



FORTALEZA
PREFEITURA

SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA 2026-2029

Análise Situacional de Saúde

VOLUME I



FORTALEZA
PREFEITURA
SAÚDE

EXECUTIVO MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DA SAÚDE

<i>Prefeito de Fortaleza</i>	Evandro Sá Barreto Leitão
<i>Vice-Prefeita Municipal de Fortaleza</i>	Gabriella Pequeno Costa Gomes de Aguiar
<i>Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza</i>	Riane Maria Barbosa de Azevedo
<i>Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Pedro Alves de Araújo Filho
<i>Secretária Adjunta da Saúde</i>	Aline Gouveia Martins
<i>Secretária Executiva da Saúde</i>	Rita de Cassia Rodrigues Pereira
<i>Assessora Especial</i>	Isrraelly Mororó Passos Aragão
<i>Assessora de Comunicação</i>	Ravenna de Paula Moura Aguiar
<i>Coordenadora Jurídica</i>	Luciana Matos Alves
<i>Coordenadora de Planejamento e Governança</i>	Karol Marielly Távora Moita
<i>Coordenadora de Gestão do Controle Interno e Ouvidoria</i>	Maria Clarice Tavares Evangelista
<i>Coordenadora Administrativa</i>	Camille Calheiros Alves Pinto Monteiro
<i>Coordenador Financeiro</i>	Cícero Vidal Sampaio
<i>Coordenador de Gestão de Pessoas</i>	Adriano Cândido de Castro
<i>Coordenador de Gestão de Compras e Licitações</i>	Felipe Ribeiro Lopes
<i>Coordenador de Contratos, Convênios e Orçamento</i>	Raimundo Nonato de Lima Amorim
<i>Coordenador de Gestão de Tecnologia da Informação</i>	Araguacy Moreira Veras Junior
<i>Coordenadora de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde</i>	Helena Paula Guerra dos Santos
<i>Coordenador de Redes de Atenção Primária e Psicossocial</i>	Erlemus Ponte Soares
<i>Coordenadora Geral das Regionais da Saúde</i>	Minuchy Mendes Carneiro Alves
<i>Coordenador da Regional de Saúde I</i>	Francisco Emanuel Uchôa Barros
<i>Coordenadora da Regional de Saúde II</i>	Arethusa Moraes de Gouveia Soares
<i>Coordenador da Regional de Saúde III</i>	Antônio Lucieudo Lourenço da Silva
<i>Coordenador da Regional de Saúde IV</i>	José Alisson Gomes da Costa
<i>Coordenadora da Regional de Saúde V</i>	Shirley Cristianne Ramalho
<i>Coordenadora da Regional de Saúde VI</i>	Nádia Maria de Luna Silva
<i>Coordenador de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Luiz Valdo Pinheiro
<i>Coordenadora dos Contratos de Gestão</i>	Luziete Furtado da Cruz
<i>Coordenador da Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Danilo Lopes Ferreira Lima
<i>Coordenador de Vigilância à Saúde</i>	Josete Malheiro Tavares
<i>Coordenadora da Assistência Farmacêutica</i>	Nívia Tavares Pessoa de Souza
<i>Fundo Municipal de Saúde</i>	Brenda Mendes de Sousa Ricarte
<i>Superintendente do Instituto Dr. José Frota</i>	João Gilberto Gomes Macêdo

COMITÊ ESTRATÉGICO - PORTARIA N° 0856/2025 – SMS
 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

ÓRGÃO/SETOR	REPRESENTANTE
<i>Secretária Municipal da Saúde</i>	Riane Maria Barbosa de Azevedo
<i>Secretária Adjunta da Saúde</i>	Aline Gouveia Martins
<i>Secretária Executiva da Saúde</i>	Rita de Cassia Rodrigues Pereira
<i>Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Pedro Alves de Araújo Filho
<i>Vice-Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	João Batista Gomes Leal
<i>Secretária Geral do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Glecia Bezerra de Sousa
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Karol Marielly Távora Moita
<i>Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial</i>	Erlemus Ponte Soares
<i>Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Luiz Valdo Pinheiro
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Josete Malheiro Tavares
<i>Célula de Vigilância Epidemiológica</i>	Rui de Gouveia Soares Neto
<i>Coordenadoria de Assistência Farmacêutica</i>	Nívia Tavares Pessoa de Souza
<i>Coordenadoria da Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Danilo Lopes Ferreira Lima
<i>Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde</i>	Minuchy Mendes Carneiro Alves
<i>Coordenadoria de Gestão do Controle Interno e Ouvidoria</i>	Maria Clarice Tavares Evangelista
<i>Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde</i>	Helena Paula Guerra dos Santos
<i>Coordenadoria Administrativa</i>	Camille Calheiros Alves Pinto Monteiro
<i>Coordenadoria Financeira</i>	Cícero Vidal Sampaio
<i>Coordenadoria de Contratos, Convênios e Orçamento</i>	Raimundo Nonato de Lima Amorim
<i>Coordenadoria dos Contratos de Gestão</i>	Luziete Furtado da Cruz
<i>Assessoria de Comunicação</i>	Ravenna de Paula Moura Aguiar
<i>Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação</i>	Araguacy Moreira Veras Junior
<i>Coordenadoria Jurídica</i>	Luciana Matos Alves
<i>Coordenadoria de Gestão de Pessoas</i>	Adriano Cândido de Castro
<i>Coordenadoria de Gestão de Compras e Licitações</i>	Felipe Ribeiro Lopes
<i>Fundo Municipal de Saúde</i>	Brenda Mendes de Sousa Ricarte
<i>Rede Girassol</i>	Ana Saskya Vaz de Araújo Renata Mota Rodrigues Bitu Sousa
<i>Instituto Dr. José Frota</i>	João Gilberto Gomes Macêdo

COMISSÃO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

COORDENADORIA/ÓRGÃO	REPRESENTANTE
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Francisco Girccelly Bezerra de Oliveira
	Jociane Pinheiro de Amorim
	Luisa de Marillac Linhares Evangelista
	Pedro Hugo Carvalho
	Zislane Mendonça Viana
<i>Coordenadoria Administrativa</i>	Saulo Herbert Pessoa Prado

COMISSÃO DE ESTRUTURAÇÃO METODOLÓGICA

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

COORDENADORIA/ÓRGÃO	REPRESENTANTE
<i>Coordenadoria Regional de Saúde IV</i>	Ana Caroline Campos Furtado
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Andreia Farias Evangelista
<i>Coordenadoria Regional de Saúde II</i>	Arethusa Moraes de Gouveia Soares
<i>Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Aldivan Dias de Oliveira Júnior
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Bruna de Souza Silva e Silva
<i>Coordenadoria de Assistência Farmacêutica</i>	Catarine Vitor Loureiro
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Cristiana Ferreira da Silva
<i>Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde</i>	Cristiane Mourão Carvalhedo Mesquita
<i>Coordenadoria Regional de Saúde III</i>	Eveline Maria dos Santos Dias
<i>Coordenadoria Regional de Saúde V</i>	Fabiana Mariano Costa
<i>Coordenadoria Regional de Saúde II</i>	João Guilherme e Silva Milhomens
<i>Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Josinete Alves Sampaio
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Karol Marielly Távora Moita
<i>Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Katia de Gois Holanda Saldanha
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Lyvia Patricia Soares Mesquita
<i>Coordenadoria Regional de Saúde VI</i>	Maria Clara Gonçalves
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Maria das Graças Guerra Lessa
<i>Coordenadoria de Assistência Farmacêutica</i>	Nívia Tavares Pessoa de Souza
<i>Coordenadoria Regional de Saúde I</i>	Renata Luzia Cavalcante Costa
<i>Coordenadoria Regional de Saúde V</i>	Ricardo Martins Leitão
<i>Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde</i>	Sabrina de Souza Gurgel Florencio
<i>Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Samya Oliveira de Menezes
<i>Coordenadoria Regional de Saúde VI</i>	Tatiana Mourão Dantas Vieira
<i>Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde</i>	Vérsia Maria Araújo
<i>Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial</i>	Vicente Bezerra de Araújo
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Zislane Mendonça Viana

COMISSÃO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

COORDENADORIA/ÓRGÃO	REPRESENTANTE
<i>Fundo Municipal de Saúde</i>	Alessandra Rodrigues da Silva
<i>Coordenadoria de Contratos, Convênios e Orçamento</i>	Ana Thais da Silva Lira
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Andreia Farias Evangelista
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Antonio Charles Weinstein
<i>Coordenadoria Regional de Saúde III</i>	Antônio Lourenço Lucieudo da Silva
<i>Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial</i>	Ariadna Ribeiro Abreu Almeida Lima
<i>Fundo Municipal de Saúde</i>	Brenda Mendes de Sousa Ricarte
<i>Coordenadoria Financeira</i>	Cícero Vidal Sampaio
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Eline Saraiva Silveira Araujo
<i>Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Elizabeth Oliveira da Costa Lino
<i>Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Emanoella Pessoa Angelim Guimarães
<i>Coordenadoria Regional de Saúde I</i>	Evilene Lima Fernandes
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Geziel dos Santos de Sousa
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Jardlla Ysis Soares Pio
<i>Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	José Maria Ximenes Guimarães
<i>Coordenadoria Regional de Saúde II</i>	Kelly Oliveira Lima Muniz
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Larissa Maria Porto de Castro Dall'Olio
<i>Coordenadoria de Gestão de Pessoas</i>	Lauro Cavalcante Cordeiro
<i>Coordenadoria Financeira</i>	Leticia Ferreira de Albuquerque Medeiros
<i>Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Lilian Fernandes Amarante
<i>Coordenadoria Regional de Saúde II</i>	Maria Rosilânia Magalhães Chaves
<i>Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Michelle Pontes Carneiro
<i>Coordenadoria de Assistência Farmacêutica</i>	Monica Maria Monteiro Mesquita
<i>Coordenadoria de Gestão de Pessoas</i>	Pedro Henrique Goncalves de Almeida e Silva
<i>Coordenadoria de Contratos, Convênios e Orçamento</i>	Raimundo Nonato de Lima Amorim
<i>Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Regina Claudia Neri de Paula
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Rui de Gouveia Soares Neto
<i>Coordenadoria Regional de Saúde IV</i>	Savana Ferreira da Silva
<i>Coordenadoria de Contratos, Convênios e Orçamento</i>	Silvia Amélia Feitosa de Souza
<i>Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Tácito Wálber Gomes Fernandes
<i>Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Wilma Felix Campelo

COMISSÃO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

COORDENADORIA/ÓRGÃO	REPRESENTANTE
<i>Coordenadoria Regional de Saúde I</i>	Elvira de Almeida Machado
<i>Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Fabiola Maria Sabino Meireles
<i>Coordenadoria Geral das Regionais da Saúde</i>	Franciane Cirino de Souza
<i>Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Glécia Bezerra de Souza
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Jessyka Siqueira Paz de Freitas
<i>Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza</i>	Nereide Alves de Lima

COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026-2029

COORDENADORIA/ÓRGÃO	REPRESENTANTE
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Andreia Farias Evangelista
<i>Coordenadoria Geral das Regionais da Saúde</i>	Antônio Alex da Silva Martins
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Antonio Charles Weinstein
<i>Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Brendo Mendes de Sousa Ricarte
<i>Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde</i>	Cinthia Salgado Carmo Gomes Assunção
<i>Coordenadoria Regional de Saúde II</i>	Elisangela Peixoto Mota
<i>Coordenadoria Regional de Saúde VI</i>	Fádua Emanuelle Lopes de Oliveira
<i>Coordenadoria Regional de Saúde IV</i>	José Alisson Gomes da Costa
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Jessyka Siqueira Paz de Freitas
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Karol Marielly Távora Moita
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Jardlla Ysis Soares Pio
<i>Coordenadoria Regional de Saúde II</i>	Joseane Marques Fernandes
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Josete Malheiro Tavares
<i>Coordenadoria Regional de Saúde I</i>	Julieta Narsia Pontes Luciano
<i>Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Lidiane Marha de Souza Oliveira
<i>Coordenadoria Regional de Saúde IV</i>	Marcielly dos Santos Maciel
<i>Coordenadoria de Planejamento e Governança</i>	Maria das Graças Guerra Lessa
<i>Coordenadoria Regional de Saúde III</i>	Maria Luiza Rocha Barreto de Carvalho
<i>Escola de Saúde Pública de Fortaleza</i>	Mario Guilherme Sirzina
<i>Coordenadoria de Assistência Farmacêutica</i>	Monica Helena Santos de Sousa
<i>Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde</i>	Priscilla Dias Leite de Lima
<i>Coordenadoria de Assistência Farmacêutica</i>	Raimundo Jeová Martins Mesquita
<i>Coordenadoria dos Contratos de Gestão</i>	Roberta Falcão Souza
<i>Coordenadoria de Vigilância à Saúde</i>	Rui de Gouveia Soares Neto
<i>Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar</i>	Tácito Wálber Gomes Fernandes

© 2026 Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2026 – 2029: Análise Situacional de Saúde - Volume I.

Permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Elaboração, distribuição e informações:

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

Coordenadoria de Planejamento e Governança (COPLAG/SMS)

Rua Barão do Rio Branco, n.º 910, bairro: Centro

CEP: 60.025-060 - Fortaleza – CE

Tel.: (85) 3452-6991

Site: www.fortaleza.ce.gov.br

E-mail: coplag@sms.fortaleza.ce.gov.br

Supervisão geral:

Riane Maria Barbosa de Azevedo

Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza

Aline Gouveia Martins

Secretária Adjunta da Saúde de Fortaleza

Rita de Cassia Rodrigues Pereira

Secretária Executiva da Saúde de Fortaleza

Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Comitê Estratégico do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2026-2029

Organização:

Coordenadoria de Planejamento e Governança

Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Comissão Administrativo-Financeira

Comissão de Participação Social

Comissão de Estruturação Metodológica

Comissão de Análise de Situação de Saúde

Comissão de Monitoramento e Avaliação

Coordenação:

Comitê Estratégico do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2026-2029

Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Coordenadoria de Planejamento e Governança

Elaboração (autoria):

Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza

Coordenadoria de Planejamento e Governança

Comissão Administrativo-Financeira

Comissão de Participação Social
Comissão de Estruturação Metodológica
Comissão de Análise de Situação de Saúde
Comissão de Monitoramento e Avaliação
Instituto de Pesquisa e Planejamento de Fortaleza (Ipplan Fortaleza)

Revisão geral:

Cristiana Ferreira da Silva
Assistente Técnico Administrativo COPLAG/SMS
Karol Marielly Távora Moita
Coordenadora COPLAG/SMS

Revisão final:

Comitê Estratégico do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2026-2029

Formatação/Diagramação:

Cristiana Ferreira da Silva
Assistente Técnico Administrativo COPLAG/SMS
Pedro Hugo Carvalho
Técnico em Planejamento e Governança COPLAG/SMS

Ficha catalográfica:

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2026 - 2029
[livro eletrônico] : análise situacional de
saúde : volume 1. -- Fortaleza, CE : Secretaria
Municipal de Saúde de Fortaleza, 2026.
PDF

Vários organizadores.
Vários colaboradores.
ISBN 978-85-66187-54-0

1. Gestão pública 2. Indicadores de saúde -
Avaliação - Fortaleza (CE) 3. Municípios -
Administração pública 4. Planejamento
5. Saúde pública 6. Saúde pública - Brasil -
Administração.

