

PORTARIA Nº261/2026 - A SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA DA SAÚDE, no uso das competências que lhe confere a Portaria nº 090/2019, publicada no Diário Oficial do Estado de 12 de fevereiro de 2019, e tendo em vista o que consta do Processo Administrativo NUP24001.105738/2024-04 do SUITE, e as determinações do art.5º,§1º, da Lei nº18.338, de 04 de abril de 2023, assim como fundamentação no art.16, parágrafo único, inciso II, da Lei nº12.078, de 05 de março de 1993, RESOLVE CONCEDER, o percentual de 50%(cinquenta por cento) sobre seu vencimento-base, da **Gratificação Especial de Desempenho**, à servidora **MARIA SILVANA MENDES CARVALHO**, matrícula funcional nº300295-0-X, ocupante do cargo de Técnico de Enfermagem, pertencente ao Grupo Ocupacional Atividades Auxiliares de Saúde - ATS, lotada no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HCASG, por cumprir escala de serviço em regime de plantão de 12 (doze horas), na Unidade A, do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HCASG, a partir de 16 de dezembro de 2024. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, 09 de fevereiro de 2026.

Carla Cristina Fonteles Barroso
SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

*** **

PORTARIA Nº0381/2026.

INSTITUI A LINHA DE CUIDADO À PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

A SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ no uso da atribuição legal que lhe confere o inciso III do art. 93, da Constituição Estadual e o inciso XI do art. 17, da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Considerando a Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que estabelece a proteção integral à criança e ao adolescente no Brasil, conhecido como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando a Lei Federal nº 10.741 de 1 de outubro de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências e estabelece a proteção integral ao idoso no Brasil, garante direitos e proteção para pessoas com 60 anos ou mais, conhecido como Estatuto do Idoso. Considerando a Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), estabelece diretrizes para os cuidados paliativos oncológicos; Considerando a Resolução CFM nº 1.805/2006 que dispõe que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis e permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente; Considerando a Resolução CFM nº 1.995/2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Estabelece que o médico deve respeitar as decisões previamente manifestadas pelo paciente sobre os cuidados e tratamentos que deseja ou não receber em situações futuras de incapacidade de comunicação ou decisão. Essa regulamentação assegura o princípio da autonomia. Considerando a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde, e altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017; Considerando a necessidade de assegurar o cuidado integral às pessoas Pessoa em Cuidados Paliativos, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA); Considerando as informações contidas no NUP 24001.069776/2025-69. RESOLVE:

Art. 1º Instituir a Linha de Atenção à Pessoa em Cuidados Paliativos, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por meio da Resolução nº 413, em 11 de agosto de 2025, conforme Anexo Único desta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revoga -se as disposições em contrário.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza-CE, aos 12 de fevereiro de 2026.

Tânia Mara Silva Coelho
SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

ANEXO ÚNICO DO ART.1º DA PORTARIA Nº0381/2026, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2026
Linha de Cuidado à Pessoa em Cuidados Paliativos

Coordenação	Hospital Geral de Fortaleza
Maria Vaudelice Mota	Raísa Carvalho de Brito Arcaño Chaves
Luciene Alice da Silva	
Raquel Pessoa de Carvalho	Hospital de Doenças Infecciosas São José
	João Pedro de Vasconcelos Bessa
Elaboração	Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Camila Mendes dos Santos	Rosineli Leopoldino de Oliveira
Dyego Carvalho Amorim	Hospital Geral Dr. César Cals
Felipe Gurgel do Amaral Mota	Hellen Magalhães Pedrosa Rocha
Isley Nayra de Lima Negromonte Barreto	
Luciene Alice da Silva	Superintendência da Região Sul
Raquel Pessoa de Carvalho	Maria Salvina Alencar Costa
Thalita Helena Christian Oliveira	Superintendência da Região Litoral Leste/Jaguaribe
	Jussara Santos Vieira
Colaboração	Superintendência da Região Fortaleza
	Carolina Pereira de Alencar
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE-SEAPS	Dayana Gomes Migueis
	Emanuel Pinheiro Sartori
	Vanessa Tavares de Souza
Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde	Instituições, Entidades e Especialistas Convidados
Juliana Alencar Moreira Borges	
Israel Guimarães Peixoto	
Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas	Secretaria Municipal de Fortaleza
Andrea Frota Sampaio Figueiredo	João Bastos Freire Neto
	Secretaria Estadual dos Direitos Humanos
Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde	Emilie Collin Silva Kluwen
Silva Maria Negreiros Bomfim Silva	Secretaria de Proteção Social
José Policarpo de Araújo Barbosa	Ellayne Maria Chaves Martins
José Luis Paiva de Mendonça Ferreira	Universidade Estadual do Ceará
	Matheus Martins de Sousa Dias
Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde	Universidade Federal do Ceará
Karla Deisy Moraes Borges	Manuela Vasconcelos de Castro Sales
Micael Pereira Nobre	Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Estadual Ceará
Evanezia de Araújo Oliveira	Manuela Vasconcelos de Castro Sales
	Fernanda Maria Teófilo Campos
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE-SEVIG	Conselho Estadual de Saúde
	Celene Maria de Sousa Oliveira
	Antônio Adriano Alves de Souza
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará
Helenira Fonseca de Alencar	Ana Kelly Leitão de Castro
	Nutricionista e Especialista em Onco-hematologia;
	Brena Custódio Rodrigues Nejm
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL-SEADE	Nutricionista e Advogada
	Nelcilene dos Santos Silva
Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde	Hospital Universitário Walter Cantídio
Ana Virgínia de Castro Justa	Manuela Vasconcelos de Castro Sales
	Serviço de Atendimento Médico de Urgência - Fortaleza
Coordenadoria de Atenção a Rede de Urgência e Emergência	Luciana Barroso Cipriano



