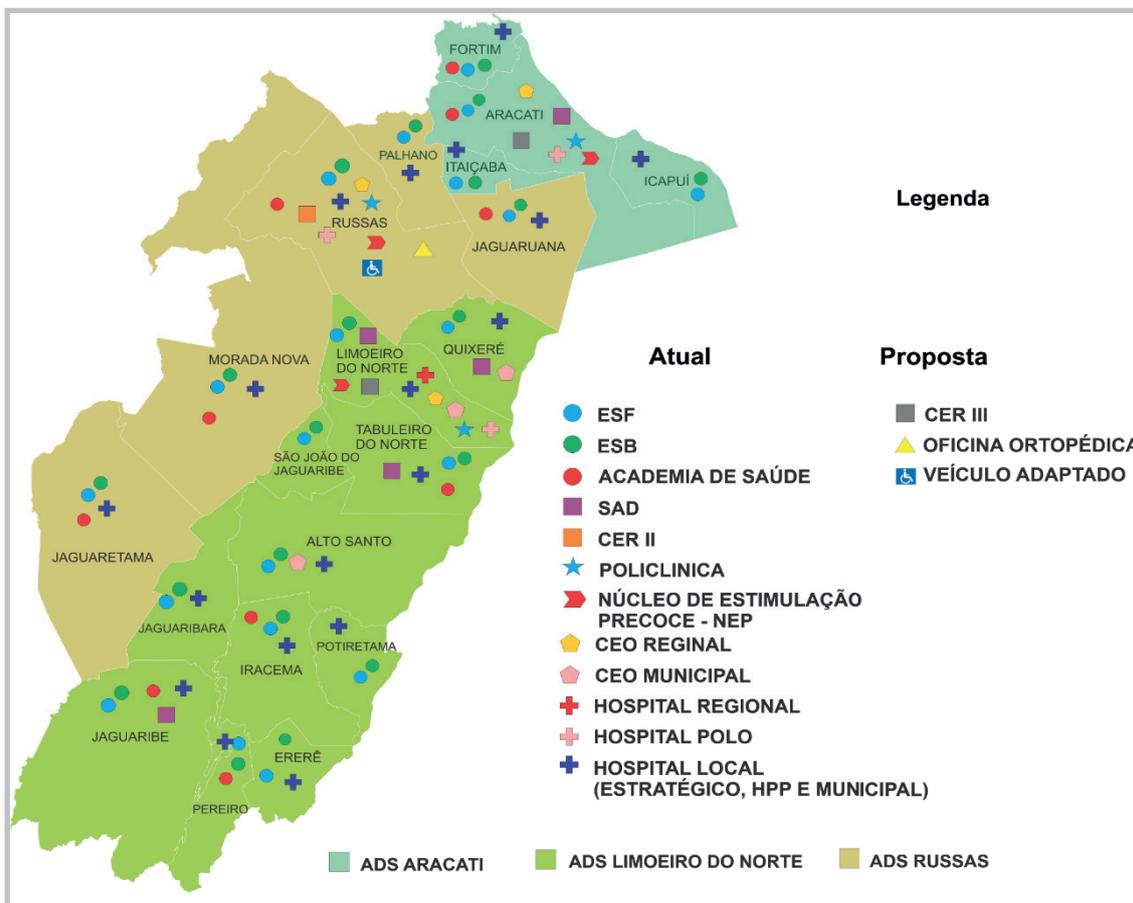
O quadro abaixo demonstra os serviços que foram pactuados, como forma de garantir acesso e assistência dos usuários na Região.

Quadro 13 - Pontos de Atenção pactuados na Rede de Pessoa com Deficiência, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2021

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO/ABRANGÊNCIA
Centro Especializado em Reabilitação – CER tipo III (Física, Intelectual e Visual)	Policlínica Judite Chaves Saraiva (Limoeiro do Norte): Alto Santo, Ereré, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte
Centro Especializado em Reabilitação – CER tipo III (Física, Intelectual e Visual)	Policlínica Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa (Aracati): Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba
Centro Especializado em Reabilitação – CER tipo II (Auditiva e Visual)	Policlínica Dr. José Martins de Santiago (Russas): Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas.
Oficina Ortopédica	Centro Especializado em Reabilitação CER II (Russas): Alto Santo, Aracati, Ereré, Fortim, Icapuí, Iracema, Itaiçaba, Jaguaribara, Jaguaretama, Jaguaribe, Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte
Veículo Adaptado – Transporte Sanitário	Centro Especializado em Reabilitação CER II (Russas): Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas.

Fonte: PAR/PCD/SRLES, 2021

Mapa 13- Mapa dos Pontos de Atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



Fonte: PAR/ PCD, 2022

### Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, alterou as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios.

A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (BRASIL, 2019).

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades;
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil);
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico;
- Hospital-Dia;
- Atenção Básica Urgência e Emergência;
- Comunidades Terapêuticas;
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental – Unidades Ambulatoriais

Especializadas (AMENT's).