26-400631.0

CDD-614.098131

Índices para catálogo sistemático:

1. Plano Municipal de Saúde : Fortaleza : Ceará :
Estado : Saúde pública 614.098131

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - A grande Fortaleza.....	2
Figura 2 - Divisão territorial administrativa.....	3
Figura 3 - Secretarias Executivas Regionais.....	3
Figura 4 - Fortaleza e os 121 bairros	3
Figura 5 – Mapa georreferenciado dos óbitos infantis no município de Fortaleza, 2019 a 2024*.....	5
Figura 6- Mapa de calor dos casos novos de tuberculose, Fortaleza 2013 a 2024.	5
Figura 7 - Mapa de calor dos casos novos de Hanseníase, Fortaleza 2001 a 2024*.....	6
Figura 8 - Violência Interpessoal e Autoprovocada: Distribuição espacial dos casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada, segundo bairro e CORES de residência em Fortaleza, 2010 a 2024.....	8
Figura 9 - Causas Externas de Mortalidade: Óbitos totais e por causas externas violentas em Fortaleza – 2024.....	8
Figura 10 - Organograma SMS.....	11
Figura 11 - Mapa Estratégico SMS.....	11
Figura 12 - Núcleos ESPFOR.....	14
Figura 13 - Fluxo de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em “Meio Aberto” dentro das Redes de Atenção à Saúde de Fortaleza-CE.....	16
Figura 14- Fluxo para atendimento de crianças e adolescentes residentes nos Acolhimentos Institucionais da SDHDS.....	16
Figura 15 - Fluxo CEADH na primeira consulta hipertenso.....	21
Figura 16 – Fluxo CEADH para pacientes diabéticos.....	21
Figura 17 - Fluxo CEADH da consulta ao diabético e hipertenso	21
Figura 18 - Equipes PMC no território de Fortaleza.....	22
Figura 19 – Fluxo de Solicitação de Desospitalização pelo PMC.....	22
Figura 20- Fluxo de contrarreferência do PMC para unidades hospitalares.....	22
Figura 21 - Fluxo de Solicitação de avaliação e elegibilidade da APS e outros.....	22
Figura 22 - Modelo lógico-conceitual da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde	24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção da população de Fortaleza e participação no quantitativo cearense (1880 - 2020)	33
Gráfico 2 - População absoluta de Fortaleza e do Ceará	34
Gráfico 3 - Densidade demográfica de Fortaleza e do Ceará	35
Gráfico 4 - Densidade demográfica das capitais brasileiras - 2022.....	36
Gráfico 5 - Composição da população de Fortaleza – 1970 a 2022	37
Gráfico 6- Produto Interno Bruto (PIB) de Fortaleza – 2002 a 2021 (em R\$ bilhões).....	38
Gráfico 7- Produto Interno Bruto das capitais brasileiras – 2021 (em R\$ bilhões)	39
Gráfico 8- PIB per capita Fortaleza, Ceará e Brasil – 2002 a 2021 (em R\$1,0).....	40
Gráfico 9 - Valor adicionado bruto por atividade – 2010 a 2021 (em %).....	41
Gráfico 10 - Comparativo da Taxa de Crescimento Real do PIB: Brasil, Ceará e Fortaleza (a preços constantes de 2010).....	42
Gráfico 11- Número de estabelecimentos por área em Fortaleza – 2002 a 2024	43
Gráfico 12 - Número de vínculos empregatícios formais em Fortaleza – 2002 a 2024	44
Gráfico 13 - Taxa de Natalidade no município de Fortaleza, 2013-2024*	47
Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade Infantil, Fortaleza, 1981–2024*	48
Gráfico 15 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo o componente, Fortaleza, 2000-2024*	49
Gráfico 16 – Proporção de óbitos infantis analisados segundo evitabilidade. Fortaleza, 2013 – 2024* ..	51
Gráfico 17- Total de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna, Fortaleza 2013 a 2024*	54
Gráfico 18 - Frequência de casos novos e incidência de Tuberculose. Fortaleza, 2010 a 2024	54
Gráfico 19 - Proporção de cura e abandono de casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Fortaleza, 2010 a 2024*	55
Gráfico 20 - Proporção de exames anti-HIV realizados e entre os casos novos de Tuberculose, Fortaleza, 2010 a 2024*	56
Gráfico 21 - Proporção de contatos examinados dos casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial dentre os identificados entre os anos de 2013 e 2024*	57
Gráfico 22- Taxa de mortalidade por Tuberculose por 100 mil hab. Fortaleza, 2010 a 2024.	59

Gráfico 23- Número de casos novos e detecção de Hanseníase, Fortaleza, 2010 a 2024*	60
Gráfico 24 - Proporção de cura e abandono dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Fortaleza, 2010 a 2023*	61
Gráfico 25 - Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de Hanseníase examinados, nos anos das coortes. Fortaleza 2010 a 2024*	62
Gráfico 26- Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo a classificação operacional, Fortaleza, 2010 a 2024*	63
Gráfico 27 - Proporção de casos novos de hanseníase por Unidade Notificadora, Fortaleza 2010 a 2024.	64
Gráfico 28 - Número de casos confirmados e taxa de incidência de Dengue, Fortaleza, 1986 – 2020....	66
Gráfico 29 - Chikungunya: série temporal de casos confirmados por ano/semana epidemiológica do início dos sintomas, Fortaleza, 2014 – 2024.....	68
Gráfico 30 - Zika: número de casos confirmados por ano do início dos sintomas, Fortaleza/CE, 2015-2024	70
Gráfico 31 - Leptospirose em Fortaleza 2021 a 2024: casos, cura e óbito	71
Gráfico 32 - Leptospirose em Fortaleza 2014 a 2024 Óbitos x Taxa de Letalidade	72
Gráfico 33 – Leishmaniose: Óbitos, Casos Confirmados e Letalidade	73
Gráfico 34 - Casos de DM por ano da notificação segundo a classificação, Fortaleza 2010 a 2025.	75
Gráfico 35 - Número absoluto e taxa incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de mães residentes em Fortaleza, segundo ano de diagnóstico, 2010-2024*	76
Gráfico 36 - Número Absoluto e Taxa Detecção de sífilis em gestante, residentes em Fortaleza, CE, segundo ano de diagnóstico, 2010-2024*	77
Gráfico 37 - Número absoluto de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, residentes em Fortaleza, CE, segundo ano de diagnóstico, 2010-2024*	78
Gráfico 38 – Distribuição dos casos notificados de SRAG, segundo ano e semana epidemiológica, Fortaleza, 2020 a 2024*	79
Gráfico 39 - Distribuição dos casos notificados de SRAG segundo faixa etária, Fortaleza, 2020 a 2024*	80
Gráfico 40 - DCNT: Mortalidade precoce (30 a 69 anos) por DCNT. Fortaleza, 2010 a 2024.....	82
Gráfico 41- DCNT: Mortalidade precoce (30 a 69 anos, segundo componentes) por DCNT. Fortaleza, 2010 a 2024.....	83

Gráfico 42 - Violência Interpessoal e Autoprovocada: evolução da notificação. Fortaleza, 2010 a 2024	84
Gráfico 43- Violência Interpessoal e Autoprovocada: Distribuição percentual das notificações por unidade notificante. Fortaleza, 2010 a 2024.	85
Gráfico 44 - Violência Interpessoal e Autoprovocada: Distribuição percentual das notificações segundo tipologia das violências. Fortaleza, 2010 a 2024.	86
Gráfico 45 - Causas Externas de Mortalidade: Proporção de óbitos por causas externas dentre os óbitos totais. Fortaleza, 2010 a 2024.....	88
Gráfico 46 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por causas externas (violentas) em Fortaleza, no período de 2010 a 2024.....	89
Gráfico 47 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por grupo de causas externas (violentas). Fortaleza, no período de 2010 a 2024.....	90
Gráfico 48 - Causas Externas de Mortalidade: Variação percentual da taxa de mortalidade por causas externas (violentas), segundo causa específica. Fortaleza, 2010 a 2024.....	90
Gráfico 49 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por homicídio na população geral e em adolescentes. Fortaleza, 2010 a 2024.....	91
Gráfico 50 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por acidentes de trânsito na população geral. Fortaleza, 2010 a 2024.....	92
Gráfico 51 - Mortalidade por suicídio na população geral. Fortaleza, 2010 a 2024.....	94
Gráfico 52 - Índice de Gini.....	98
Gráfico 53 - Índice de Palma	99
Gráfico 54 - Distribuição do total de rendimentos por grupos	100
Gráfico 55 - População com rendimento domiciliar per capita inferior a US\$6,85 PPC 2017 (R\$ 672 mensal)	101
Gráfico 56 - Taxa de desocupação	102
Gráfico 57 - Jovens que não trabalham nem estudam e vulneráveis.....	103
Gráfico 58 - Taxa de analfabetismo em Fortaleza.....	104
Gráfico 59 - Estabelecimentos com ensino fundamental – Rede municipal e total de todas as redes de ensino.....	105
Gráfico 60 - Taxa de distorção série-idade - Rede municipal (%)	106
Gráfico 61- IDEB - Meta e nota observada da rede municipal – Anos iniciais	107

Gráfico 62- IDEB - Meta e nota observada da rede municipal – Anos finais.....	107
Gráfico 63 - Assuntos mais frequentes na Ouvidoria SMS Central, 2025.....	122
Gráfico 64 - Percentual de cobertura vacinal entre crianças menores de 1 ano. Fortaleza, 2022 a 2025*	164
Gráfico 65- Percentual de cobertura vacinal em crianças de 1 ano. Fortaleza, 2022 a 2025*	165
Gráfico 66 - Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal 2021-2024.....	174
Gráfico 67 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos, Fortaleza, 2021 a 2024.....	175
Gráfico 68 - Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, Fortaleza 2021 a 2024.....	176
Gráfico 69 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, Fortaleza, 2021 a 2024.....	177
Gráfico 70- Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, no município de Fortaleza entre 2022 e 2025.....	181
Gráfico 71 - Atendimentos realizados pelas UPA 24h municipais, 2021 a 2024	217
Gráfico 72- Atendimentos de urgência e emergência realizados, 2021 a 2024.....	218
Gráfico 73 - Procedimentos cirúrgicos realizados, 2021 a 2024	218
Gráfico 74- Atendimentos de urgência e emergência e de partos realizados da Linha do Cuidado Materno-Infantil, 2021 a 2024.....	219
Gráfico 75 - Linha do cuidado Materno-Infantil – partos realizados, 2021 a 2024	219
Gráfico 76 - Produção Assistencial - Hospital da Criança de Fortaleza.....	219
Gráfico 77 - Produção Assistencial – Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann	220
Gráfico 78 - Pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa entre 2020-2025.....	223
Gráfico 79 - Doenças prevalentes nos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa 2020-2025	223
Gráfico 80 – Origem das solicitações de avaliação e elegibilidade.....	227
Gráfico 81 - Positividade Canina, 2013 a 2025, Fortaleza-CE.....	241

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Área e Índice de Desenvolvimento Municipal dos municípios da grande Fortaleza	29
Tabela 2 - Número de vínculos empregatícios formais em Fortaleza – 2002 a 2024.....	45
Tabela 3 - Leptospirose – Óbitos e Taxa de Letalidade (%) – Fortaleza (2014–2024).....	72
Tabela 4 - Leishmaniose: óbitos, casos confirmados e letalidade.....	74
Tabela 5- Classificação epidemiológica de risco por taxa de suicídio	93
Tabela 6 - Hábitos e Estilo de Vida, fatores de risco para DCNT em adultos (acima de 18 anos). Fortaleza, 2006 a 2023.	95
Tabela 7 - continuação: Hábitos e Estilo de Vida: Fatores de risco para DCNT em adultos (acima de 18 anos). Fortaleza, 2006 a 2023.....	96
Tabela 8 - Receitas de Transferência em Saúde.....	125
Tabela 9 - Percentual de Receita Própria Aplicada (ASPS).....	126
Tabela 10- Execução Orçamentária por Grupo de Despesa.....	126
Tabela 11- Demonstrativo por Subfunção - Despesas Liquidadas	127
Tabela 12- Demonstrativo por Unidade Orçamentária.....	128
Tabela 13- Financiamento por Fonte.....	129
Tabela 14 – Financiamento Federal por Grupo	129
Tabela 15- Financiamento Estadual	130
Tabela 16 - Financiamento Municipal	131
Tabela 17 - Despesa mensal consolidada por tipo de despesa detalhada por fontes de custeio Federal, Estadual e Municipal	131
Tabela 18 – Consolidação da Despesa Total por Tipo de Despesa e grupo de Financiamento.....	132
Tabela 19 - Força de trabalho geral da SMS de Fortaleza por categoria.....	135
Tabela 20 - Despesa com Pessoal na SMS de Fortaleza, no período de 2024 a 2025	136
Tabela 21 - Força de trabalho distribuída por categorias e por CORES, vinculada à Atenção Primária, incluindo carências.....	136
Tabela 22 (continua) - Força de trabalho distribuída por categorias e por CORES, vinculada à Atenção Primária, incluindo carências.....	137

Tabela 23 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área Pré-Hospitalar.....	138
Tabela 24 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área Hospitalar.....	138
Tabela 25 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área da Saúde Mental.....	139
Tabela 26- Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área Especializada.....	139
Tabela 27 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área da Vigilância.	140
Tabela 28 - Percentual de cobertura* da Estratégia Saúde da Família por CORES. Fortaleza, 2018 a 2025.....	157
Tabela 29 - Número de médicos da Estratégia Saúde da Família por vínculo empregatício e por CORES. Fortaleza, 2025.....	157
Tabela 30 - Percentual de acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família. Fortaleza, 2022 a 2025.....	163
Tabela 31 - Percentual de adolescentes envolvidos em ações de promoção à saúde. Fortaleza, 2022 a 2024.....	167
Tabela 32 - Acompanhamento do Programa Saúde na Escola por Adesão. Fortaleza, 2021/2022, 2023/2024 e 2025/2026.....	169
Tabela 33 - Distribuição do número de escolas, alunos e Unidades de Atenção Primária à Saúde pactuadas no Programa Saúde Escola em Fortaleza segundo a CORES e Rede de Ensino Municipal. Fortaleza, 2025.....	170
Tabela 34 - Distribuição do número de escolas, alunos e Unidades de Atenção Primária à Saúde pactuadas no Programa Saúde Escola em Fortaleza segundo a CORES e Rede de Ensino Estadual. Fortaleza, 2025.....	170
Tabela 35 - Quantitativo de atividades por tema prioritário do Programa Saúde na Escola, janeiro a setembro de 2025. Fortaleza, 2025	172
Tabela 36 - Número de casos de aids em menores de 5 anos de idade por ano. Fortaleza, 2022 a 2025*	182
Tabela 37 - Percentual de UAPS com oferta de testagem rápida para HIV/sífilis/Hepatites B e C. Fortaleza, 2022 a 2025*	183
Tabela 38 - Percentual de UAPS com manejo clínico para HIV/Aids. Fortaleza, 2021 a 2024	183
Tabela 39 - Atendimentos realizados pelo SAMU Fortaleza, 2021 a 2024.....	216
Tabela 40 - Composição das EMAP do PMC Fortaleza.....	222
Tabela 41 - Demonstrativo do quantitativo de colaboradores segundo as Células da Coordenadoria de Vigilância em Saúde.....	231

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instituições de Longa Permanência para Idosos e vinculação às Unidades de Atenção Primária à Saúde por território adscrito. Fortaleza, 2025.....	179
Quadro 2 - Percentual da meta e do resultado alcançado referente às ações de Matriciamento sistemático realizado por CAPS. Fortaleza, 2022 a 2025	197
Quadro 3 - Estruturas e funções da Rede de Atenção à Saúde Bucal de Fortaleza, 2025.....	208

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGEFIS	Agência de Fiscalização de Fortaleza
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Tratamento Restaurador Atraumático
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CDERM	Centro de Referência em Dermatologia Sanitária Dona Libânia
CEADH	Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEAP	Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa CEAP
CECO	Centro de Convivência
CEGEAD	Célula de Gestão de Apoio Diagnóstico Laboratorial
CEINFA	Célula de Sistemas de Informações e Análises em Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Célula de Referência em Saúde do Trabalhador
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CEVAM	Célula de Vigilância Ambiental e de Riscos Biológicos
CEVEPI	Célula de Vigilância Epidemiológica
CEVISA	Célula de Vigilância Sanitária
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CGDMAT	Comitê Intersectorial de Gestão de Dados de Mortalidade em Acidente de Trânsito
CGM	Controladoria e Ouvidoria Geral do Município
CHIKV	Vírus da Chikungunya
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIEE	Centro Integrado Empresa-Escola
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
CLS	Conselho Local de Saúde
CMSF	Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
CnR	Consultório na Rua
COAD	Coordenadoria Administrativa
COAF	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COCONT	Coordenadoria de Contratos, Convênios e Orçamentos



COFIN	Coordenadoria Financeira
COGEC	Coordenadoria de Gestão de Compras e Licitações
COGEP	Coordenadoria de Gestão de Pessoas
COGERS	Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde
COGES	Coordenadoria dos Contratos de Gestão
COGETI	Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação
COJUR	Coordenadoria Jurídica
CONTI	Coordenadoria de Gestão do Controle Interno e Ouvidoria
COPLAG	Coordenadoria de Planejamento e Governança
CORAC	Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde
CORAPP	Coordenadoria das Redes de Atenção Primária e Psicossocial
COREME	Comissão de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
COREPH	Coordenadoria de Redes Pré-hospitalar e Hospitalar
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
COVIS	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CRS	Conselho Regional de Saúde
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
DAE	Doenças, Agravos e Eventos
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DART	Doenças e agravos relacionados ao trabalho
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DENV	Vírus da Dengue
DM	Doença Meningocócica
DOM	Diário Oficial do Município
DTE	Distrito Técnico de Endemia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDLS	Estação Disseminadora de Larvicida Sustentável
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
eMulti	Equipe Multiprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFOR	Escola de Saúde Pública de Fortaleza
FAGIFOR	Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GTA	Gratificação por Titulação Acadêmica