Eva Vilma Moura Baia Sampaio

Coordenadoria de Atenção Especializada e das Redes de Atenção à Saúde
Ítalo Lennon Sales de Almeida

Casa de Cuidados do Ceará
Felipe Gurgel do Amaral Mota
Renata Lais da Silva Nascimento Maia
Ursula Wille Campos

Hospital Infantil Albert Sabin
Cinara Carneiro Neves

Secretária de Saúde de Russas
Ana Kelly Leitão de Castro
Instituto Escuta
Fernanda Gomes Lopes
Comunidade Fortaleza Compassiva
Andrea Stopiglia Guedes Braide

1. Objetivos

- I. Organizar a rede de atenção à saúde, para o cuidado integral à pessoa com necessidade de cuidados Paliativos.
- II. Definir critérios baseados de funcionalidade, diagnóstico, para nortear o itinerário do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- III. Disponibilizar Cuidados de Transição e de Assistência Domiciliar conforme critérios estabelecidos;
- IV. Promover o acesso a medicamentos e insumos necessários, para assistência e segurança da pessoa em cuidado paliativo em toda rede de atenção à saúde, de acordo com pactuação e responsabilidades.
- V. Promover ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, em todos níveis de atenção à saúde.
- VI. Qualificar equipes de saúde para o manuseio e segurança da pessoa em cuidado paliativo;
- VII. Integrar as equipes multiprofissionais, a interdisciplinaridade no cuidado e utilização da teleconsultoria;
- VIII. Estimular a formação, a educação permanente, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no SUS;
- IX. Promover ações educativas sobre cuidados paliativos na sociedade;
- X. Treinar familiares/cuidadores para o manejo domiciliar das pessoas em tratamento domiciliar, em especial, durante o processo de desospitalização.

2. Linhas de Cuidados

São estratégias para organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde. Definem referências para o atendimento, fluxo assistencial para facilitar o acesso, o percurso da pessoa na rede de saúde.

A Linha do Cuidado está diretamente relacionada com o funcionamento da rede de atenção à saúde, com a integralidade da assistência à saúde, (ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, nos níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária) de acordo com suas competências.

Quanto a abrangência, a Linha de Cuidado pode ser de atendimento local, no âmbito do território do município, com fluxo assistencial entre as unidades de saúde do município por região de saúde no âmbito hospitalar e em todos os serviços do estado. Depende da necessidade da complexidade, capacidade instalada, recursos disponíveis e pactuações entre os gestores do SUS.

Podem ser estruturadas de diversas formas: por temas, por ciclo de vida, por grupo de população específica, por agravos, entre outras.

A implantação da Linha do Cuidado, a definição referência para o atendimento depende da realidade local, das pactuações, entre os gestores de saúde, da capacidade instalada, dos recursos disponíveis, de pessoal, de sistema de apoio e diagnóstico para realização de exames, logística, sobretudo recursos financeiros.

2.1 Atores envolvidos no processo de construção

No âmbito da Secretaria de Saúde do Estado, o processo de construção é participativo, colaborativo, intersetorial, envolve profissionais de todos os níveis de atenção, das áreas técnicas da rede SESA, especialistas convidados, representação do Conselho de Secretarias Municipais da Saúde (COSEMS), Entidades de classe profissional, Associações, Sociedades Médicas, Universidades, entre outras, de acordo com a complexidade do tema em questão, conduzido pela Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado, da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS/SESA/CE).

2.2 Etapas do processo de construção

O processo de elaboração da Linha do Cuidado, envolve diversas etapas e seguem uma metodologia com critérios definidos e de acordo com a complexidade pode envolver outras etapas.

Quadro 1: Etapas do processo de construção da Linha do Cuidado

1	Avaliação da necessidade, de acordo com as prioridades estabelecidas pela gestão e demandas de diversos segmentos da sociedade.
2	Levantamento de informações, legislação, evidências, para subsidiar a construção de documento base norteador da Linha do Cuidado.
3	Elaboração de documento/texto base norteador pela Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado para iniciar as discussões com o grupo técnico.
4	Formalização do Grupo Técnico por meio de Portaria da Secretária de Saúde
5	Definição de cronograma de trabalho
6	Validação da proposta pela Secretária e alinhamento interno
7	Apresentação e discussão da proposta na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
8	Pactuação na CIB
9	Publicação no Diário Oficial, pela Secretária de Saúde, instituindo a Linha do Cuidado no âmbito do Estado
10	Estratégias para implantação