No ano de 2021, o Conselho Estadual da Saúde do Ceará (CESAU) aprovou a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD). A iniciativa foi da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), por meio da Secretaria Executiva de Políticas em Saúde (SEPOS), da Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (COPOM) e do grupo condutor do trabalho.

A PESMAD é uma estratégia voltada ao fortalecimento do acesso integral aos cuidados psicossociais e considera direitos humanos, visa à promoção, à prevenção, ao tratamento e obedece às recomendações da Organização Mundial da Saúde. Por meio da implantação de novas medidas, a assistência às pessoas com transtornos mentais e por uso de substâncias psicoativas deverá ser descentralizada e regionalizada em todo o território do Estado (CEARÁ, 2021).

O atendimento de nível terciário é parte do nível secundário às pessoas com transtornos mentais e por uso de substâncias psicoativas se dão de forma referenciada para Fortaleza na capital, gerando uma sobrecarga para a rede assistencial do referido município.

Ressalta-se que muito já se avançou na Região, com a abertura do Hospital Regional Vale Jaguaribe e a implantação de serviço do componente hospitalar com disponibilização de 8 leitos de saúde mental em hospital geral, com intuito de contribuir com a assistência da média complexidade e a implementação da rede na Região do Litoral Leste/Jaguaribe. Atualmente, a RAPS está organizada com a existência dos seguintes pontos de Atenção especializada, especificados no quadro abaixo.

Quadro 14 - Pontos de Atenção Especializada na RAPS, na Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO/ABRANGÊNCIA
CAPS tipo I	Fortim, Icapuí, Jaguaretama, Jaguaruana, *Palhano, Jaguaribe, Quixeré e Tabuleiro do Norte.
CAPS II	Aracati, Limoeiro do Norte, Morada Nova e Russas
CAPS AD	Aracati e Limoeiro do Norte
AMENT Tipo I	Alto Santo e Jaguaribara
Leitos em Hospitais Gerais	Aracati (2), Jaguaretama (1), Jaguaribara (1), Limoeiro do Norte (8), Morada Nova (1), Russas (1) e Tabuleiro do Norte (1)

Fonte: Autoria própria, 2023

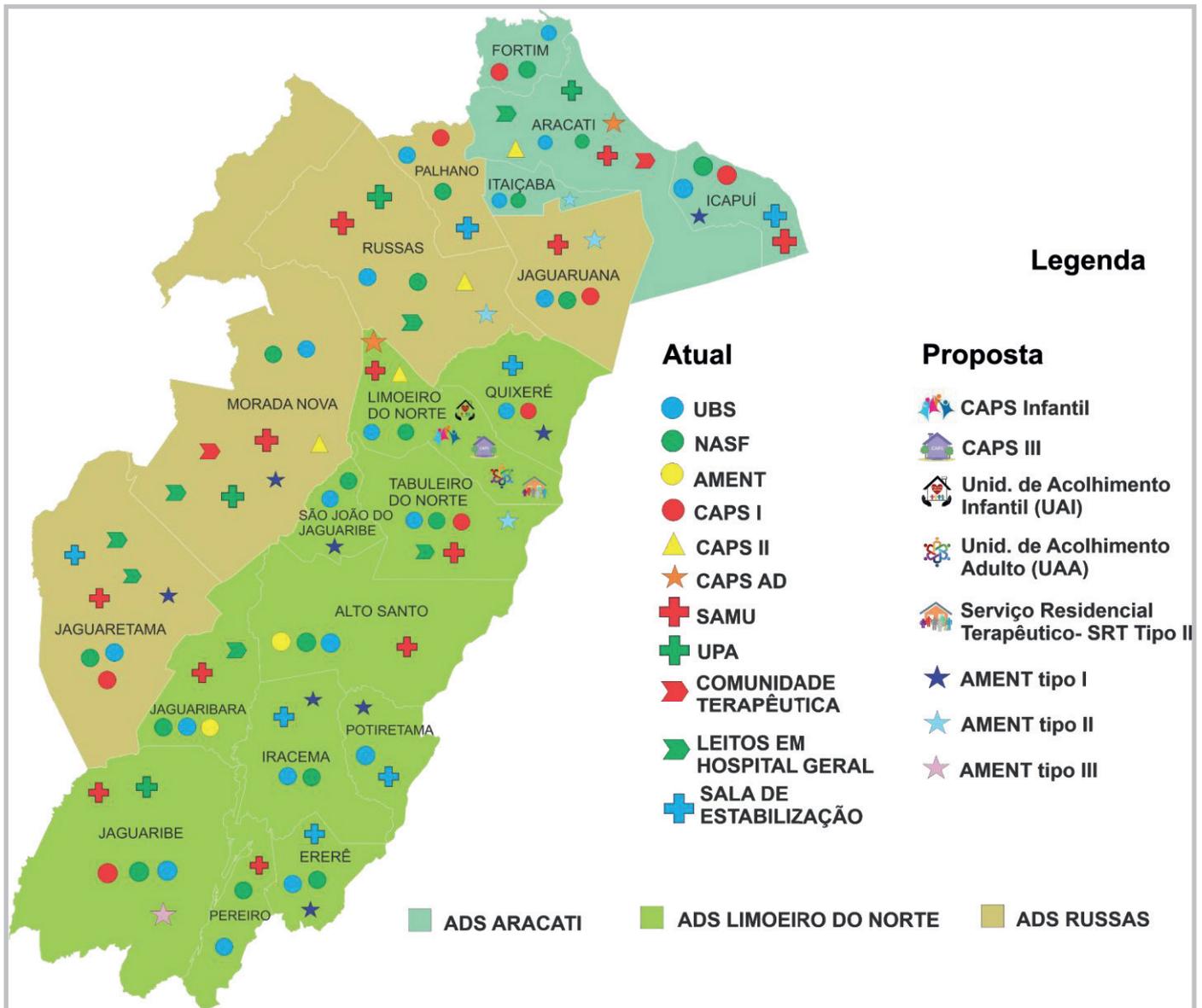
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da RSLES, está sendo reestruturada por meio de discussões entre os gestores e pactuação dos novos pontos de atenção, onde o Plano de Ação da Rede está em fase de conclusão. O quadro abaixo demonstra os serviços que estão sendo pactuados, como forma de garantir acesso dos usuários às ações e serviços de saúde na Região.