GTIM	Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal de Fortaleza
HCF	Hospital da Criança de Fortaleza
HCF	Hospital da Criança de Fortaleza HCF
HDEAM	Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura
HDEBO	Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
HDGMBC	Hospital Distrital Gonzaga Mota Barra do Ceará
HDGMJW	Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana
HDMJBO	Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
HDNSC	Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HGWA	Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HMDZAN	Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
HPV	Papilomavírus Humano
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDM	Índice de Desenvolvimento Municipal
IES	Instituições de Ensino Superior
IJF	Instituto Dr. José Frota
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMPARH	Instituto Municipal de Desenvolvimento de Recursos Humanos
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não binários
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices para <i>Aedes aegypti</i>
LOA	Lei Orçamentária Anual
LPD	Laboratório de Prótese Dentária
MB	Multibacilar
MCC	Meningococemia
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEV	Monitoramento das Estratégias de Vacinação
MFF	Médico Família Fortaleza
MM	Meningite Meningocócica
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MSM	Movimento de Saúde Mental
NEADI	Núcleo de Educação à Distância
NEP SAMUFOR	Núcleo de Educação Permanente do SAMU Fortaleza
NEPRO	Núcleo de Educação Profissional em Saúde
NESMS	Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social
NIEDS	Núcleo de Integração da Educação na Saúde



NUCEN	Núcleo de Controle de Endemias
NUDED	Núcleo de Desenvolvimento Educacional em Saúde
NUEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NUHEPS	Núcleo Hospitalar de Educação Permanente
NUPEX	Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde
NUPOG	Núcleo de Pós-Graduação <i>lato sensu</i> em Saúde
NUREPS	Núcleo Regional de Educação Permanente
NURES	Núcleo de Residências em Saúde
NV	Nascidos Vivos
OCI	Oferta de Cuidados Integrados
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Organização Social de Saúde
PAACI	Plano Anual de Atividades de Controle Interno
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAGES	Painel de Gestão em Saúde
PAINT SET	Plano de Auditoria Interna Setorial
PAS	Programação Anual de Saúde
PB	Paucibacilar
PBF	Programa Bolsa Família
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PFVF	Programa Farmácia Viva de Fortaleza
PGD	Plataforma de Gestão de Demandas
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMC	Programa Melhor em Casa
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PMPB	Programa Mais Médicos pelo Brasil
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulher
PNE	Pessoa com Necessidade Especial
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPA	Plano Plurianual



PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPP	Plano de Providências Permanentes
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Plano Terapêutico Singular
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RASDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RECONT	Rede do Controle Interno e Ouvidoria
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RES	Registro Eletrônico em Saúde
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
RPCC	Rede de Prevenção e Controle do Câncer
RPM	Rede de Planejamento e Gestão Orçamentária Municipal
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SDHDS	Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social
SECOF	Sistema Eletrônico de Controle de Frequência
SEDUC	Secretaria da Educação do Ceará
SEFIN	Secretaria de Finanças
SEPOG	Secretaria de Planejamento Orçamento e Gestão
SESMT	Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho
SIBS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIMDA	Sistema de Monitoramento Diário de Agravos
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos



SISCOM	Sistema Corporativo de Ouvidoria Municipal
SISREG	Sistema de Regulação
SIV	Suporte Intermediário de Vida
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SOCEP	Sociedade Cearense de Pediatria
SOPAI	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza
SPDM	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SPU	Sistema de Protocolo Único
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento com Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TI	Tecnologia da Informação
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TV	Transmissão Vertical
UA	Unidade de Acolhimento
UAPI	Unidade Amiga da Primeira Infância
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBV	Ultra Baixo Volume
UCINCa	Unidade Canguru
UCINCo	Unidades de Cuidado Convencional
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
Unichristus	Universidade Christus
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UPA 24h	Unidade de Pronto Atendimento 24h
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
UVZ	Unidade de Vigilância de Zoonoses
VAB	Valor Adicional Bruto
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VIVA	Vigilância de Acidentes e Violências
ZIKV	Zika Vírus



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
<i>PARTE I:</i>	27
<i>ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA,</i>	27
<i>CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE FORTALEZA</i>	27
1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	28
1.1 Fortaleza no contexto territorial.....	28
1.2 Características demográficas da população	32
1.3 Estrutura econômica e mercado de trabalho.....	37
2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE FORTALEZA.....	46
2.1 Natalidade.....	46
2.2 Mortalidade fetal e infantil	47
2.3 Mortalidade materna	52
2.4 Tuberculose	54
2.5 Hanseníase	59
2.6 Arboviroses.....	65
2.7 Leptospirose.....	70
2.8 Leishmaniose.....	73
2.9 Meningites	74
2.10 Sífilis.....	75
2.11 Doenças e Agravos Não Transmissíveis	80
2.12 Desigualdades que impactam a Saúde	98
<i>PARTE II:</i>	109
3 GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA	110
3.1 Organograma.....	110
3.2 Mapa Estratégico	113
3.3 Planejamento e Governança.....	114
3.4 Controle Interno.....	116
3.5 Financiamento	124
3.6 Gestão de Pessoas.....	134
3.7 Tecnologia da Informação.....	140
4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	142
4.1 Escola de Saúde Pública do Município de Fortaleza Dr. Juraci Vieira de Magalhães.....	142
5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	149
5.1 Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza	150
5.2 Funcionamento da Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza.....	151

5.3 Principais ações do CMSF no último quadriênio	152
<i>PARTE III:</i>	154
<i>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,</i>	154
<i>REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA,</i>	154
<i>VIGILÂNCIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA,</i>	154
<i>SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS</i>	154
6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	155
6.1 Cobertura da Estratégia Saúde da Família	156
6.2 Saúde Bucal	157
6.3 Programa Bolsa Família	162
6.4 Imunização	163
6.5 Saúde do Adolescente	165
6.6 Saúde da Mulher	172
6.7 Saúde da Pessoa Idosa	178
6.8 IST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose	180
7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA	184
7.1 A Rede Alyne	185
7.2 Rede de Atenção Psicossocial	187
7.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal	204
7.4 A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência	208
7.5 A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	209
7.6 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências	214
7.7 A Rede de Prevenção e Controle do Câncer	227
8 VIGILÂNCIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA	229
8.1 Estruturação da COVIS	229
8.2 Vigilância Sanitária	233
8.3 Vigilância da Saúde do Trabalhador	234
8.4 Vigilância Ambiental	238
vi) Aquisição e manutenção dos equipamentos laboratoriais (ex.: leitora de microplacas, lavadora de microplacas, dentre outros)	243
9 SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS	243
9.1 Sistemas de Apoio	243
.....	246
Fonte: Organização dos serviços de Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (adaptada de Brasil, 2014).	246
9.2 Sistemas Logísticos	253
REFERÊNCIAS CONSULTADAS	259

APRESENTAÇÃO

O planejamento em saúde é primordial para alcançar êxito na aplicação dos recursos financeiros destinados ao setor saúde, bem como para o alcance de parâmetros satisfatórios nos principais indicadores de saúde que refletem a qualidade de vida de uma população.

Aliado a esses propósitos, o planejamento em saúde no âmbito dos serviços públicos de saúde está garantido em legislação nacional. A Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), Lei n.º 8.142/1990 e o Decreto n.º 7.508/2011 determinam que os municípios devem elaborar o Plano Municipal de Saúde como instrumento essencial para a organização e funcionamento dos serviços de saúde locais. É, portanto, condição prévia na busca pela garantia do pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Convictos destes propósitos, a Gestão Municipal de Fortaleza articulou, planejou e executou, em parceria com o Controle Social e representantes da sociedade civil, a construção do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza para o quadriênio 2026 – 2029. Os caminhos necessários à consecução deste objetivo foram trilhados utilizando-se o referencial teórico e metodológico proposto pelo Ministério da Saúde em publicação atualizada intitulada: *Projeto de fortalecimento da gestão municipal em saúde no estado de Santa Catarina: manual para elaboração dos Planos Municipais de Saúde 2026-2029*.

As recomendações ministeriais apontavam para a necessidade de elaboração da Análise Situacional de Saúde, buscando descrever os determinantes sociais de saúde, os 11 indicadores de saúde e os serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza.

Portanto, apresenta-se a Análise Situacional de Saúde do município de Fortaleza que subsidiou a elaboração do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza de Fortaleza 2026-2029. As seções desta publicação subdividem-se em três partes: i) Parte I que trata sobre a *Análise Situacional do município de Fortaleza e as Condições de Saúde da População* realçando as características demográficas, sanitárias, epidemiológicas, econômicas e do mercado de trabalho; ii) Parte II que verte sobre a *Gestão Municipal da Saúde, Educação Permanente em Saúde e Participação e Controle Social*, destacando o Mapa Estratégico, o Organograma, os principais aspectos sobre o Financiamento da Saúde, o Controle Interno e o Planejamento e Governança e a Tecnologia da Informação, destaca ainda a estruturação da Escola de Saúde Pública do município de Fortaleza, destacando sua relevância para o desenvolvimento de

práticas de cuidado em saúde, bem como descreve sobre a Rede de Conselhos de Saúde do município de Fortaleza, seu funcionamento e principais ações desenvolvidas; Parte III que aborda sobre as *Redes de Atenção à Saúde*, destacando *os Sistemas Logísticos e de Apoio, a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância à Saúde*, enfatizando sobre os processos de trabalho das Áreas Técnicas e Coordenadorias envolvidas que buscam fortalecer e implementar ações estratégicas em prol do alcance dos indicadores de saúde pactuados no Plano Municipal de Saúde de Fortaleza.

Em minhas palavras finais manifesto os meus sinceros agradecimentos às pessoas envolvidas no processo de construção do Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, aos que contribuíram tecnicamente para as análises minuciosamente discutidas nesta publicação e em especial, ao Instituto de Pesquisa e Planejamento de Fortaleza que prontamente contribuiu para a elaboração deste produto.

Aos leitores interessados pela política pública de saúde do município de Fortaleza, esta publicação pode contribuir para a compreensão de contextos necessária ao estabelecimento de prioridades sanitárias, visando o bem-estar da população do nosso Município.

Riane Maria Barbosa de Azevedo
Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza

PARTE I:
ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA,
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE FORTALEZA

1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

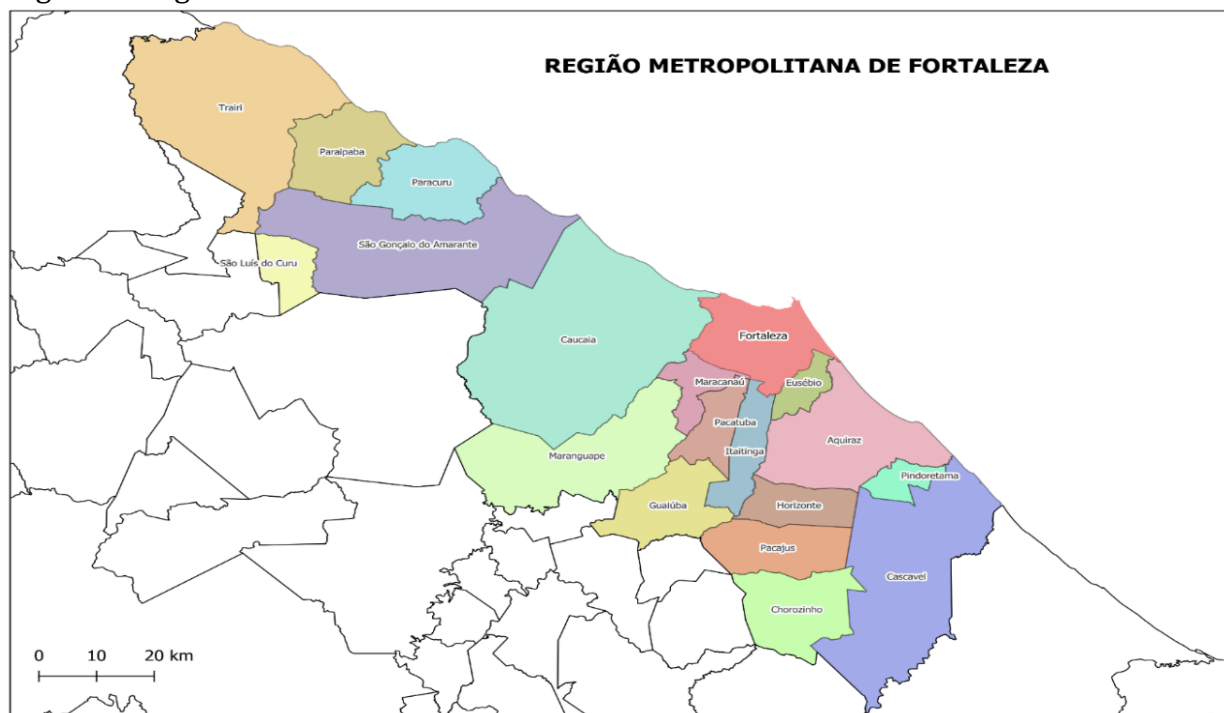
1.1 Fortaleza no contexto territorial

Fortaleza é a capital do Estado do Ceará e ocupa uma posição estratégica no território brasileiro, localizada no litoral nordeste do país, às margens do Oceano Atlântico. Seu contexto territorial é marcado pela forte relação entre o espaço urbano, a faixa costeira e o interior do estado, funcionando como principal polo de articulação econômica, administrativa e logística do Ceará.

Do ponto de vista geográfico, Fortaleza integra a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), que concentra uma das maiores densidades populacionais do Nordeste. Essa configuração territorial favorece a conurbação com municípios vizinhos, ampliando fluxos de pessoas, serviços e mercadorias, e reforçando seu papel como centro de comando regional.

A RMF, também conhecida como a Grande Fortaleza, é constituída de 19 municípios: Aquiraz, Caucaia, Cascavel, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Paracuru, Paraipaba, Pindoretama, São Luís do Curú, São Gonçalo do Amarante e Trairi. Dentre eles, seis fazem fronteira com a capital cearense (Figura 1).

Figura 1 - A grande Fortaleza



Elaboração: Ipplan.

Apesar da proximidade territorial, é possível observar que os municípios pertencentes à Grande Fortaleza apresentam discrepância em relação a vários indicadores (Tabela 1), dentre eles, o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM), calculado considerando as dimensões sociais, ambientais, econômicas e governança, evidenciando as desigualdades, por exemplo, entre municípios como o Eusébio e São Luís do Curu, classificados, respectivamente, na 2ª e 163ª posição estadual.

Tabela 1 - Área e Índice de Desenvolvimento Municipal dos municípios da grande Fortaleza

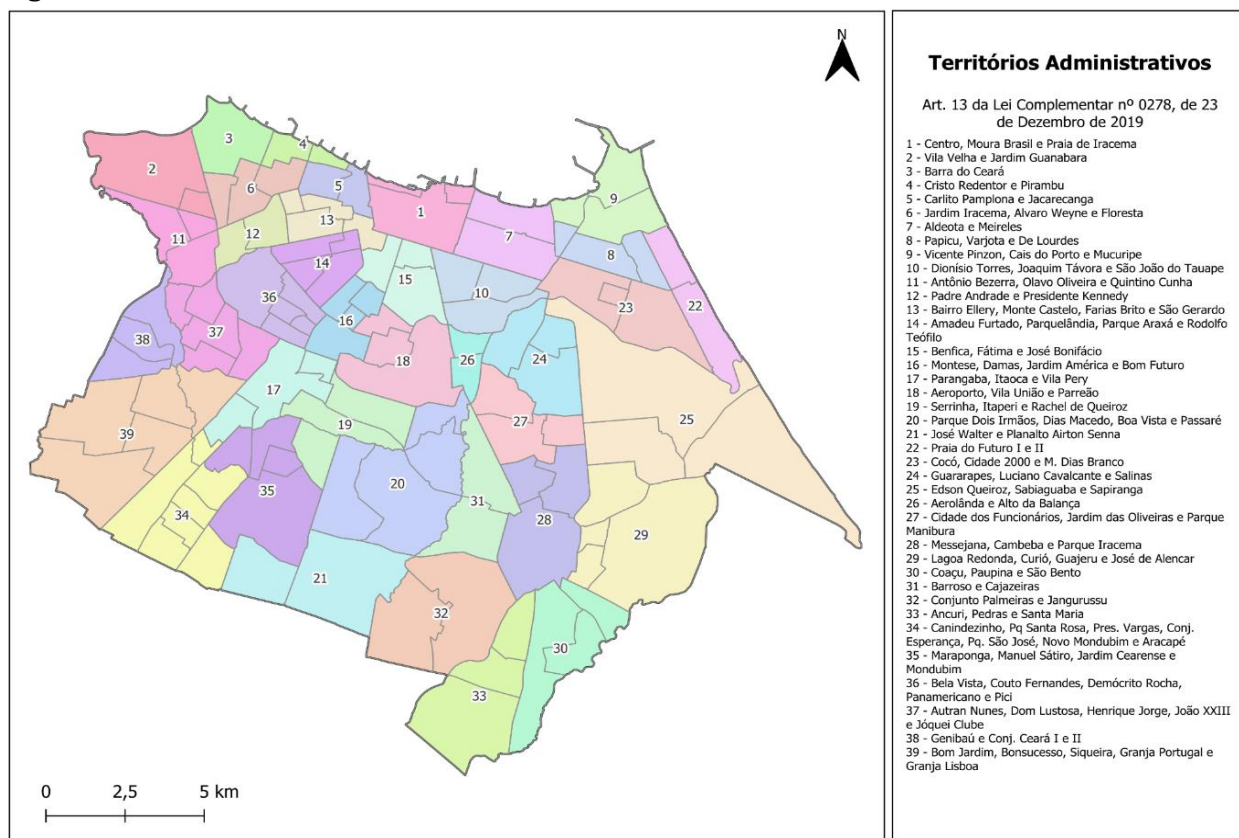
Município	Área (km²) 2022	IDM 2022/Classificação estadual
Aquiraz	480,24	0,5888 / 70º
Caucaia	1223,2	0,6611 / 13º
Cascavel	838,1	0,6087 / 53º
Chorozinho	296,44	0,6153 / 45º
Eusébio	78,82	0,7463 / 2º
Fortaleza	313,14	0,6733 / 8º
Guaiúba	256,05	0,5461 / 118º
Horizonte	160,56	0,6784 / 7º
Itaitinga	153,69	0,6424 / 23º
Maracanaú	105,07	0,6444 / 22º
Maranguape	583,51	0,5576 / 104º
Pacajus	250,3	0,6242 / 37º
Pacatuba	133,23	0,5520 / 11
Paracuru	304,73	0,5713 / 91º
Paraipaba	289,23	0,5393 / 125º
Pindoretama	74,03	0,5377 / 127º
São Luís do Curu	122,86	0,5018 / 163º
São Gonçalo do Amarante	842,68	0,5774 / 86º
Trairi	928,72	0,5120 / 153º

Fonte: Ipece, 2022. Elaboração: Ipplan.