3. Responsabilidades por nível de Atenção à Saúde

3.1 Compete à Atenção Primária à Saúde (APS)

- I. Identificar necessidades de cuidados paliativos e atuar na prevenção e controle do sofrimento físico, emocional, social e espiritual;
- II. Realizar avaliação contínua e integral da dor, promovendo intervenções baseadas em evidências.
- III. Informar sobre diagnóstico e prognóstico com comunicação empática e acolhedora e definir um plano avançado de cuidados de forma compartilhada com paciente e família.
- IV. Orientar aos familiares e cuidadores, promovendo autonomia e segurança no cuidado;
- V. Organizar e coordenar o cuidado entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), favorecendo o retorno e manutenção do cuidado no domicílio quando possível;
- VI. Promover ações educativas a familiares e cuidadores, promovendo autonomia e segurança no cuidado;
- VII. Avaliar a necessidade de exames e procedimentos, evitando condutas que não trazem benefícios à qualidade de vida do paciente;
- VIII. Realizar visitas domiciliares e planejar ações de cuidado em conjunto com a equipe multiprofissional, respeitando o ambiente familiar e as condições do território.
- IX. Garantir o direito à informação clara, tomada de decisão compartilhada e respeito à vontade do paciente ou de seu representante legal.
- X. Prestar assistência direta aos pacientes com necessidades paliativas, com manejo da dor e demais sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.
- XI. Fornecer medicamentos e insumos conforme de acordo com responsabilidades por nível de atenção à saúde e pactuações.
- XII. Prescrever opióides conforme indicação médica e de acordo com o fluxo estabelecido (receituário amarelo, preenchimento de Laudo Médico -LME e o Cadastro do paciente).

3.2 Compete à Atenção Domiciliar

- I. Prestar assistência direta aos pacientes com necessidades paliativas, com manejo da dor e demais sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.
- II. Informar sobre diagnóstico e prognóstico com comunicação empática e acolhedora e definir um plano avançado de cuidados de forma compartilhada com paciente e família.
- III. Proporcionar cuidado humanizado e personalizado, respeitando o ambiente familiar do paciente;
- IV. Oferecer suporte contínuo e especializado, conforme plano de cuidado antecipado;
- V. Regular pacientes nas necessidades para a atenção hospitalar ou para unidades de transição / cuidados prolongados, conforme avaliação multidisciplinar;
- VI. Treinamento continuado do(s) cuidador(es) do paciente;
- VII. Avaliar e acompanhar a condição do domicílio do paciente;
- VIII. Estimular o autocuidado do paciente e do(s) cuidador(es);
- IX. Prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada.



3.3 Compete à Atenção Especializada Ambulatorial

- I. Promover cuidado longitudinal e interdisciplinar, conforme momento clínico da doença, podendo ser o ponto de atenção principal do cuidador ou matriciador;
- II. Garantir a integralidade do cuidado junto a formação de equipes de saúde que atuem dentro da interdisciplinaridade com médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, equipe básica, podendo também ter a atuação de nutricionistas, farmacêuticos e outras especialidades que possam beneficiar de forma direta esse paciente;
- III. Auxiliar no processo de desospitalização, garantindo a continuidade do vínculo, do cuidado e do plano avançado de cuidados;
- IV. Garantir uma comunicação clara e empática com o paciente, familiares e cuidadores para que haja alinhamento do plano de cuidados estabelecido e para que os mesmos possam se sentir como pertencentes e atuantes dentro desse plano;
- V. Manter integração, comunicação, articulação permanente com as unidades de referência, pontos de atenção, para garantir a continuidade do cuidado e fluxo assistencial;
- VI. Qualificar as equipes de saúde como forma de capitalizar os cuidados paliativos primários;
- VII. Prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada.

3.4 Compete à Atenção Especializada Hospitalar

- I. Tratar pessoas que necessitam de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório pelas Unidades de Pronto Atendimento ou outros serviços de saúde;
- II. Dispor de equipe multidisciplinar para o atendimento básico e manejo primário de sintomas dos pacientes e solicitar o parecer da equipe de cuidados paliativos caso seja um caso de sintomas de difícil controle ou de maiores complexidades a nível social, psicológico e espiritual;
- III. Acolher e direcionar o planejamento do cuidado, incluindo controle de sintomas, construção e revisão do plano avançado de cuidados, acompanhamento do processo ativo de morte caso se estabeleça no internamento, bem como acolhimento e orientações à família durante o processo da doença.
- IV. Atuar de forma multidisciplinar, com profissionais que poderão ser incluídos nas Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos - EACP, conforme necessidade e disponibilidade local;
- V. Acolher e orientar a família durante o processo de transição de cuidados e assim a desospitalização enviando contra referência para APS e outros níveis de atenção e/ou encaminhar para seguimento ambulatorial e assim garantir a continuidade de cuidados;
- VI. Informar sobre diagnóstico e prognóstico com comunicação empática e acolhedora e definir um plano avançado de cuidados de forma compartilhada com paciente e família.
- VII. Prestar assistência direta aos pacientes com necessidades paliativas, com manejo da dor e demais sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

3.5 Compete à Urgência e Emergência

- I. Disponibilizar transporte para garantir o deslocamento adequado, em tempo oportuno;
- II. Atuar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nos casos de remoção da pessoa de um ponto de atenção, domicílio ou via pública para outro ponto de atenção da RAS, considerando a regulação médica e com foco na promoção do conforto, desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;
- III. Realizar atendimentos de intercorrências de agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar, em especial no período noturno e finais de semana, garantindo a constatação do óbito presencial.
- IV. Reconhecer e referenciar pessoas em situação de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório pelas Unidades de Pronto Atendimento.