Quadro 15 - Pontos de Atenção pactuados na Rede de Atenção Psicossocial, Região Litoral Leste Jaguaribe, 2023

SERVIÇOS	ESTABELECIMENTO/ABRANGÊNCIA
CAPS tipo I	Pereiro
CAPS III Qualificado	Limoeiro do Norte
CAPS Infantil	
Unidade de Acolhimento Infantil (UAI)	
Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)	
Serviço Residencial Terapêutico- SRT Tipo II	
Leitos em Hospitais Gerais (8)	
AMENT tipo I	Ereré, Icapuí, Iracema, Jaguaretama, Morada Nova, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe
AMENT tipo II	Itaiçaba, Russas (2), Jaguaruana e Tabuleiro do Norte
AMENT III	Jaguaribe

Fonte: Autoria própria, 2023

Mapa 14 - Rede de Atenção Psicossocial, RLLJ, 2023



Fonte: PAR/RAPS, 2023

### 6.3. Programação Assistencial das Unidades de Referência do Sistema Regional

## 6.4 Recursos Financeiros e Fontes de Financiamento

Quadro 16- Matriz para identificação das responsabilidades dos entes federados envolvidos. Ano base 2022.

<b>Diretriz 1</b>	<b>Responsabilidades</b>		
Objetivo 1.1	Meta 1.1.1		
Manutenção dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO's Regionais	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		R\$	
	União	Estado	Necessário
	R\$ 2.003676,54	R\$ 3.269.720,34	
<b>Diretriz 2</b>	<b>Responsabilidades</b>		
Objetivo 2.1	Meta 2.1.1		
Manutenção das Policlínicas Regionais	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		R\$	
	União	Estado	Município
	R\$ -	R\$ 8.385.821,67	
<b>Diretriz 3</b>	<b>Responsabilidades</b>		
Objetivo 3.1	Meta 3.1.1		
Manutenção de Unidades de Pronto Atendimento - UPAS.	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		R\$	
	União	Estado	Município
	R\$ -	R\$4.080.000,00	
<b>Diretriz 4</b>	<b>Responsabilidades</b>		
Objetivo 4.1	Meta 4.1.1		
Incentivo à Oferta de Serviços dos Hospitais Polo.	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		R\$	
	União	Estado	Necessário
	R\$2.160.000,00	R\$ 18.805.200,00	
<b>Diretriz 5</b>	<b>Responsabilidades</b>		
Objetivo 5.1	Meta 5.1.1		
Incentivo à Oferta de Serviços dos Hospitais Estratégicos.	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		R\$	
	União	Estado	Município
	R\$ -	R\$ 6.075.600,00	
<b>Diretriz 6</b>	<b>Responsabilidades</b>		
Objetivo 6.1	Meta 6.1.1		
Incentivo à Oferta de Serviços dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP.	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		R\$	
	União	Estado	Município
	R\$ -	R\$ 449.013,24	
<b>Diretriz 7</b>	<b>Responsabilidades</b>		
Objetivo 7.1	Meta 7.1.1		
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		R\$	

Incentivo à Oferta de Serviços dos Hospitais com Salas de Estabilização.	União	Estado	Necessário
	R\$ -	R\$ 1.084.165,00	

Fonte: autoria própria, 2023

## 6.5 Processo de Monitoramento e Avaliação

Compreende-se como estruturante o processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação para alcance das diretrizes, objetivos e metas propostas pelo Plano de Saúde Regional (PSR). Caberá ao Comitê de Apoio de Governança na Região de Saúde em conformidade com a Resolução 130 de 2022 da Comissão Intergestores Bipartite Ceará realizar o monitoramento do PSR. A Superintendência Regional de Saúde e as Áreas Descentralizadas de Saúde deverão subsidiar o suporte técnico necessário para que seja realizado monitoramento através do acompanhamento de indicadores de forma periódica através dos sistemas de informação com emissão de relatórios técnicos.