1.1.1 Divisão administrativa: territórios, regionais e bairros

Fortaleza é dividida em 39 territórios administrativos (Figura 2). A orientação da gestão municipal é, além de descentralizar, facilitar o planejamento e otimizar a execução das políticas públicas por meio da territorialização e do entendimento das diferenças entre os territórios. Esses territórios administrativos buscam agrupar bairros considerando características semelhantes, seja por suas demandas ou por sua localização.

Figura 2 - Divisão territorial administrativa

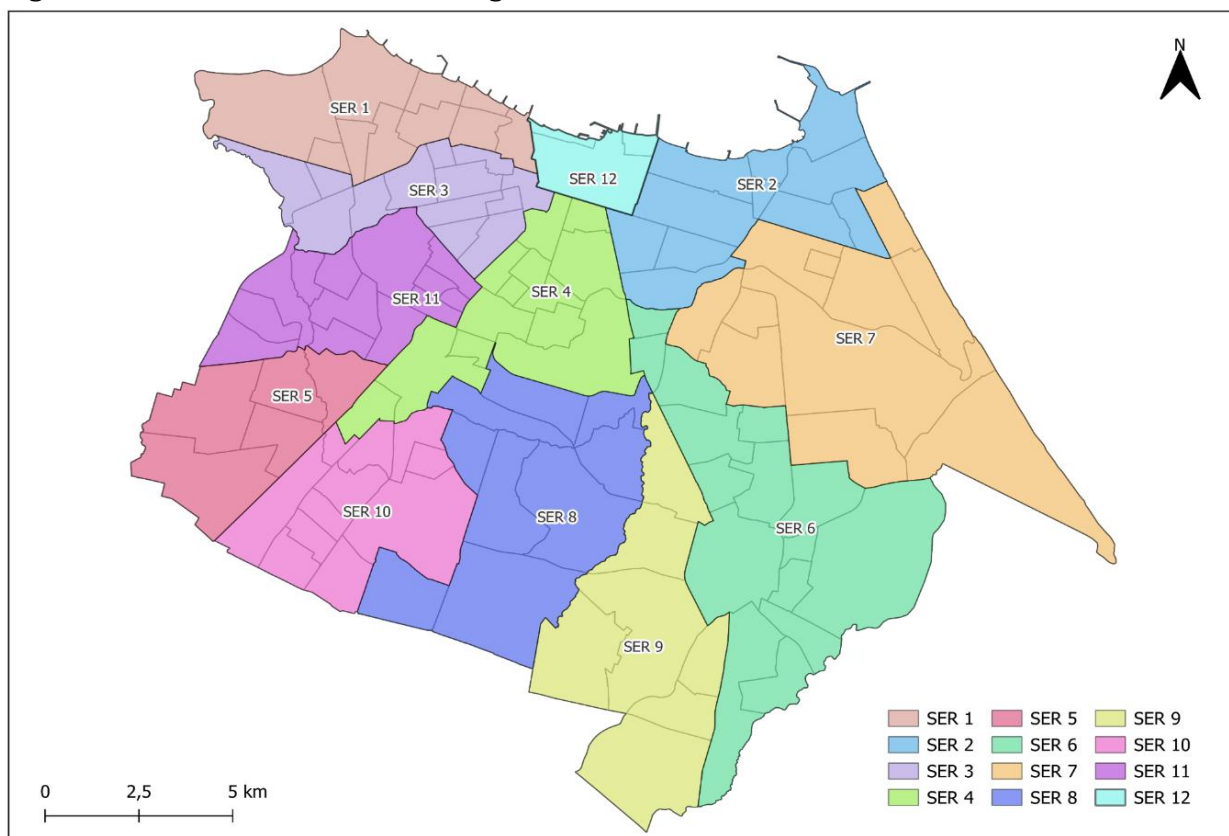


Elaboração: Ipplan.

A cidade é dividida em 12 Secretarias Executivas Regionais (Figura 3), reforçando a ideia de gestão descentralizada, com foco na agilidade no atendimento das demandas da população, respeitando as peculiaridades dos bairros e suas especificidades, que foram definidas à medida que o território foi sendo ocupado. Dessa forma, é possível um direcionamento efetivo das políticas públicas, entendendo as dualidades territoriais existentes, que vão desde serviços de infraestrutura e manutenção urbana até ações sociais e culturais.

A nova regionalização foi criada por Lei Complementar n.º 278, de 23 de dezembro de 2019. O Decreto n.º 14.590, de 6 de fevereiro de 2020, evidenciou a renomeação das 12 Secretarias Regionais e 39 territórios administrativos. Apesar disso, o Sistema de Saúde de Fortaleza permanece organizado em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), mantendo a divisão anterior dos bairros em seis Regionais de Saúde.

Figura 3 - Secretarias Executivas Regionais



Elaboração: Ipplan

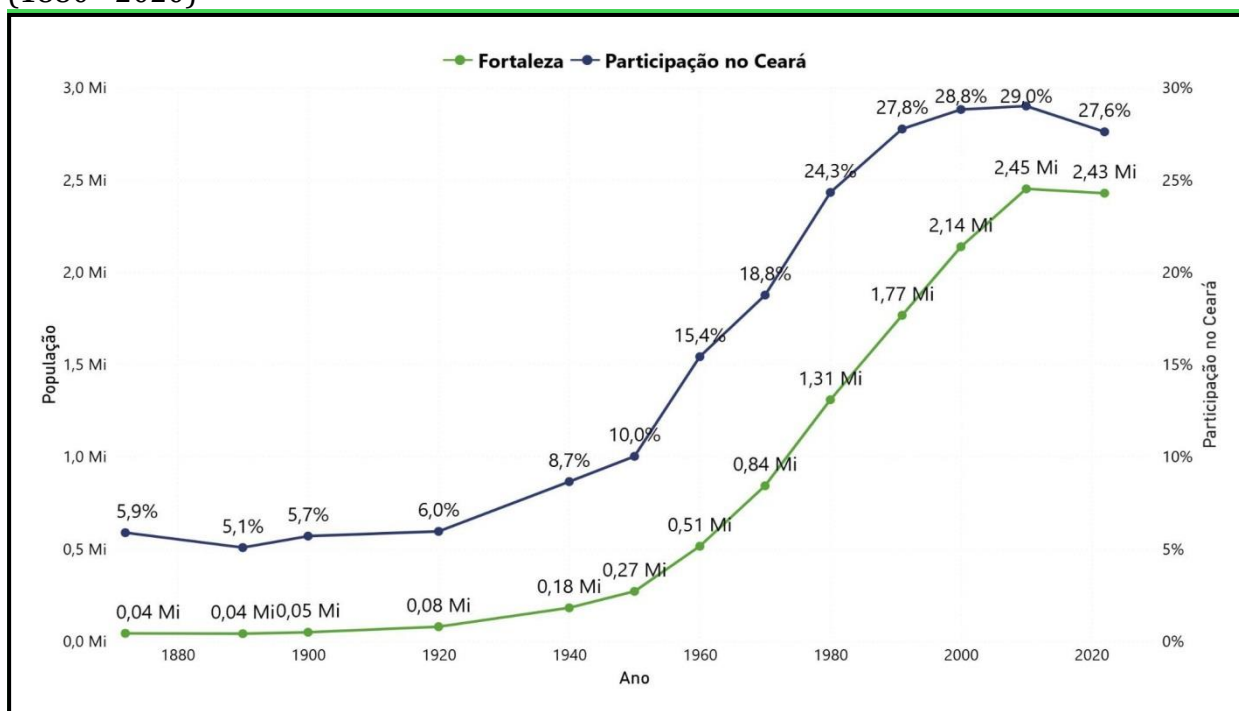
Além disso, Fortaleza é constituída por 121 bairros (Figura 4), que formam a base territorial para o exercício da gestão pública e para uma melhor orientação do planejamento urbano municipal, reconhecendo a singularidade dos espaços — social, econômica, cultural e ambientalmente — de modo a direcionar e priorizar as ações da gestão, aproximando os gestores da população.

A concepção das divisões administrativas e executivas tem como princípio atender às demandas territoriais com maior eficiência, compreendendo as vocações culturais, tradicionais e históricas dos bairros. Além disso, considera as vulnerabilidades sociais espaciais e as regiões com risco ambiental para direcionar políticas públicas mais eficazes.

1.2 Características demográficas da população

Os dados do último Censo (2022) evidenciaram uma nova tendência, entre 2021 e 2022 houve uma redução da população (23.477 habitantes), contrariando os prognósticos anteriormente calculados. Apesar disso, a capital cearense permanece a mais populosa do estado, com 2,43 milhões de habitantes. Contudo, houve uma redução na representatividade fortalezense, com perda de 1,4 ponto percentual, considerando o agregado populacional cearense.

Gráfico 1 - Proporção da população de Fortaleza e participação no quantitativo cearense (1880 - 2020)

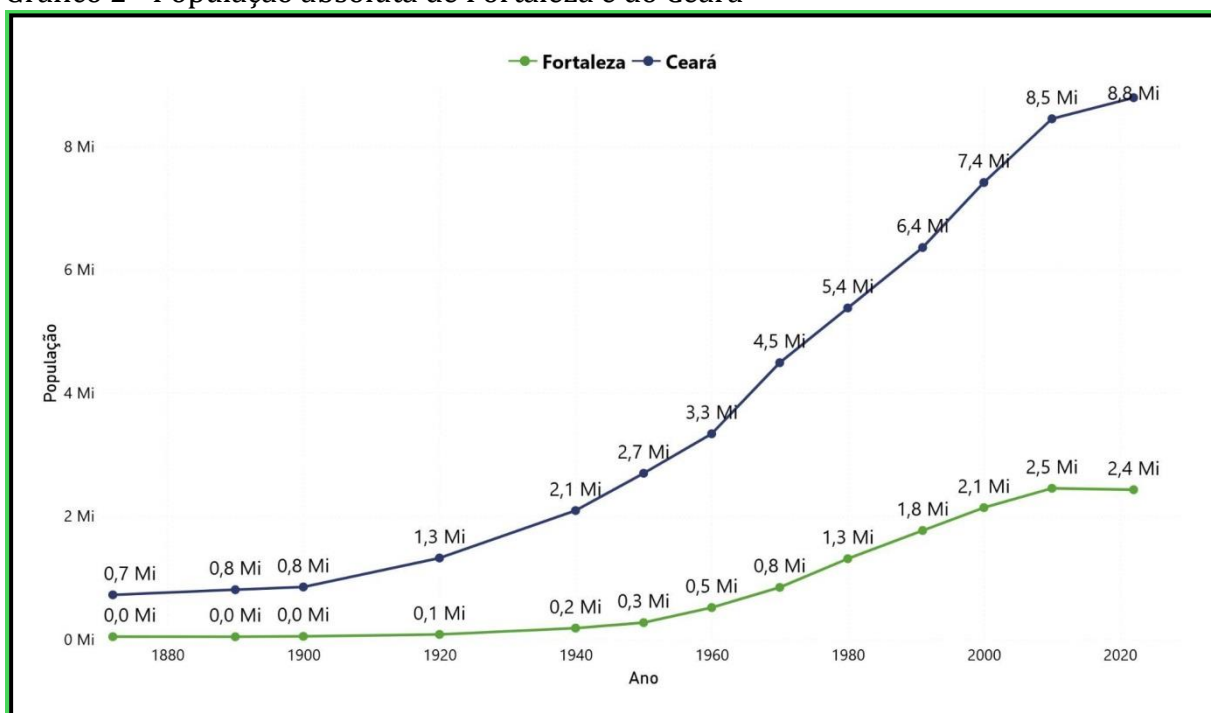


Fonte: IBGE - Censos Demográficos. Elaboração: Ipplan.

A partir da primeira metade do século XX, Fortaleza passou a registrar crescimento expressivo, acompanhando a tendência de crescimento da demografia do estado. Entre 1940 e 1980, a capital cearense evidenciou uma propensão de forte aceleração, passando de 200 mil para 1,3 milhão de habitantes, isso pode ter ocorrido devido aos processos de urbanização e migração interna. Já o Ceará, nesse mesmo período, passou de 2,1 milhões para 5,4 milhões, refletindo crescimento tanto nas áreas urbanas quanto rurais. Na virada para o século XXI, Fortaleza ultrapassou 2 milhões de moradores, enquanto o estado chegou a 7,4 milhões.

Na década mais recente (2010-2022), nota-se certa redução populacional da capital, que passou de 2,5 para 2,4 milhões, sugerindo possível tendência na migração da população para as regiões adjacentes ao território da cidade. Em contrapartida, o Ceará continuou crescendo, alcançando 8,8 milhões de habitantes, apontando para uma redistribuição recente do crescimento demográfico para outras regiões do estado.

Gráfico 2 - População absoluta de Fortaleza e do Ceará

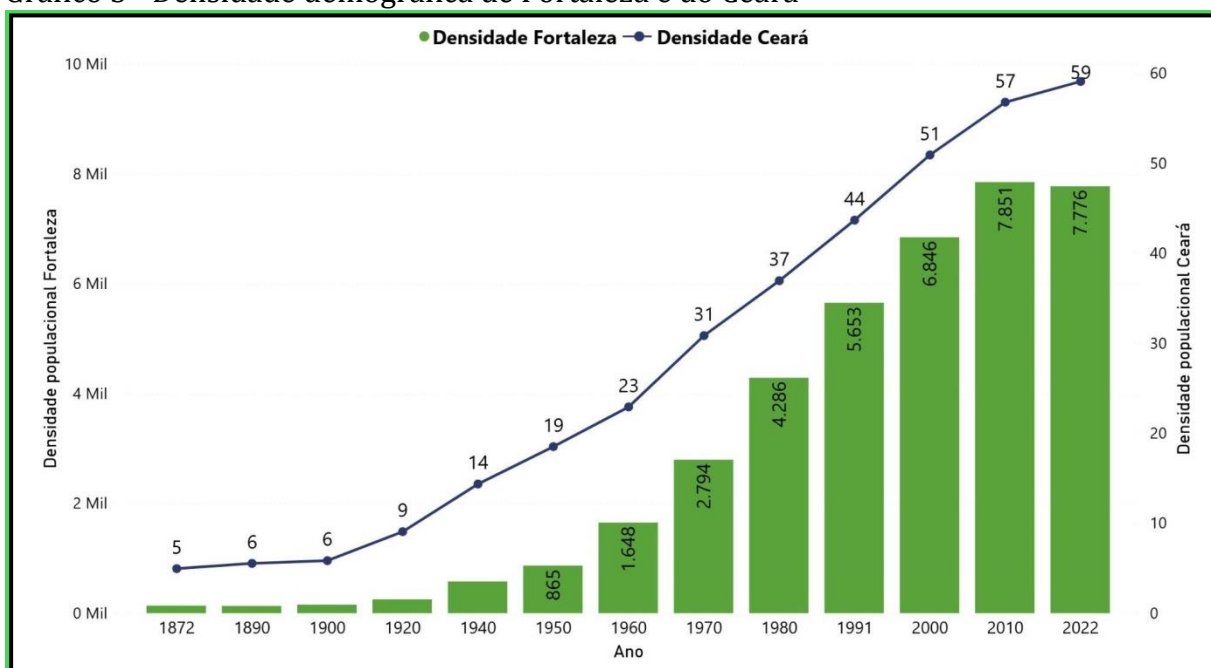


Fonte: IBGE - Censos Demográficos. Elaboração: Ipplan.