3.6 Compete às Unidades de saúde e hospitais especializados em cuidados prolongados e de transição de cuidados

As Unidade de Transição e Hospitais/Unidades de Cuidados prolongados recebem pacientes com indicação de Cuidados Paliativos e dependências de cuidados complexos na desospitalização depois de internações longas ou diretamente da rede (UPA ou SAD) quando indicado para evitar as internações hospitalares. Nas unidades de transição e de cuidados prolongados (UTCPs), os Cuidados Paliativos (CP) visam melhorar a assistência e qualidade de vida dos pacientes e seus familiares e oferecer assistência integral e humanizada no fim de vida.

- I. Realizar a abordagem em cuidados paliativos para as pessoas sob seus cuidados que atendam critérios de elegibilidade;
- II. Receber pacientes encaminhados na desospitalização de hospitais da rede ou UPAs/SAD com indicação de cuidados interdisciplinares complexos com foco na Reabilitação, Cuidados Paliativos e Educação em Saúde;
- III. Elaborar plano terapêutico multidisciplinar individualizado para cada paciente como foco no controle de sintomas, qualidade de vida e resgate de funcionalidade quando possível;
- IV. Promover uma comunicação aberta e compassiva entre pacientes, familiares e a equipe de saúde, abordando prognóstico, opções de tratamento e decisões de fim de vida;
- V. Garantir que as decisões do paciente ou representante legal sejam respeitadas, incluindo o direito de recusar tratamentos e de expressar suas vontades por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV);
- VI. Integrar as ações de diversos profissionais para oferecer um cuidado holístico e abrangente, incluindo controle de sintomas, mobilização, alimentação adequada e resgate da funcionalidade quando possível;
- VII. Visar e promover sempre quando possível a transição para o domicílio ou instituições de acolhimento;
- VIII. Proporcionar conforto e suporte emocional e espiritual para o paciente e sua família no fim de vida e no processo de morrer;
- IX. Buscar a integração social como acesso à escola e proximidade com irmãos desde a unidade de transição até a alta hospitalar da criança e adolescentes internados;
- X. Prestar assistência direta aos pacientes com necessidades paliativas, com manejo da dor e demais sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

4. Cuidado Multiprofissional

4.1 Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP)

A EACP constitui-se uma equipe interdisciplinar, de atuação multiprofissional e de gestão municipal, responsável por realizar ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento a que estiver vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território de abrangência em todos os ciclos de vida, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito.

As EACP podem estar vinculadas a hospitais, unidades de urgência, ambulatórios de atenção especializada ou serviços de atenção domiciliar, devendo atuar de forma integrada com as equipes dos serviços.

São atribuições das Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos:

- I. Realizar avaliações abrangentes da pessoa cuidada para promoção do alívio da dor e outros sintomas, considerando suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais;
- II. Elaborar um plano de cuidado individual, conforme a necessidade do paciente, acompanhando as etapas do adoecimento e elaborar plano de cuidados paliativos para execução continuada e integrada à RAS, com navegação do cuidado, conforme o caso;
- III. Realizar controle de sintomas físicos, em tempo oportuno, promovendo o máximo de conforto e qualidade de vida à pessoa;
- IV. Realizar escuta qualificada das necessidades espirituais e providenciar a assistência desejada, conforme a crença e a vontade da pessoa;
- V. Manter comunicação aberta com a pessoa e sua família ou cuidador, favorecendo a troca de informações sobre a condição clínica da pessoa cuidada, opções de cuidados e expectativas quanto ao processo de cuidados paliativos;
- VI. Atuar para a tomada de decisão compartilhada, manifestação e formalização das preferências da pessoa em cuidados paliativos, por meio de Diretivas Antecipadas de Vida (DAV) e em conformidade com a legislação vigente.
- VII. Aplicar protocolo de comunicação envolvendo a pessoa, respeitando suas particularidades e necessidades, bem como seu direito à recusa de tratamentos e procedimentos, à autodeterminação e ao alívio da dor e, quando necessário, acionar o comitê de bioética respectivo, conforme estabelecido pelas normas da instituição e dos Conselhos Profissionais;
- VIII. Prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada.
- IX. Enviar contrarreferência para APS e outros níveis de atenção.

4.2 Equipe Matricial de Cuidados Paliativos (EMCP)

A EMCP constitui-se como uma equipe interdisciplinar com território de atuação definido por população de uma macrorregião de saúde, de gestão estadual, sendo responsável para apoiar os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na atuação em cuidados paliativos, capacitação e corresponsabilização. Proverá suporte técnico em cuidados paliativos e desenvolverá estratégias de educação permanente em cuidados paliativos para equipes de saúde e população geral.

4.2.1 São atribuições das Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos:

- I. Constituir-se como equipe interdisciplinar com território de atuação definido por população de uma macrorregião de saúde, de gestão estadual;
- II. Realizar apoio aos pontos de atenção da RAS na atuação em cuidados paliativos, por meio de ações matriciais de sensibilização, capacitação e corresponsabilização.
- III. Oferecer, em caráter regular e sistemático, para todos os pontos de atenção da RAS do seu território de abrangência, as seguintes ações de apoio matricial em cuidados paliativos (adulto e pediátrico):



- a - tele matriciamento, teleconsultoria, tele interconsulta, telediagnóstico, telerregulação assistencial, segunda opinião formativa e teleeducação;
 b - suporte técnico em cuidados paliativos nas situações de intercorrências;
 c - estratégias de educação permanente em cuidados paliativos para equipes de saúde e população geral;
 d - atuação conjunta e em parceria com a equipe do ponto de atenção da RAS responsável pelo seguimento da pessoa em ações assistenciais mais complexas e intensivas, de acordo com as possibilidades e a realidade do território de atuação.
 IV. Constituir-se como equipe interdisciplinar, de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento a que estiver vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência, acompanhando-os integralmente até o óbito e apoiando a família no pós-óbito;
 V. Atuar de forma integrada com as equipes dos serviços;
 VI. Garantir acesso de qualidade e humanizado aos cuidados paliativos no âmbito da RAS, de forma integrada com a atenção primária.