1.2.2 Densidade demográfica de Fortaleza: contexto estadual e nacional.

A densidade populacional de Fortaleza continua extremamente elevada (Gráfico 3), mesmo com a redução populacional observada no tópico anterior, Fortaleza possui a maior concentração de habitantes por km² do país. Como consequência da alta densidade populacional é necessário observar as demandas de melhorias e adaptação de serviços de infraestrutura urbana existentes, como transporte público, redes de abastecimento de água e esgoto, coleta de resíduos e equipamentos de saúde e educação, exigindo constante expansão e manutenção desses serviços.

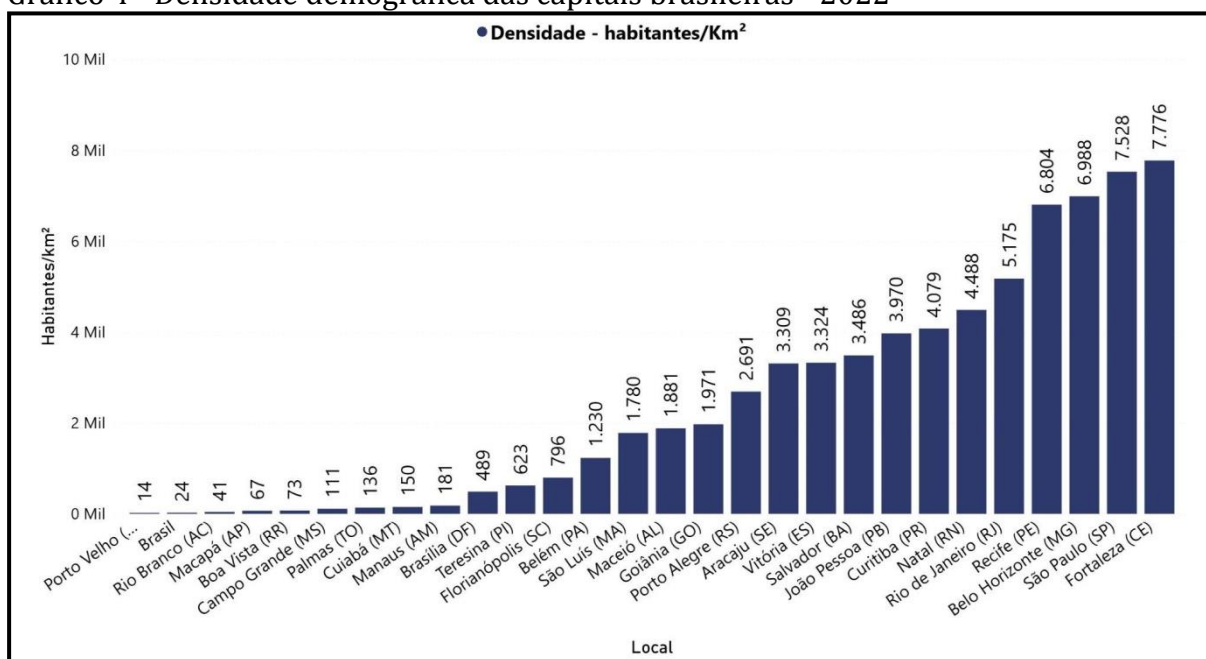
Gráfico 3 - Densidade demográfica de Fortaleza e do Ceará



Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022. Elaboração: Ipplan.

Fortaleza supera São Paulo e Rio de Janeiro como a capital que apresenta maior densidade demográfica (Gráfico 4), superando em 323 vezes a média nacional (24 hab./km²). Essa disparidade demonstra grandes desafios dos centros urbanos, evidenciando a necessidade de ações governamentais efetivas e direcionadas, sobretudo no que trata da infraestrutura de saúde, mobilidade urbana, saneamento, habitação e gestão do uso e ocupação do solo.

Gráfico 4 - Densidade demográfica das capitais brasileiras - 2022

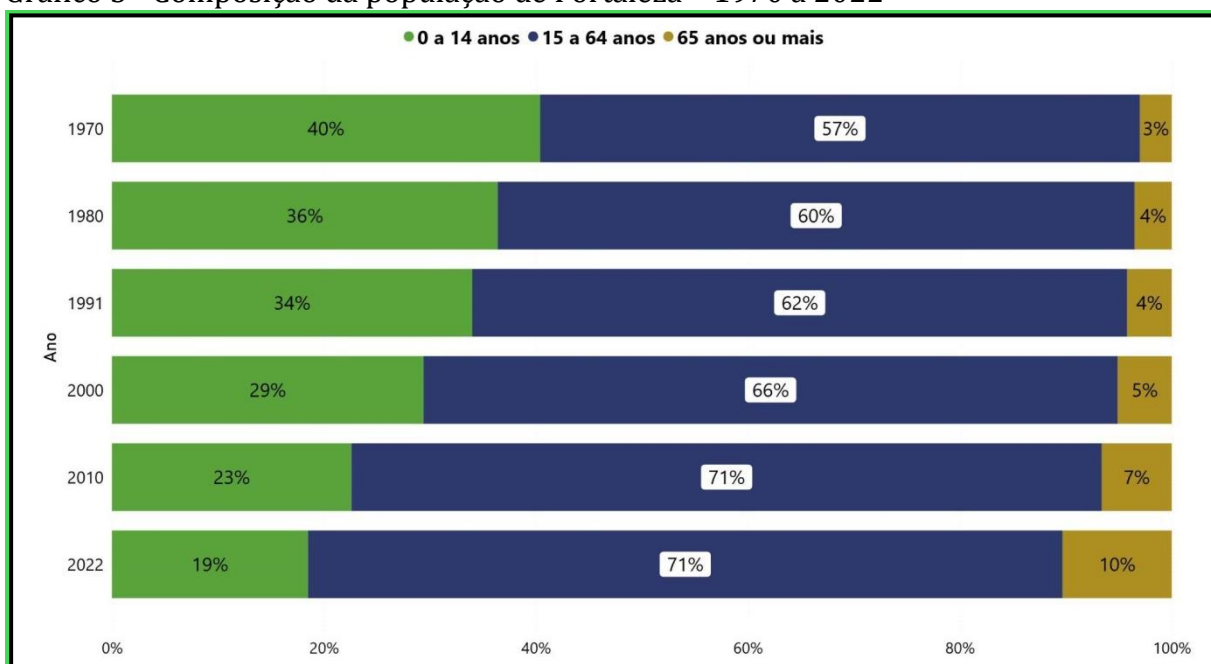


Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2022. Elaboração: Ippplan.

1.2.3 Mudanças no perfil etário da população

O Gráfico 5 expõe a evolução da estrutura etária da população da cidade entre 1970 e 2022. Identifica-se um incremento percentual da faixa etária de 0 a 14 anos até 1991, seguido por uma redução desse grupo etário a partir dos anos 2000. Entretanto, a população entre 15 e 64 anos apresentou propensão a um crescimento contínuo ao longo de todo o período analisado. De modo geral, observa-se uma diminuição progressiva no percentual de crianças e adolescentes, entre 0 e 14 anos, em contrapartida, há aumento contínuo nas faixas etárias de 15 a 64 anos e acima de 65 anos. Isso pode ter ocorrido devido à tendência de redução nas taxas de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida, impactando em áreas como previdência social, programas de saúde do idoso e criação de vagas, podendo sugerir que a força de trabalho será cada vez mais madura.

Gráfico 5 - Composição da população de Fortaleza – 1970 a 2022



Fonte: IBGE - Censos Demográficos. Elaboração: Ipplan.

É possível inferir que está ocorrendo um fenômeno de transformação na estrutura etária da população de Fortaleza, suscitando efeitos substanciais na orientação, formulação e gestão das políticas públicas municipais. Por exemplo: os impactos na educação com redução da demanda por vagas na educação infantil e no ensino fundamental. Além disso, na área da saúde há necessidade de uma atenção especial em serviços voltados ao atendimento de doenças crônicas e à saúde mental. Essas mudanças pedem um planejamento integrado e de longo prazo, guiado por dados demográficos e comprometido com a promoção da equidade.

1.3 Estrutura econômica e mercado de trabalho

1.3.1 Características da economia local e composição setorial

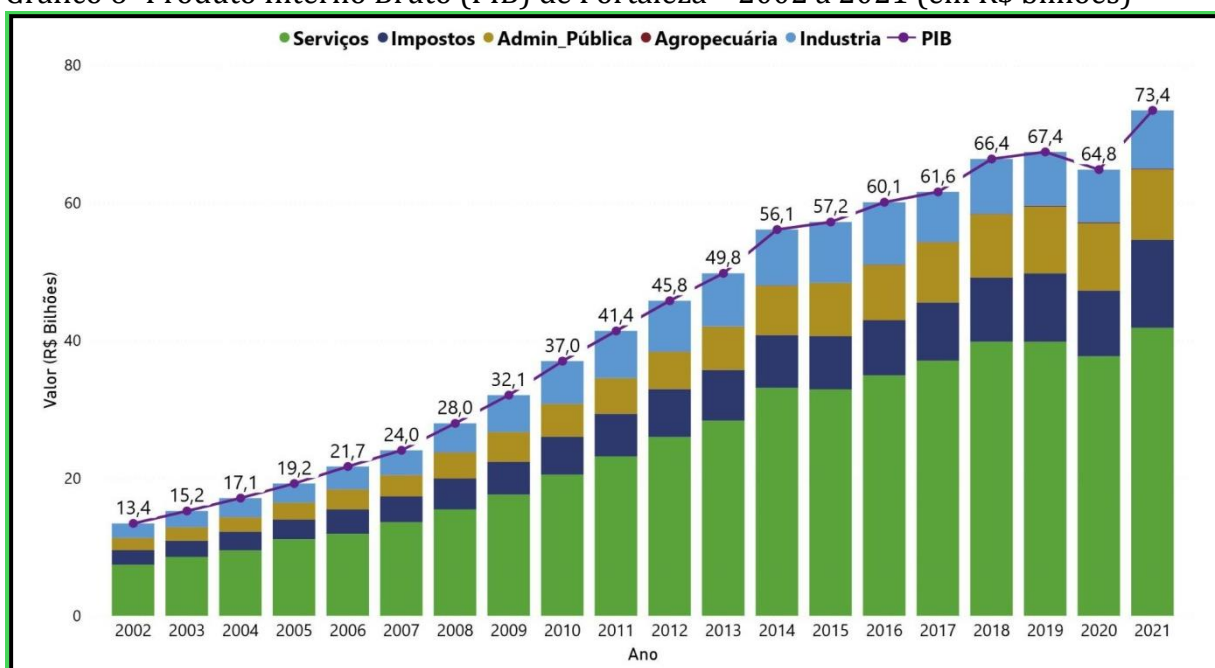
O Gráfico 6 apresenta a série histórica do Produto Interno Bruto (PIB) de Fortaleza, em valores correntes, ao longo de 19 anos, de 2002 a 2021. Entre 2002 e 2019, observa-se um crescimento contínuo, com o PIB passando de R\$13,41 bilhões para R\$67,40 bilhões. Em 2020, houve uma redução para R\$64,82 bilhões, reflexo da crise gerada pela pandemia da covid-19. Em 2021, o indicador voltou a crescer, alcançando R\$73,43 bilhões. O crescimento dos últimos anos (2010/2021) chega a 97%.

O Gráfico 6 também apresenta a evolução do Valor Adicionado Bruto (VAB) de cinco

atividades econômicas entre 2002 e 2021: Administração Pública, Agropecuária, Indústria, Serviços e Impostos. Observa-se que a economia de Fortaleza é fortemente baseada no setor de Serviços, que apresentou crescimento contínuo ao longo do período e responde por mais de 50% da composição do PIB, evidenciando o perfil predominantemente terciário da economia local. Ressalta-se que atividades como hospitais, clínicas e atendimentos médicos integram esse setor.

A Indústria apresenta a segunda maior participação na economia de Fortaleza, mantendo-se relativamente estável ao longo da série histórica, o que indica certa dificuldade de expansão do setor. A Administração Pública também possui participação significativa, porém constante no período analisado. A Agropecuária representa uma parcela pouco expressiva na estrutura econômica, refletindo o perfil urbano da cidade.

Gráfico 6- Produto Interno Bruto (PIB) de Fortaleza – 2002 a 2021 (em R\$ bilhões)

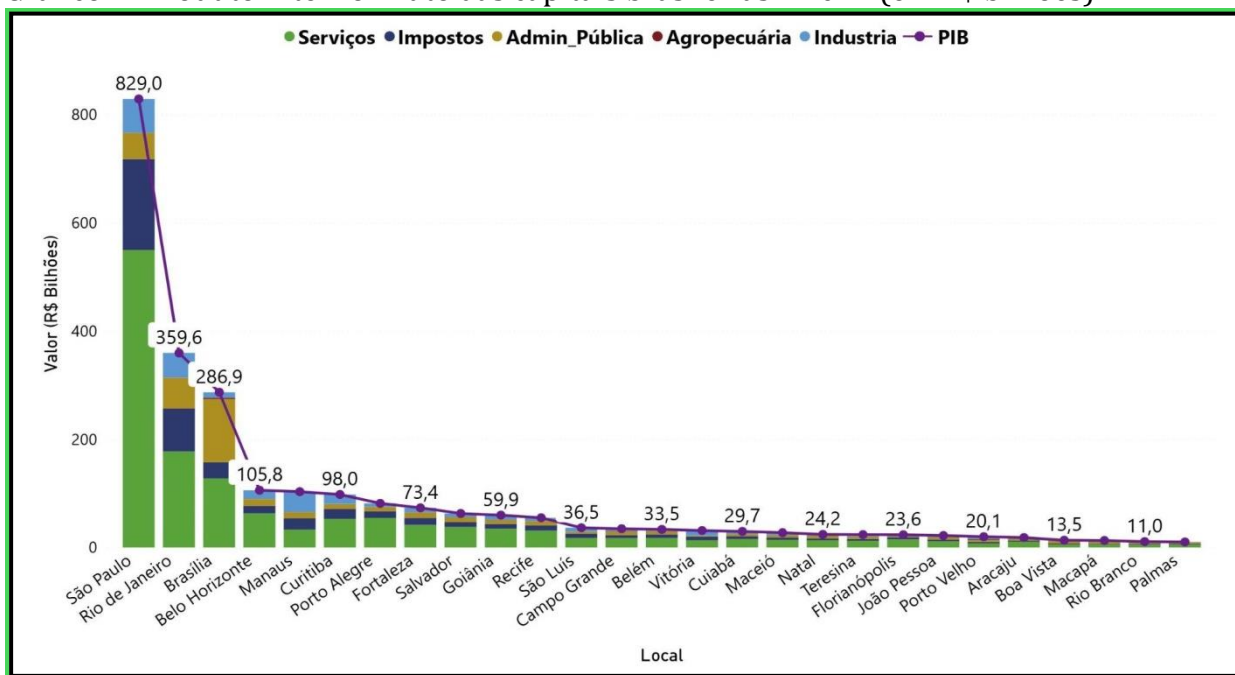


Fonte: IBGE/SNC. Elaboração: Ipplan.

O Gráfico 7 apresenta a comparação do PIB, em valores correntes, das capitais brasileiras. O município de São Paulo se destaca com um PIB de R\$ 829 bilhões, consolidando-se como o principal centro econômico do país. As capitais das regiões Sul e Sudeste concentram as maiores economias, com destaque para a elevada participação do setor industrial. Destaca-se Manaus, capital da Região Norte, que ocupa a 4ª posição no ranking de 2021, sua força econômica é impulsionada pela atuação da Zona Franca.

Fortaleza aparece como a 8ª economia do país, com um PIB de R\$ 73,4 bilhões e apresenta o maior PIB entre as capitais nordestinas, com R\$ 73,4 bilhões, seguida por Salvador e Recife.