5. Rede de Cuidado Integral à Pessoa em Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde:

- Atenção Primária: coordenadora da rede e do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessário.
- Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e adaptado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, na desospitalização e sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.
- Atenção Especializada Ambulatorial: deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede e tem a perspectiva de conseguir fornecer teleatendimento para facilitar a condução de pacientes mais fragilizados e com deslocamento limitado;
- Atenção Especializada Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência preferencialmente referenciados com justificativa descrita.
- Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis;
- Unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados e de transição: viabiliza a desospitalização e cuidados de transição para pacientes com necessidade de reabilitação, adaptação de cuidados multidisciplinares e treinamento dos cuidadores, como também dá suporte em Cuidados Paliativos para pacientes com progressão da condição de base que não tem condições de permanecer no domicílio; o alvo é capacitar os hospitais polo e até os de pequeno porte para esse atendimento.

Cada ponto da Rede de Atenção em Cuidados Paliativos no Ceará tem atribuições específicas conforme seu campo de atuação.

5.1 Identificação da demanda da abordagem de cuidados paliativos

Existem várias maneiras de se identificar a demanda por Cuidados Paliativos. Esta Linha de Cuidado sugere a utilização de algumas ferramentas de triagem: Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version) - SPICT-BR™ (Triagem do perfil do paciente). Esta ferramenta (Anexo 5) pode ser usada para identificar pacientes adultos que podem se beneficiar de cuidados paliativos, sejam eles primários ou especializados, em diversos contextos assistenciais, como atenção primária, ambulatorios, hospitais, domicílios e instituições de longa permanência.

As escalas mais utilizadas são: PPS (Palliative Performance Scale) (Anexo 1), KPS (Karnofsky Palliative Scale) (Anexo 2), Lansky (Anexo 3), IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional) (Anexo 4). Na pediatria utiliza-se a de Lansky em menores de 16 anos e a de KPS para maiores de 16 anos. A funcionalidade do paciente é definida pela capacidade de participar ativamente do planejamento terapêutico, tomar decisões sobre sua própria vida e realizar atividades de vida diária básicas e instrumentais. Existem várias escalas que avaliam a funcionalidade dos pacientes em cuidados paliativos, deve ser avaliada no momento da consulta do paciente e comparada com a funcionalidade nas quatro semanas anteriores, assim ajuda a diferenciar se o declínio funcional é decorrente de algum agravamento ou trata-se de progressão da própria doença de base.

As avaliações de funcionalidade progressivas registradas nos atendimentos ambulatoriais e/ou serviços de saúde externos ao hospital requerem uma interlocação, seja por meio de discussões de caso, relatórios multiprofissionais e registros em prontuário para seguimento longitudinal das equipes de saúde. O diagnóstico e a indicação de Cuidados Paliativos pode e deve ser dado em qualquer nível de atenção e serviço da RAS. É importante a documentação da avaliação médica e multidisciplinar de forma sistemática com uso de escalas e formulários padronizados, incluindo diagnóstico, funcionalidade, sintomas presentes com gravidade e um plano terapêutico individual. Esse documento deve ser acessível para todos na RAS para guiar a assistência e também ser compartilhado com o paciente e a família.

Importante que o plano avançado de cuidados do paciente seja minuciosamente escrito pelas equipes de saúde e que seja devidamente compartilhado com paciente e familiares, sendo importante que o mesmo contenha um planejamento de medidas a serem realizadas em caso de intercorrências, além da descrição de valores e desejos dos pacientes.

5.2 Grupo de pacientes indicação de Cuidado Paliativo Pediátrico

Na população pediátrica, pode-se considerar o grupo de pacientes que se beneficiam de Cuidados Paliativos

GRUPOS	SITUAÇÕES ENVOLVIDAS	EXEMPLOS DE DOENÇAS E CONDIÇÕES
Grupo 01	Crianças com condições agudas de risco de vida, das quais a recuperação pode ou não ser possível	Qualquer doença grave ou lesão crítica, desnutrição grave
Grupo 02	Crianças com condições crônicas de risco de vida que podem ser curadas ou controladas por um longo período, mas que também podem morrer	Malignidades, tuberculose multirresistente, HIV / AIDS
Grupo 03	Crianças com condições progressivas de risco de vida para as quais não há tratamento curativo disponível	Atrofia Muscular Espinhal, Distrofia Muscular de Duchenne
Grupo 04	Crianças com condições neurológicas graves que não são progressivas, mas podem causar deterioração e morte	Encefalopatia estática, tetraplegia espástica, espinha bifida
Grupo 05	Recém nascidos que são gravemente prematuros ou tem anomalias congênitas graves	Prematuridade grave, anencefalia, hérnia diafragmática congênita, trissomia do 13 ou 18
Grupo 06	Membros da família de um feto ou criança que morre inesperadamente	Morte fetal, encefalopatia hipóxico-iscêmica, sepsse avassaladora em criança previamente saudável, trauma por acidente de veículo motorizado, queimaduras, etc

5.3 Condições Clínicas para encaminhamentos nos Pontos de Atenção

1.	Pacientes em processo ativo de morte, mas com sintomas de fim de vida não bem controlados.	
2.	Pacientes com potencial necessidade de procedimento cirúrgico	Atenção especializada hospitalar
3.	Pacientes com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados	
4.	Pacientes em processo ativo de morte, se for desejo do paciente/família	
5.	Pacientes com necessidade de visitas em cuidados de fim de vida	Encaminhamento para Atenção Domiciliar
6.	Pacientes com necessidade de ventilação mecânica em domicílio	
7.	Pacientes com necessidade de controle de sintomas complexos	
8.	Pacientes com necessidade de planejamento avançado de cuidados.	Atenção Ambulatorial especializada
9.	Pacientes em transição dos cuidados complexos incluindo treinamento e suporte ao familiar/cuidador	
10.	Pacientes provenientes de hospital com necessidade de suporte e cuidados especiais como suporte respiratório, reabilitação e assistência multidisciplinar para controle de sintomas/óbito domiciliar	Unidades de cuidados prolongados e transição de cuidados
11.	Pacientes com necessidade de remoção para pronto atendimento / hospital de referência por sintomas não controlados*, sofrimento ou intercorrência aguda, independente do PPS, decisão compartilhada com a família é baseada nos valores do paciente	
12.	Pacientes que já são acompanhados por equipe de CP, com plano terapêutico definido e que o sintoma não controlado necessita de sintomático paliativo.	Serviço de Urgência e Emergência / SAMU
13.	Pacientes com dificuldade de deslocamento (mobilidade diminuída ou distância do centro de referência) e com indicação de cuidado especializado ambulatorial.	Telemedicina

Fonte: Grupo Condutor em Cuidados Paliativos SESA/CE 2025

*Sintomas não controlados: dor, dispnéia, obstrução intestinal, náusea, vômito, febre, sangramento ou outros que causem sofrimento a pessoa.

6. Sistema de apoio e logística

Atividades de apoio são consideradas como suporte essencial para o atendimento das demandas e garantem uma logística eficiente.

SISTEMAS DE APOIO	SISTEMA LOGÍSTICO
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Acesso Regulado
Assistência Farmacêutica	Registro Eletrônico/ Prontuário
Sistema de informação em saúde	Sistema de Transporte



6.1 Apoio Diagnóstico e Terapêutico






Consiste na realização de exames complementares ao diagnóstico e tratamento do paciente de acordo com as necessidades do paciente e Diretrizes Clínicas. São exames essenciais a serem solicitados para o diagnóstico e acompanhamento e mudança de conduta em pessoas em Cuidados Paliativos em qualquer nível de atenção. Tais exames podem ser de diversos tipos, a depender da patologia de base e do estado clínico do paciente, mas sempre com a premissa de não maleficência.

6.2 Assistência Farmacêutica

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica, recomenda-se o uso de antidepressivos tricíclicos (que normalizam as funções do sistema nervoso central) e anti-epiléticos (que diminuem a ação rápida e excessiva dos neurônios) como opções iniciais na terapêutica da Dor Crônica. Na ausência de resposta a esses medicamentos, pode ser indicado o uso de opióides (que também atuam no sistema nervoso, com o objetivo específico de alívio da dor).

No caso da ausência de respostas à ação desses medicamentos, é indicado o uso de opióides (medicamentos que também atuam no sistema nervoso, com o objetivo específico do alívio da dor). A solicitação destes medicamentos necessita de um Laudo de Medicamento Especializado (LME) e exames específicos para serem avaliados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão no PCDT.

Quadro 2: Medicamentos preconizados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.

Dor Crônica Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012	Local de Dispensação Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) indicadas pelo município.
CID 10: R52.1 - Dor crônica intratável R52.2 - Outra dor crônica	
 Especialista	 Medicamento
Pacientes com dor crônica devem ser primariamente avaliados em serviços especializados em dor crônica ou cuidados paliativos para seu adequado diagnóstico, planejamento terapêutico e acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> ● Codeína 30 MG COMP ● Codeína 60 MG COMP ● Gabapentina 400 MG CAP ● Metadona 10 MG COMP ● Metadona 5 MG ● Morfina 10 MG COMP ● Morfina 30 MG CAP Liberação Controlada ● Morfina 30 MG COMP ● Morfina 60 MG CAP Liberação Controlada
 Exames e documentos	 Critério de Inclusão
<ul style="list-style-type: none"> ● Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário. ● Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ● Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário. ● Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido ● Prescrição médica devidamente preenchida ● Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos já realizados e o seu tempo de utilização e as doses empregadas, a escala de dor da Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS), a classificação de dor segundo Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde especificando o grau do tratamento para pacientes com dor nociceptiva ou mista e o score da escala visual analógica de dor (EVA) ● Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER. 	<p>Serão incluídos neste Protocolo todos os pacientes com dor de intensidade superior a 4 na escala EVA (dor relevante) e com duração superior a 30 dias (dor crônica).</p> <p>Também devem ser apresentados os escores da escala de dor LANSS para definição do tipo.</p> <p>Para uso de opióides, os pacientes deverão ser refratários aos demais fármacos, conforme escalonamento definido no Protocolo</p>
 Critério de Exclusão	
Serão excluídos deste protocolo os pacientes que apresentam intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso dos medicamentos nele preconizados.	