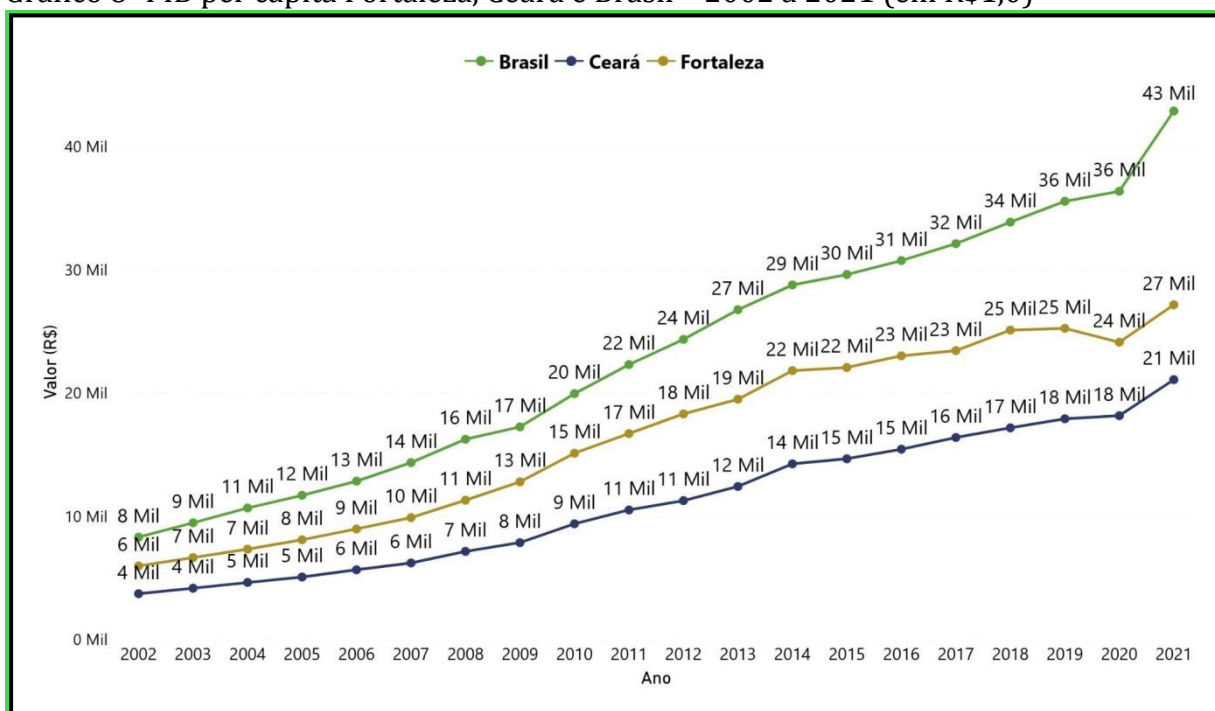
Gráfico 7- Produto Interno Bruto das capitais brasileiras – 2021 (em R\$ bilhões)



Fonte: IBGE/SNC. Elaboração: Ipplan.

O Gráfico 8 apresenta a evolução do PIB *per capita* de Fortaleza, Ceará e Brasil, no período de 2002 a 2021. Observa-se que, ao longo do período analisado, todos os territórios registraram crescimento significativo desse indicador. O Brasil apresentou um aumento de 330%, passando de R\$ 10 mil em 2002 para R\$ 43 mil em 2021. O Ceará se destaca com o maior crescimento percentual, com alta de 425%, ao passar de R\$ 4 mil para R\$ 21 mil. Fortaleza acompanhou essa tendência, registrando uma expansão de 350% no período, ao passar de R\$ 6 mil em 2002 para R\$ 27 mil em 2021. Em 2020, o indicador apresentou uma leve retração em decorrência da crise provocada pela pandemia de covid-19, mas voltou a crescer no ano seguinte, retomando sua trajetória de alta.

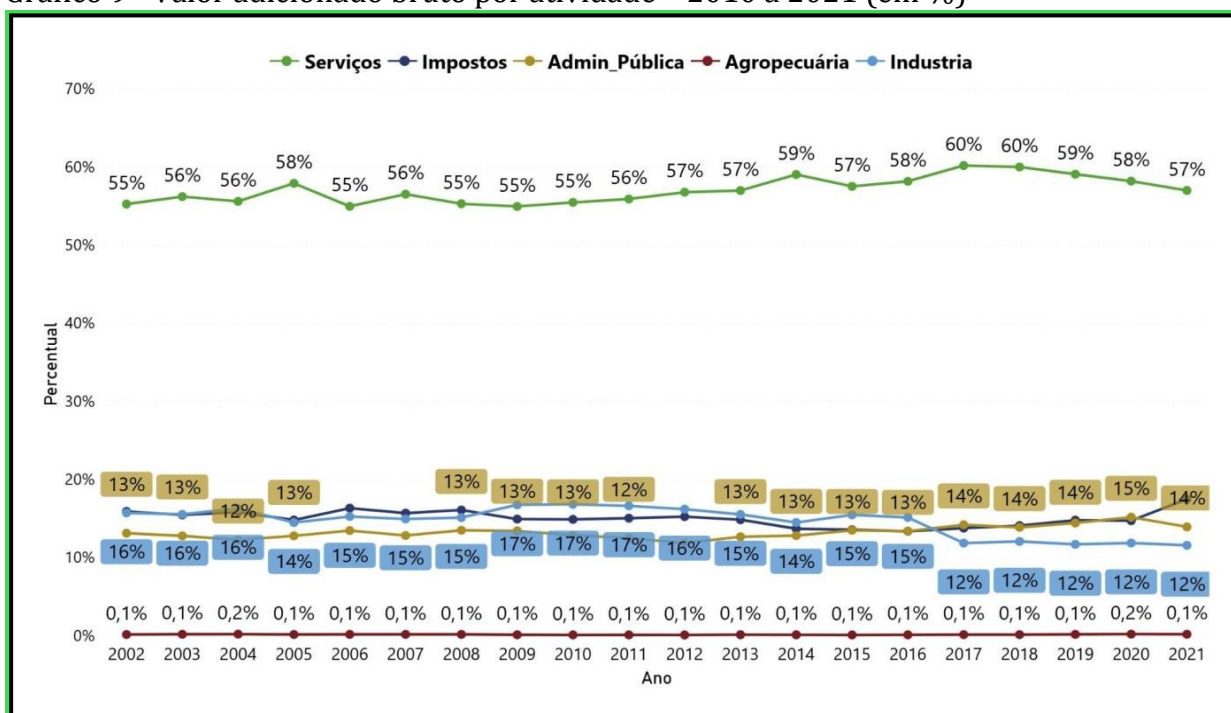
Gráfico 8- PIB per capita Fortaleza, Ceará e Brasil – 2002 a 2021 (em R\$1,0)



Fonte: IBGE/SNC. Elaboração: Ipplan.

O Gráfico 9 apresenta a composição do VAB por atividade econômica, em termos percentuais, entre 2010 e 2021, permitindo analisar a estrutura produtiva da economia local. Em Fortaleza, predomina o setor de serviços, cuja participação se manteve relativamente estável, passando de 55% em 2002 para 57% em 2021. Esse comportamento indica uma estrutura econômica pouco alterada ao longo do tempo, com forte predominância do setor de serviços, especialmente comércio, transporte, educação e saúde, em relação aos demais setores, como indústria, agropecuária e administração pública.

Gráfico 9 - Valor adicionado bruto por atividade – 2010 a 2021 (em %)

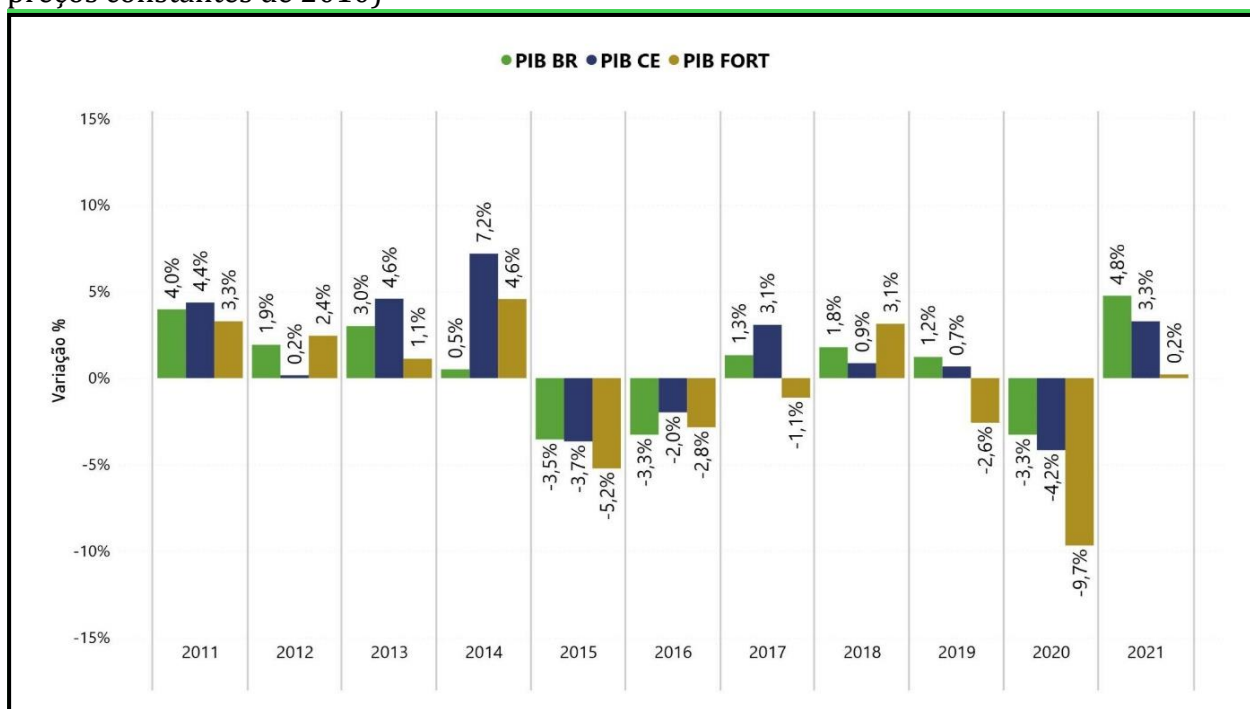


Fonte: IBGE/SNC. Elaboração: Ipplan.

O Gráfico 10 apresenta a comparação da taxa de crescimento real do PIB do Brasil, Ceará e Fortaleza entre os anos de 2011 e 2021. Observa-se que, entre 2011 e 2014, as três economias registraram taxas positivas, com destaque para 2014, quando o Ceará cresceu 7,2% e Fortaleza 4,6%. Nos anos de 2015 e 2016, verificou-se uma forte retração econômica, sendo Fortaleza mais impactada que o estado e o país. O ano de 2015 foi o mais crítico, até então, com queda de 5,2% nas atividades econômicas do município.

Os anos seguintes foram de retomada lenta com a economia de Fortaleza ainda sendo impactada negativamente em 2017 (-1,1%) e 2019 (-2,6%). Os resultados de 2020 foram impactados pela crise sanitária de covid-19, com retração significativa para Brasil (-3,3%), Ceará (-4,2%) e Fortaleza (-9,7%). Em 2021, impulsionadas pelas ações de retomada econômica, a economia nacional reagiu com crescimento de 4,8%, seguido pelo Ceará (3,3%). No entanto, Fortaleza apresentou recuperação mais lenta, com alta de apenas 0,2% no período.

Gráfico 10 - Comparativo da Taxa de Crescimento Real do PIB: Brasil, Ceará e Fortaleza (a preços constantes de 2010)



Fonte: IPEA. Elaboração: Ipplan.

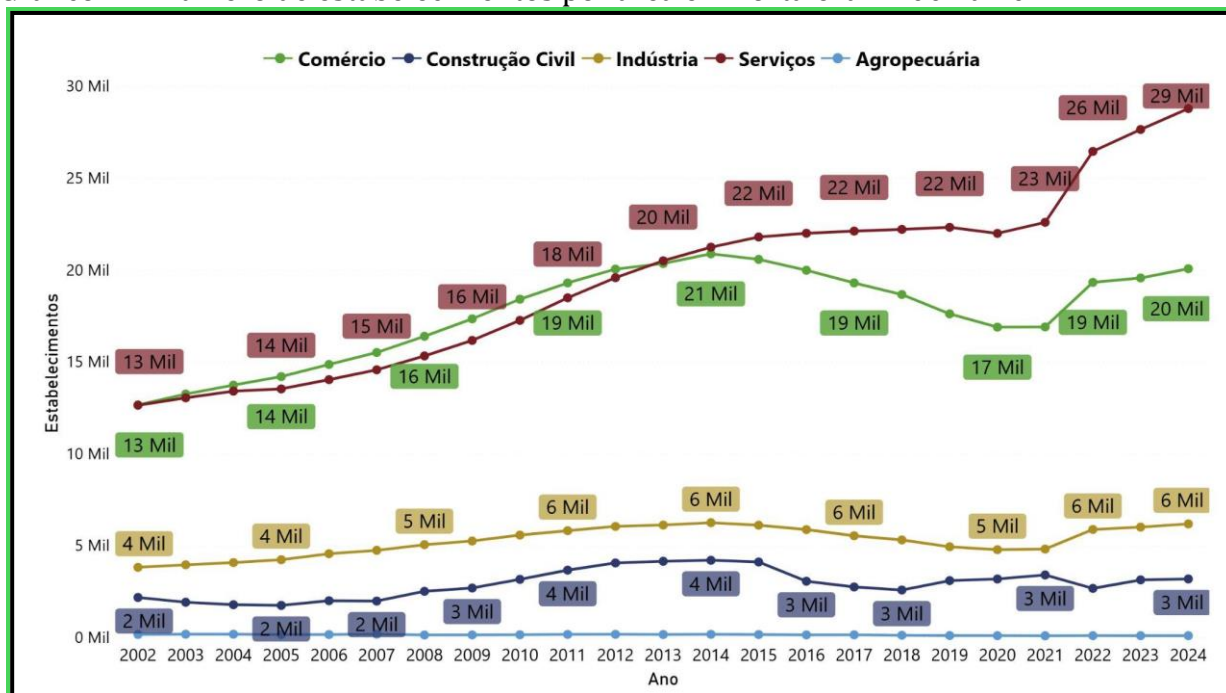
Nota: Deflator implícito do PIB nacional.

1.3.2 Níveis de ocupação e rendimento da população

A análise dos dados do mercado de trabalho formal de Fortaleza é realizada a partir de informações provenientes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), abrangendo o período de 2002 a 2024. São destacados dois principais indicadores: o número de estabelecimentos e o número de empregos por área. Ressalte-se que o número de empregos formais considera os vínculos empregatícios ativos em 31 de dezembro de cada ano.

O Gráfico 11 apresenta a evolução do número de estabelecimentos em Fortaleza entre 2002 e 2024. A partir de 2014, o setor de serviços consolidou-se como o principal em número de unidades, passando de 13 mil estabelecimentos em 2002 para 29 mil em 2024. O comércio manteve-se na segunda posição, variando de 13 mil estabelecimentos em 2002 para 20 mil em 2024. A indústria registrou crescimento moderado, de 4 mil para 6 mil estabelecimentos no período, desempenho inferior ao dos setores de serviços e comércio. A construção civil também apresentou expansão, mas continua com baixa participação, oscilando entre 2 mil e 3 mil estabelecimentos ao longo da série histórica.

Gráfico 11- Número de estabelecimentos por área em Fortaleza – 2002 a 2024

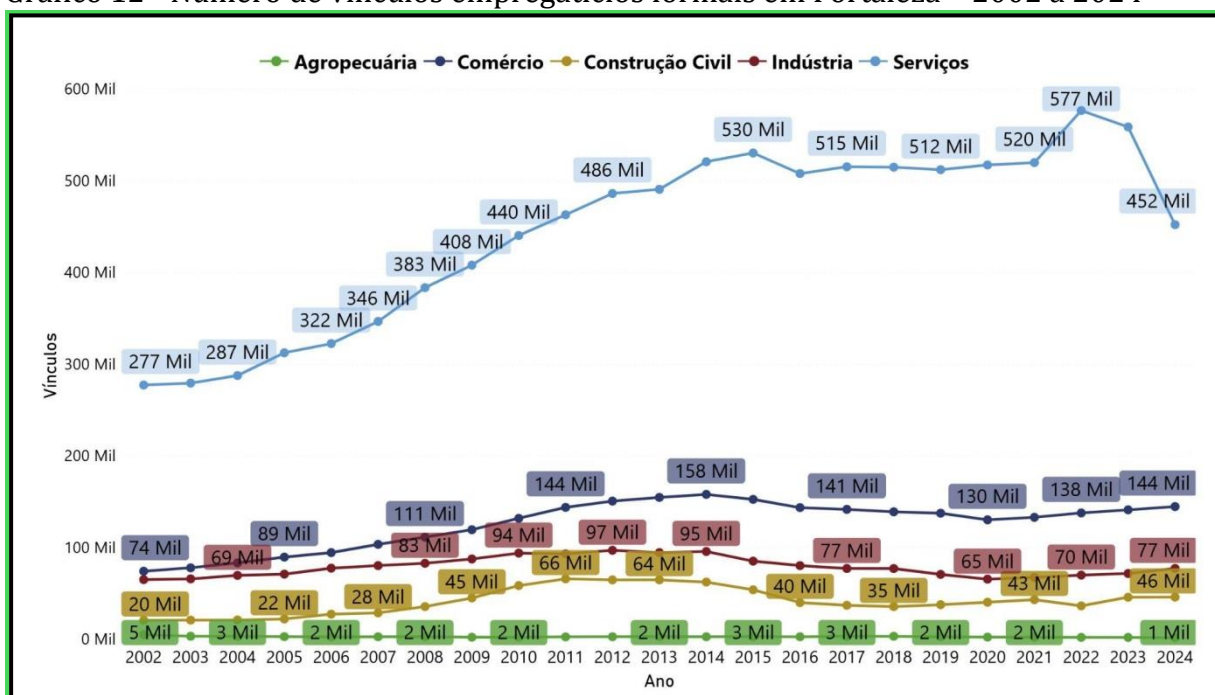


Fonte: RAIS/MTE. Elaboração: Ipplan.