Fonte: Ministério da Saúde (MS) - Resumo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs).

Assistência Farmacêutica Básica disponibiliza medicamentos de classes como antidepressivos tricíclicos e analgésicos não opióides. Para ter acesso a esses medicamentos, o paciente deve procurar uma Unidade Básica de Saúde, levando os documentos padronizados pelo Município (receituário médico, comprovante de identidade, comprovante de endereço e Cartão Nacional de Saúde).

Na Assistência Farmacêutica Especializada são disponibilizados medicamentos de classes como inibidores seletivos da recaptação de serotonina e nora-drenalina (ISRSN), anticonvulsivantes, moduladores de neurotransmissores, antimicrobianos, para diversas condições e para processos de dor aguda um analgésico opioide combinado. Para o acesso, é necessário apresentar prescrição médica do SUS, documento com foto, Carteira Nacional de Saúde (CNS) e comprovante de residência nas farmácias indicadas pelo Município (Farmácia Central/CAF).

6.3. Regulação

O acesso aos serviços de saúde em Cuidados Paliativos se dá por meio da Regulação em todos níveis de atenção à saúde. No momento da regulação deve ser sinalizado todas as informações necessárias para indicação de Cuidados Paliativos, para que o regulador possa analisar a conduta direcionadora. A regulação dispõe de um conjunto de tecnologias visando a melhoria do acesso, redução do tempo de espera para atendimentos, diagnósticos ou exames especializados, evitando deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde; redução da escala de serviços; promoção da monitorização à distância; diminuição de custos diretos (recursos humanos, deslocamentos) e indiretos (carga de doença, tempo); e possibilidade de assistência às urgências ou situações críticas de saúde.

Crianças e adolescentes, desfrutam de prioridade absoluta. Não devem esperar em fila na regulação. Em caso de suspeita, sinal ou sintoma e/ou confirmação de diagnóstico com câncer, o encaminhamento deverá ser imediato para unidade de referência de alta complexidade, no prazo máximo de até 72h.

6.3.1 Telessaúde

É realizada pelos núcleos de telessaúde. Esses núcleos desenvolvem atividades técnico-científicas e administrativas para planejar, executar, monitorar

e avaliar as ações, em especial a produção e oferta de: teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação, além de segunda opinião formativa e apoio na perspectiva da educação permanente, a fim de qualificar equipes. Entre os serviços oferecidos pela telessaúde estão:

1. Teleconsulta: a realização de consulta (médica ou de outro profissional de saúde) à distância, por meio de tecnologias de informação e comunicação, ou seja, interação à distância entre profissional de saúde e a pessoa atendida.
 2. Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. A teleconsultoria pode se dar de duas formas: síncrona, realizada em tempo real, geralmente por web, videoconferência ou telefone; ou assíncrona, realizada por meio de mensagens offline. Nesse cenário podem ser incluídas atividades de tele mentoria, como em cirurgias.
 3. Telemonitoramento: monitoramento à distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes por meio de TIC's, incluindo a coleta de dados clínicos do paciente. Sua transmissão, processamento e manejo são realizados por um profissional de saúde, por meio de um sistema eletrônico de teleducação: conferências, aulas, cursos ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde ministrados à distância. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PNTBR), por meio de seus núcleos estaduais, intermunicipais e regionais, oferece serviços essenciais como teleconsultoria, segunda opinião formativa, tele-educação e oferta nacional de telediagnóstico.
- Os serviços oferecidos pelo PNTBR podem auxiliar na qualificação do trabalho das Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos (EACP) e das Equipes Matriciais de Cuidados Paliativos (EMCP) na integração dos recursos e TIC's do programa à prática profissional de modo a contribuir para a Educação Permanente em Saúde (EPS) e para o apoio assistencial na atenção primária à saúde (APS).

6.4 Sistema de informações

É de fundamental importância a disponibilização de sistema de informações para o monitoramento e tomada de decisão dos gestores, possibilitando a integração, o registro eletrônico, acompanhamento do itinerário do paciente e Teleassistência.

Algumas fontes de informações são: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema Integrado de Gestão em Saúde (SIGES), o prontuário eletrônico e os dados da Central de Regulação e da Telemedicina.

Idealmente as equipes de saúde dos pontos de atenção/unidades de referências devem registrar os dados dos pacientes em cuidados paliativos nos sistemas adequadamente, pois sabe-se da subnotificação, tanto em rastreamento, confirmação diagnóstica e sub registro nos sistemas de informação.

6.5 Sistema de Transporte

O município deve garantir o deslocamento seguro, humanizado e eficiente aos serviços de saúde, em conformidade com as pactuações municipais, regionais e a regulamentação do transporte sanitário, bem como o transporte para tratamentos fora do domicílio (TFD).

O transporte de pacientes em cuidados paliativos deve atender às seguintes condições:

- I. Veículos adequados ao transporte de doentes (VDTD), equipados com condições higiênico-sanitárias, controle de temperatura e acessibilidade.
- II. Equipe qualificada: profissionais de enfermagem capacitados para atender pacientes de alta dependência.
- III. Prescrição médica: O transporte deve ser justificado por prescrição médica do SUS, atestando a necessidade de cuidados paliativos, com avaliação prévia pelas entidades responsáveis.
- IV. Acompanhantes: paciente com dependência ou menor de 18 anos têm direito ao acompanhante, conforme legislação.

7. Educação Permanente em Saúde

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) tem como objetivo promover a formação e a qualificação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e comunidade, de forma articulada e em conformidade com as necessidades e transformação do trabalho, dos processos formativos e das práticas de educação permanente em saúde no Ceará.

Em relação aos Cuidados Paliativos cabe a Educação Permanente em Saúde (EPS):

- I. Pactuar no Plano Estadual de Educação Permanente, processos educativos em Cuidados Paliativos considerando as necessidades dos profissionais em todos níveis de atenção à saúde, e promover oficinas de sensibilização e educação interprofissional voltadas à identificação precoce das necessidades em cuidados paliativos e ao fortalecimento da atuação colaborativa entre profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- II. Ampliar as parcerias com as Instituições de Ensino, Centros de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa dos estabelecimentos de saúde e demais entidades para o desenvolvimento de atividades educativas em Cuidados Paliativos, de acordo com as diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS);
- III. Promover cooperação técnico-científica e pedagógica, para o desenvolvimento de projetos de pesquisa, extensão e ensino com enfoque na temática de Cuidados Paliativos;
- IV. Potencializar a formação na modalidade de residência com ênfase em cuidados paliativos, ampliando para todas as regiões de saúde;
- V. Definir estratégias de incentivo e intercâmbios com outros estados e países, residências, pós graduação e outras oportunidades de aperfeiçoamento profissional na área de cuidados paliativos;
- VI. Promover a integração ensino-serviço visando inserir cuidados paliativos nos currículos regulares dos profissionais da saúde;
- VII. Desenvolver ações educativas para o esclarecimento da população sobre cuidados paliativos;
- VIII. Estimular a produção e a difusão do conhecimento científico e tecnológico e prioridades de pesquisa na área de cuidados paliativos no PPSUS;

8. Implantação da Linha de Cuidado

A implantação da Linha de Cuidado varia de acordo com sua complexidade, organização da rede de atenção à saúde no âmbito da região.

A operacionalização da rede de atenção à saúde, do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, unidades de referências para atendimento, pactuação entre os gestores da saúde, de acordo com as competências, instituições e recursos disponíveis.

*** **

PORTARIA Nº489/2026 - A SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA DA SAÚDE, no uso das competências que lhe confere a Portaria nº 090/2019, publicada no Diário Oficial do Estado de 12 de fevereiro de 2019, e tendo em vista o que consta no Processo Administrativo NUP 24001.029316/2024-17, e as determinações do art.5º §1º da Lei nº 18.338/2023, de 4 de abril de 2023, e nos termos do art.8º da Lei nº14.238, de 10 de novembro de 2008, alterado pelo art.2º da Lei Complementar nº 270, de 30 de dezembro de 2021, e do art.20 da Lei nº 12.287, de 20 de abril de 1994, regulamentado pelo Decreto Estadual nº23.193, de 4 de maio de 1994, alterado pelo Decreto Estadual nº36.920, de 30 de outubro de 2025, RESOLVE CONCEDER **Gratificação** de Especialização, a partir de 19 de abril de 2024, no percentual de 45% (quarenta e cinco por cento) sobre o vencimento-base, ao(a) servidor(a) **HENRIQUE LOBO SARAIVA BARROS**, matrícula nº 30027620, ocupante do cargo de médico, pertencente ao Grupo Ocupacional Serviços Especializados de Saúde - SES, lotado(a) na Secretaria da Saúde (Sesa), em virtude da obtenção do título de especialista (Residência II). SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, 20 de fevereiro de 2026.

Carla Cristina Fonteles Barroso
SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

*** **

PORTARIA Nº1101/2026 - A SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e considerando o disposto no artigo 15 do Decreto 33.545, de 20 de abril de 2020, que regulamenta a Lei 17.184 de 23 de março de 2020, a qual foi alterada pela Lei 17.542 de 29 de junho de 2021, considerando ainda, a Lei 19.387 de 08 de agosto de 2025, e conforme Portaria nº22/2024, de 15 de fevereiro de 2024, e sua alteração pela Portaria nº4697/2025 de 29 de agosto de 2025, RESOLVE Conceder a **Gratificação** de Incentivo às Atividades Especiais – GIATE, a partir da data de concessão mencionada no Anexo Único, tendo em vista o que consta no NUP 24001.003603/2023-16, à **SERVIDORA** elencada no Anexo Único desta Portaria, a qual foi designada como gestora dos contratos de nº454/2019, 111/2020 e 623/2025, firmados entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e as empresas que constam no referido anexo desta Portaria. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, 24 de março de 2026.

Carla Cristina Fonteles Barroso
SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

ANEXO ÚNICO A QUE SE REFERE A PORTARIA Nº1101/2026 DATADA DE 24 DE MARÇO DE 2026

QTD.	NOME	MATRÍCULA	CONTRATO	EMPRESA	INÍCIO DA FUNÇÃO DE GESTOR	FINALIZAÇÃO VIGÊNCIA DO CONTRATO
1	ELAINE CRISTINA DA SILVA ALVES	4952471-4	454/2019	COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE DO NORDESTE DO ESTADO DO CEARÁ – COOPERNORDESTE – CE	23/02/2023	29/04/2025
			111/2020	COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE – COOPEN/CE	22/03/2023	11/02/2024
			623/2025	COOPERATIVA DE TRABALHO DE ATENDIMENTO PRÉ E HOSPITALAR LTDA - COAPH	16/06/2025	03/07/2025
					16/10/2025	-

*** **