Em relação ao número de vínculos empregatícios formais (Gráfico 12), Fortaleza apresenta, no período analisado, uma trajetória geral de crescimento nos setores econômicos. O setor de serviços mantém a liderança no mercado formal de trabalho, com 452 mil vínculos em 2024. Contudo, observa-se uma queda expressiva desde 2022, quando o número de vínculos passou de 577 mil para 452 mil. Destaca-se que, mesmo durante a crise provocada pela covid-19, entre 2020 e 2021, quando diversos indicadores econômicos registraram retração, o número de vínculos empregatícios formais apresentou pouca variação, resultado das políticas econômicas voltadas à preservação dos empregos.

O comércio é o segundo maior gerador de empregos formais em Fortaleza, passando de 74 mil vínculos em 2002 para 144 mil em 2024. A indústria apresenta trajetória instável, com redução do número de empregos a partir de 2014; em 2024, registra 77 mil vínculos, o mesmo patamar observado em 2017. A construção civil teve crescimento expressivo entre 2009 e 2013, alcançando seu pico de 64 mil vínculos, mas recuou para 46 mil em 2024. A agropecuária mantém participação pouco significativa no emprego formal, variando entre 1 mil e 3 mil vínculos ao longo de todo o período analisado.

Gráfico 12 - Número de vínculos empregatícios formais em Fortaleza – 2002 a 2024



Fonte: RAIS/MTE. Elaboração: Ipplan.

A Tabela 2 apresenta o número de empregos formais nas capitais brasileiras entre os anos de 2021 e 2024. As capitais com maior número absoluto de empregos formais em 2024 foram São Paulo (4,88 milhões), Rio de Janeiro (2 milhões) e Brasília (1 milhão).

Em 2024, Fortaleza mantém a liderança no Nordeste em número de empregos formais, com 720.344 vínculos, apesar da queda de cerca de 108 mil postos (13%) desde 2022, permanecendo à frente de Recife (PE) e Salvador (BA) em participação nos setores de serviços e comércio.

Tabela 2 - Número de vínculos empregatícios formais em Fortaleza – 2002 a 2024

Capital	2024	2023	2022	2021
Porto Velho - RO	98.979	133.203	172.474	116.923
Rio Branco - AC	74.880	127.692	111.153	104.800
Manaus - AM	497.564	605.154	582.757	532.312
Boa Vista - RR	70.131	105.202	87.809	97.170
Belém - PA	299.813	420.206	433.899	404.718
Macapá - AP	77.552	130.100	114.185	101.972
Palmas - TO	79.393	190.857	147.898	131.645
São Luiz - MA	303.438	426.645	394.063	361.268
Teresina - PI	221.533	323.938	274.790	264.071
Fortaleza - CE	720.344	818.051	828.827	764.290
Natal - RN	231.757	310.744	307.027	291.078
João Pessoa - PB	218.319	254.219	301.635	285.055
Recife - PE	550.154	723.748	703.180	669.625
Maceió - AL	228.591	302.559	283.770	260.052
Aracaju - SE	178.802	231.227	225.598	215.168
Salvador - BA	644.986	828.539	788.195	744.571
Belo Horizonte - MG	1.015.465	1.202.881	1.287.288	1.244.635
Vitória - ES	167.164	237.195	224.285	210.000
Rio de Janeiro - RJ	2.004.333	2.248.944	2.339.294	2.109.414
São Paulo - SP	4.883.459	5.138.980	5.390.446	5.076.570
Curitiba - PR	797.287	979.454	935.984	905.840
Florianópolis - SC	222.082	320.027	311.473	288.177
Porto Alegre - RS	536.480	712.790	684.076	656.993
Campo Grande - MS	234.885	321.995	307.059	288.885
Cuiabá - MT	213.846	364.427	286.620	250.230
Goiânia - GO	521.333	670.188	643.009	582.417
Brasília - DF	1.005.524	1.201.764	1.250.053	1.084.527

Fonte: RAIS/MTE. Elaboração: Ipplan.

2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE FORTALEZA

2.1 Natalidade

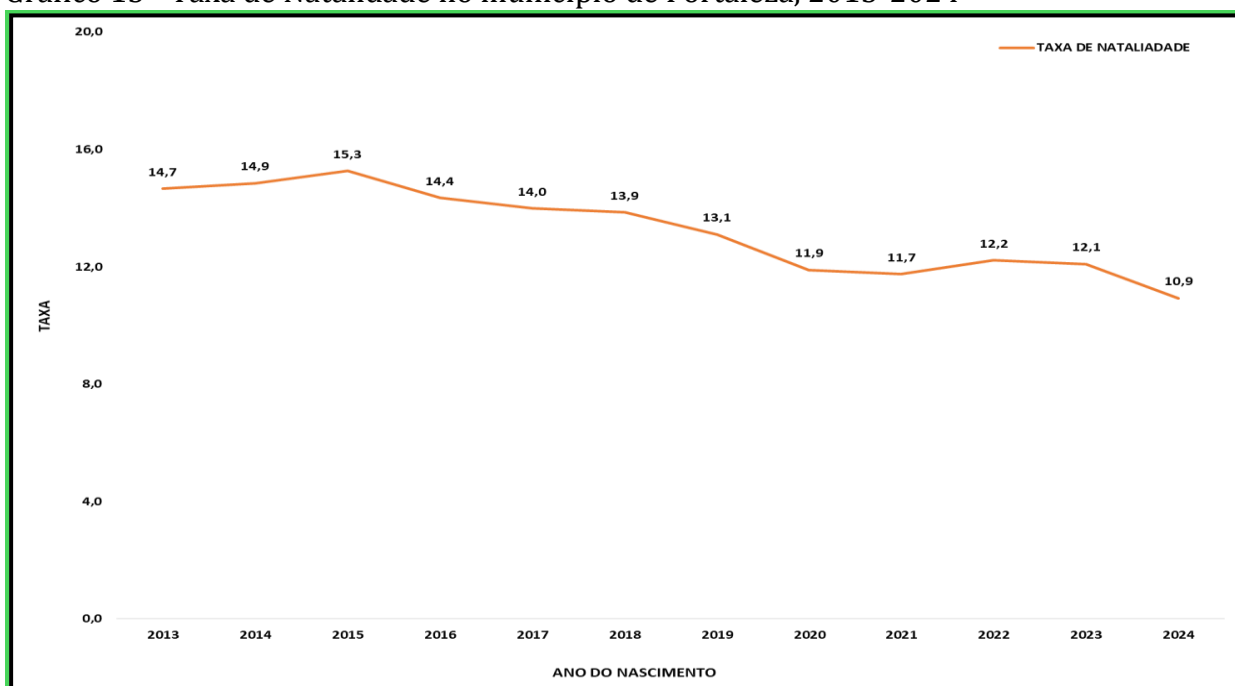
A taxa de natalidade corresponde à frequência anual de nascidos vivos em determinada população. Esse indicador pode ser influenciado pela estrutura da população idade e por sexo. De modo geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas e culturais menos favorecidas.

O cálculo da taxa de natalidade é realizado dividindo-se o número de nascidos vivos pelo total da população residente (por mil habitantes), em um espaço geográfico e período específicos.

A trajetória apresentada no Gráfico 13 evidencia um comportamento decrescente na taxa de natalidade, indicando que o número de nascimentos por mil habitantes vem diminuindo de forma progressiva em Fortaleza. Entre os anos de 2013 e 2017, observam-se pequenas variações, com valores oscilando de 14,7 para 14,0 por mil habitantes. A partir de 2020, identifica-se uma tendência mais acentuada de redução, passando de 11,9 para 10,9 em 2024, quando o indicador atinge o menor valor da série histórica.

É plausível supor que diversos fatores tenham contribuído para essa redução da taxa de natalidade no município de Fortaleza. Entre eles, destacam-se eventos de impacto sanitário e social, como a emergência do vírus Zika e os consequentes casos de microcefalia em recém-nascidos (RN) (2015–2016), a epidemia de Chikungunya (2016–2017) e, posteriormente, a pandemia de covid-19 (2020–2021). Esses acontecimentos, aliados ao cenário de instabilidade socioeconômica do país, podem ter influenciado diretamente as decisões reprodutivas da população.

Gráfico 13 - Taxa de Natalidade no município de Fortaleza, 2013-2024*



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/SINASC (*dados sujeitos a alterações).

2.2 Mortalidade fetal e infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estima o risco de morte de crianças durante o primeiro ano de vida, sendo representada pelo número de óbitos em menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico e ano de referência.

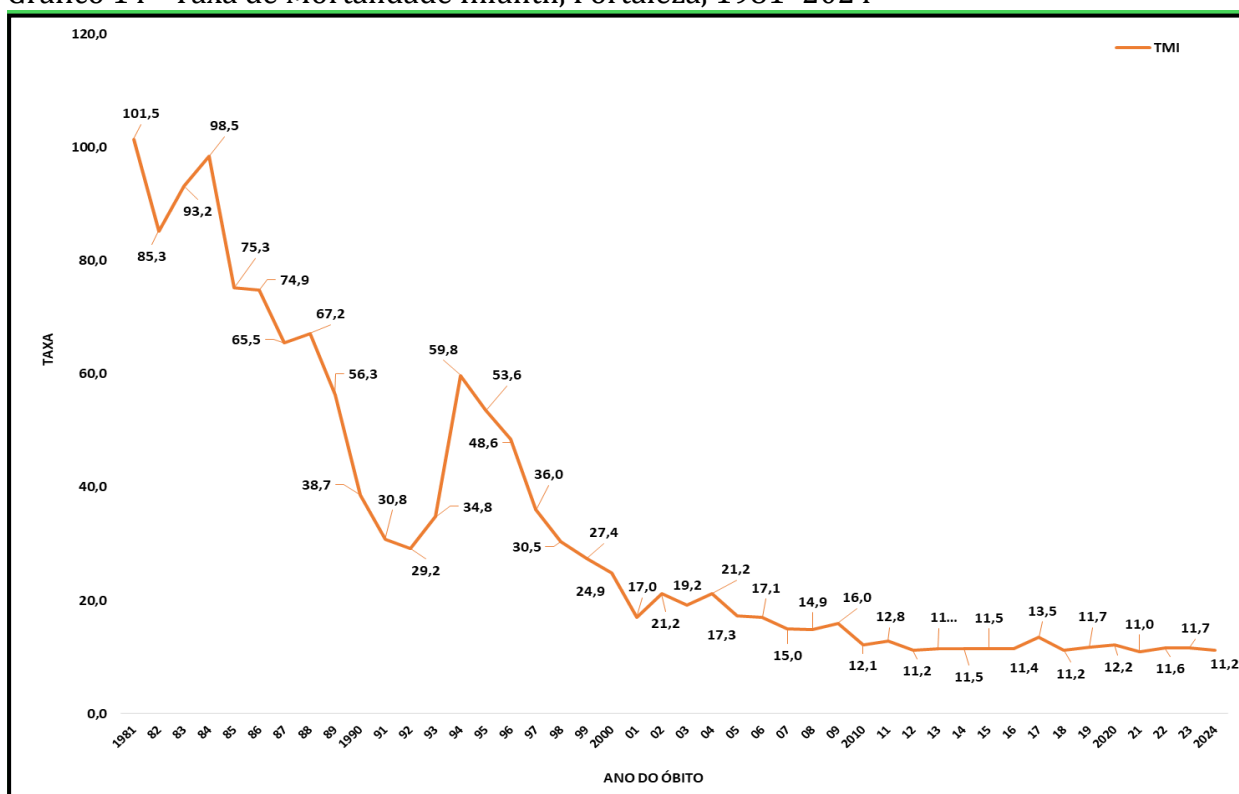
Considerando a vulnerabilidade da população menor de um ano aos fatores e condições socioeconômicas, a TMI tem sido reconhecida como um dos melhores indicadores das condições de saúde de uma população, revelando também o quadro social e econômico de cada localidade.

O Gráfico 14 mostra que a TMI passou de 101,5 óbitos por mil nascidos vivos (NV) em 1981 para 11,2/1.000 NV em 2024, revelando uma redução substancial ao longo desse período. Essa diminuição pode ser atribuída a fatores associados à melhoria das condições de vida e às intervenções públicas na área da saúde, como a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), a introdução da terapia de reidratação oral em crianças, a inclusão de novas vacinas no calendário básico de imunização infantil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Plano de Redução da Mortalidade Infantil e Fetal, a formação e revitalização dos Comitês de Mortalidade Infantil, o Pacto pela Saúde, além de

iniciativas como o *Apice On* (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), o QualiNeo, as Redes Cegonha e Alyne. Também contribuíram para esse avanço as melhorias na educação, infraestrutura e saneamento básico.

Nos últimos dez anos (2015–2024), a TMI manteve-se estável, com registro de um aumento isolado em 2017, quando alcançou 13,5 óbitos por mil nascidos vivos. Nos anos subsequentes, a taxa retornou à estabilidade, atingindo 11,2/1.000 NV em 2024. Apesar dos progressos, a redução da mortalidade infantil no município de Fortaleza ainda representa um desafio para os serviços de saúde, gestores e para a sociedade.

Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade Infantil, Fortaleza, 1981–2024*



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/SIM/SINASC (*dados sujeitos a alterações).

Ao estratificar os óbitos em menores de um ano por componente (Gráfico 15), observa-se que os óbitos neonatais precoces prevaleceram em relação às mortes neonatais tardias e pós-neonatais.

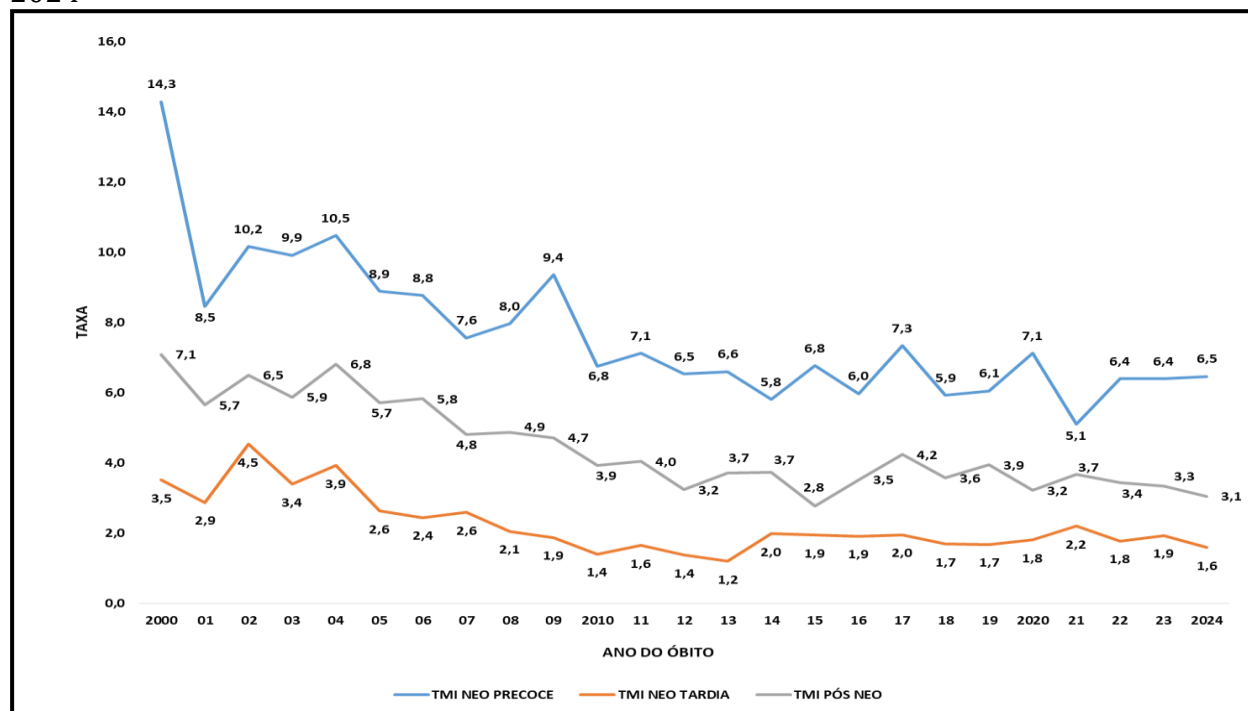
Nos últimos 24 anos, a taxa de mortalidade neonatal precoce apresentou um declínio significativo, passando de 14,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2000 para 6,5 em 2024. Esse indicador evidencia a estreita relação entre os óbitos infantis e a qualidade da

assistência ao parto e ao nascimento. O principal desafio atual é reduzir a mortalidade neonatal precoce, que se mantém como o componente mais expressivo da mortalidade infantil. Essa predominância pode explicar a estagnação da TMI nos últimos dez anos, uma vez que este é o componente que mais impacta em sua redução.

A mortalidade pós-neonatal representa o segundo componente com maior taxa dentro da faixa etária infantil. Entre 2000 e 2024, observou-se uma redução de 7,1 para 3,1 óbitos por mil nascidos vivos. Apesar da queda, esse componente permanece como um importante problema de saúde pública, visto que a maioria das mortes é considerada potencialmente evitável.

Por fim, os óbitos neonatais tardios apresentam o menor impacto entre os componentes da mortalidade infantil, mas constituem um indicador relevante da qualidade da atenção pré-natal. Esse tipo de mortalidade manteve-se relativamente estável nos últimos 24 anos, com pequenas variações, passando de 3,5 em 2000 para 1,6 em 2024.

Gráfico 15 - Coeficiente de Mortalidade Infantil segundo o componente, Fortaleza, 2000-2024*

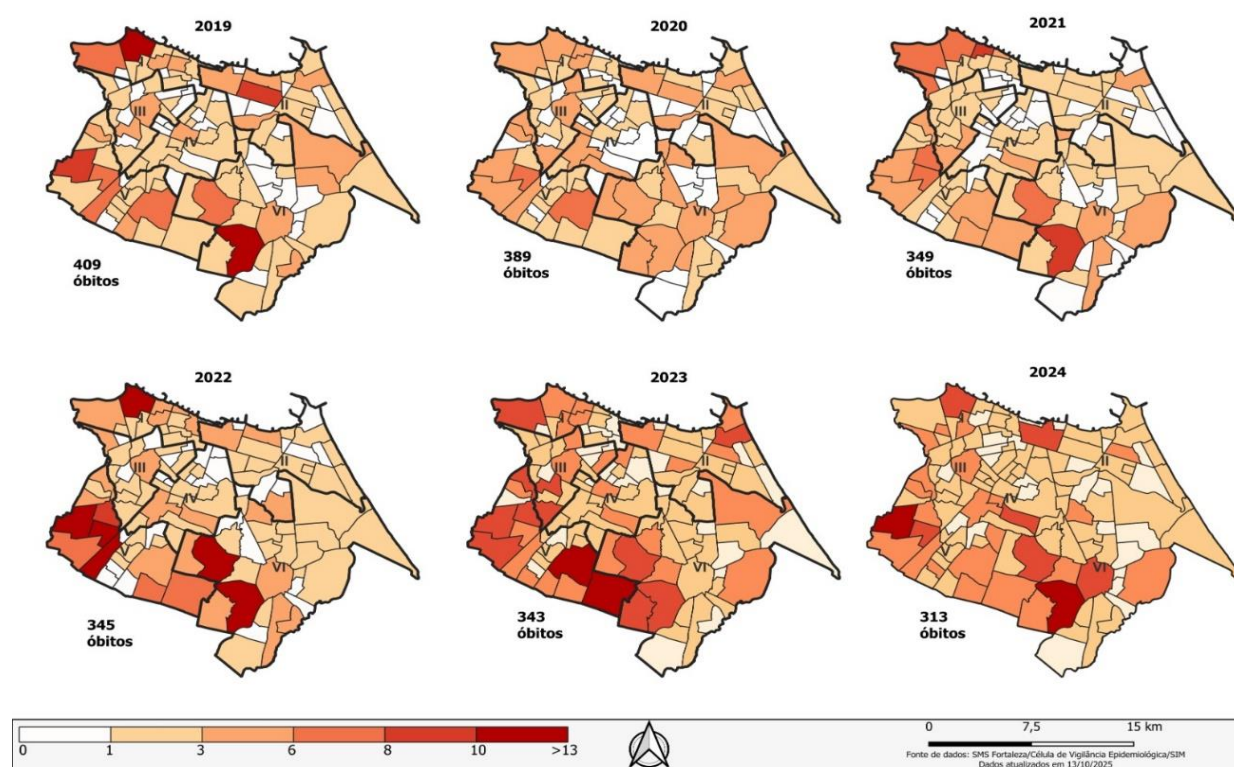


Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/SIM/SINASC (*dados sujeitos a alterações).

A Figura 5 apresenta a distribuição espacial dos óbitos infantis de mães residentes no município de Fortaleza, no período de 2017 a 2024. Observa-se maior intensidade da cor

vermelha na região do bairro Jangurussu, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) 6, indicando que é a área com maior ocorrência de óbitos infantis. Em seguida, destacam-se os bairros Bom Jardim, localizado na CORES 5, e Barra do Ceará, na CORES 1. Essas CORES apresentam elevada vulnerabilidade social, caracterizada por problemas socioeconômicos significativos, bem como pela presença de outras doenças e agravos relevantes.

Figura 5 – Mapa georreferenciado dos óbitos infantis no município de Fortaleza, 2019 a 2024*



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/SIM (*dados sujeitos a alterações).

Comitê de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal

A redução da mortalidade infantil continua sendo um desafio para os serviços de saúde e a sociedade e o seu enfrentamento tem sido uma prioridade para a gestão municipal, no âmbito de Fortaleza.

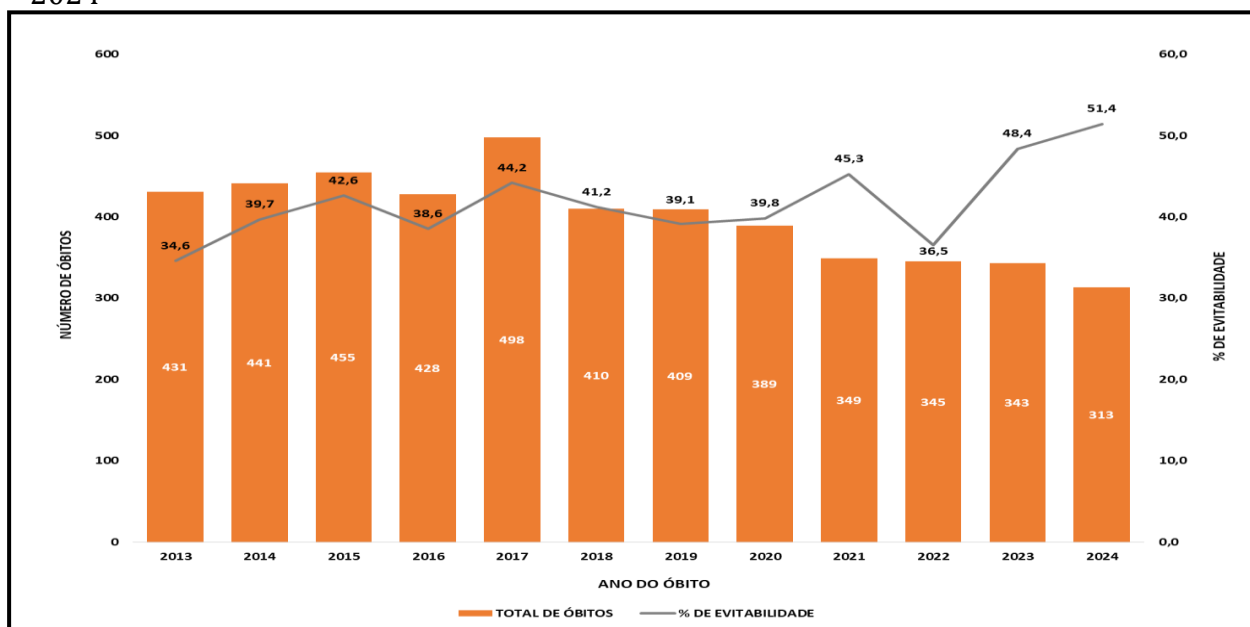
Foi criado em 2006 o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (Diário Oficial do município de Fortaleza - DOM/Decreto n.º 11991 de março de 2006 - Dispõe sobre a

criação dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal no âmbito do Município de Fortaleza, com caráter ético, técnico e educativo) que conta também com os seis Comitês Regionais de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal.

Os Comitês objetivam avaliar o cenário dos óbitos infantis e fetais e recomendar medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e sugerir demais ações para sua redução, configurando-se um importante instrumento de gestão que possibilitam avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto, ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, subsidiando as políticas públicas e as ações de intervenção realizando recomendação para melhoria da Saúde Pública.

Os Comitês analisam todos os óbitos de mães residentes no município de Fortaleza, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Em Fortaleza, as principais causas evitáveis de mortalidade infantil estão relacionadas à atenção ao pré-natal, ao parto e ao cuidado com o RN, especialmente no que diz respeito à assistência adequada à mulher durante a gestação.

Gráfico 16 – Proporção de óbitos infantis analisados segundo evitabilidade. Fortaleza, 2013 – 2024*



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/SIMDA (*dados sujeitos a alterações).

Em 2018, a análise dos óbitos revelou que grande parte era evitável e relacionava-se à prematuridade decorrente de infecções urinárias maternas não tratadas adequadamente.

Diante desse cenário, foram realizados Seminários com os profissionais das unidades de saúde, e a Prefeitura de Fortaleza adquiriu medicamento para o tratamento da infecção urinária em dose única (fosfomicina), além de elaborar um protocolo específico para o manejo dessa condição em gestantes.

Outra iniciativa importante foi a implementação da profilaxia da pré-eclâmpsia, com a prescrição de cálcio e ácido acetilsalicílico (AAS) na Atenção Primária para gestantes com fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Além disso, intensificou-se o programa de planejamento familiar, fortalecendo as ações voltadas à saúde reprodutiva e ao acompanhamento das mulheres no período pré-concepcional. Essas medidas contribuíram para a redução da taxa de óbitos.

Atualmente, as Comissões estão significativamente fortalecidas, realizando reuniões semanais, quinzenais e mensais e elaborando relatórios com recomendações que são enviados às Áreas de competência não como medida punitiva, mas sim educativa, visando contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

Em de 2020, com o surgimento da pandemia de covid-19 em Fortaleza, os Comitês Municipal e Locais passaram a realizar reuniões de forma virtual. Durante esse período, o trabalho dos Comitês enfrentou diversas dificuldades, uma vez que todos os esforços estavam concentrados no enfrentamento à covid-19, retornando as suas atividades presenciais em 2022.

Em 2024, 51,4% dos óbitos infantis foram classificados como evitáveis, evidenciando que, após o processo de revitalização e reestruturação dos comitês, as investigações e análises de óbitos apresentaram uma melhoria significativa na qualidade e na implementação das informações, especialmente na avaliação da evitabilidade.

Ao longo dos anos, observou-se um avanço expressivo na capacidade de identificar e classificar os óbitos evitáveis, o que permitiu uma compreensão mais precisa das causas e favoreceu a proposição de ações de prevenção e intervenção mais efetivas no âmbito da atenção à saúde materno-infantil.

2.3 Mortalidade materna

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde da população feminina, refletindo a qualidade e a organização da assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. Esse indicador é representado pela Razão de Mortalidade Materna

(RMM), calculada anualmente pelo número de óbitos maternos ocorridos durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo período e local de residência, multiplicado por 100.000.

Somente os óbitos maternos obstétricos diretos e indiretos que acontecem até 42 dias após o parto compõem o cálculo da RMM. A análise desses óbitos permite refletir sobre as condições de saúde oferecidas à população feminina e, indiretamente, sobre a situação socioeconômica de um território.

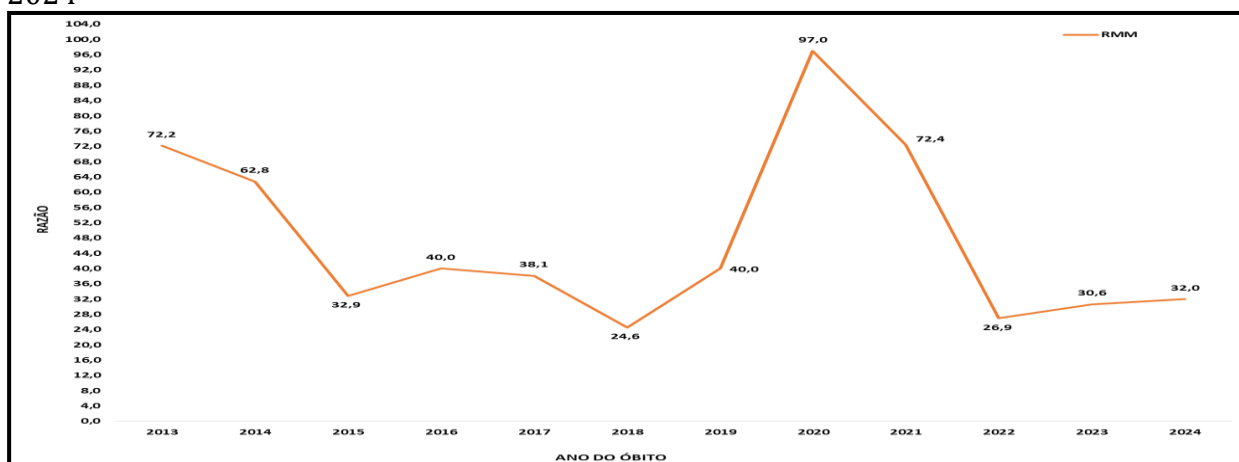
No período de 2013 a 2024, foram registrados no município de Fortaleza um total de 196 óbitos maternos obstétricos diretos e indiretos, ocorridos durante a gestação, o parto ou o puerpério (até 42 dias após o parto). Cabe destacar que, embora óbitos maternos tardios (após 43 dias do parto) e óbitos por causas externas (como homicídios e suicídios) não sejam incluídos no cálculo da RMM, todos são investigados integralmente para garantir a correta classificação e compreensão das circunstâncias do óbito.

Em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, que compõem uma agenda mundial voltada à promoção do bem-estar e da qualidade de vida até 2030, o Objetivo 3 (Saúde e Bem-Estar) prevê a redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Em 2018, o Brasil reafirmou esse compromisso, estabelecendo a meta de reduzir a mortalidade materna em 50% nos 12 anos seguintes, buscando alcançar uma RMM de 30 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Ao analisar os dados apresentados no Gráfico 17, observa-se que houve um aumento expressivo no número de mortes maternas entre 2020 e 2021, resultando em RMM de 97/100.000 nascidos vivos. Esse crescimento acentuado está diretamente relacionado ao impacto da pandemia de covid-19, elevando significativamente os óbitos maternos nesse período. Nos anos seguintes, observa-se uma tendência de estabilização, com a RMM atingindo 32/100.000 nascidos vivos em 2024.

Gráfico 17- Total de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna, Fortaleza 2013 a 2024*

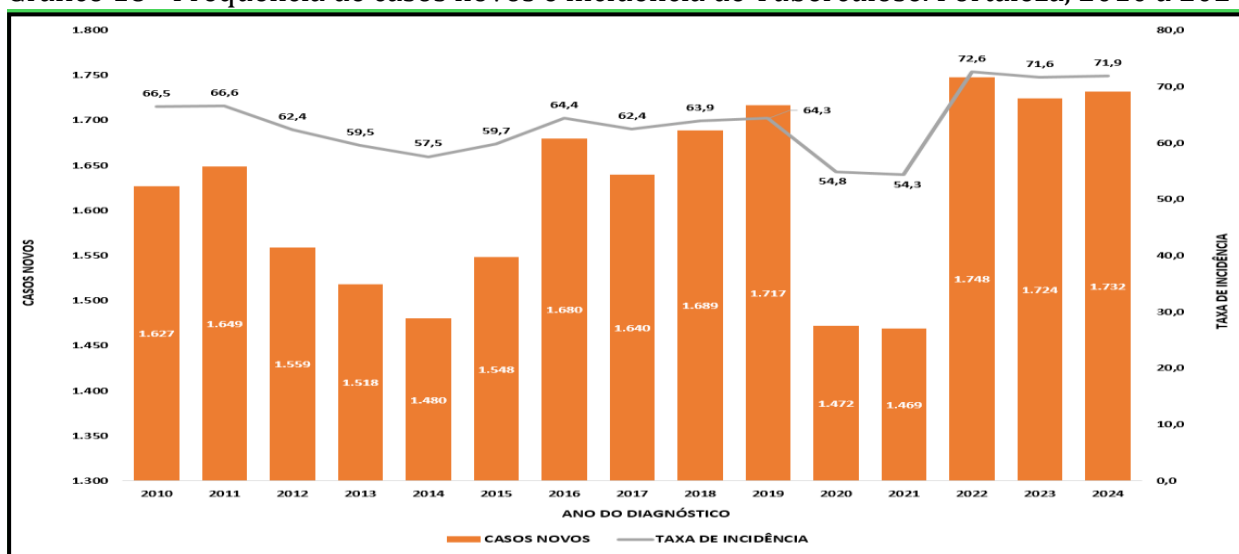


Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/SIM/SINASC (*dados sujeitos a alterações).

2.4 Tuberculose

Entre 2010 e 2024, Fortaleza manteve níveis elevados de Tuberculose, com uma média anual de cerca de 1.490 casos novos. A taxa de incidência apresentou oscilações, com destaque para uma queda significativa em 2020 e 2021, provavelmente causada pela subnotificação durante a pandemia de covid-19 (Gráfico 18). Após esse período, tanto os casos quanto a incidência voltaram a subir, reforçando que a tuberculose permanece um problema endêmico importante na cidade, exigindo atenção contínua para controle e diagnóstico eficazes.

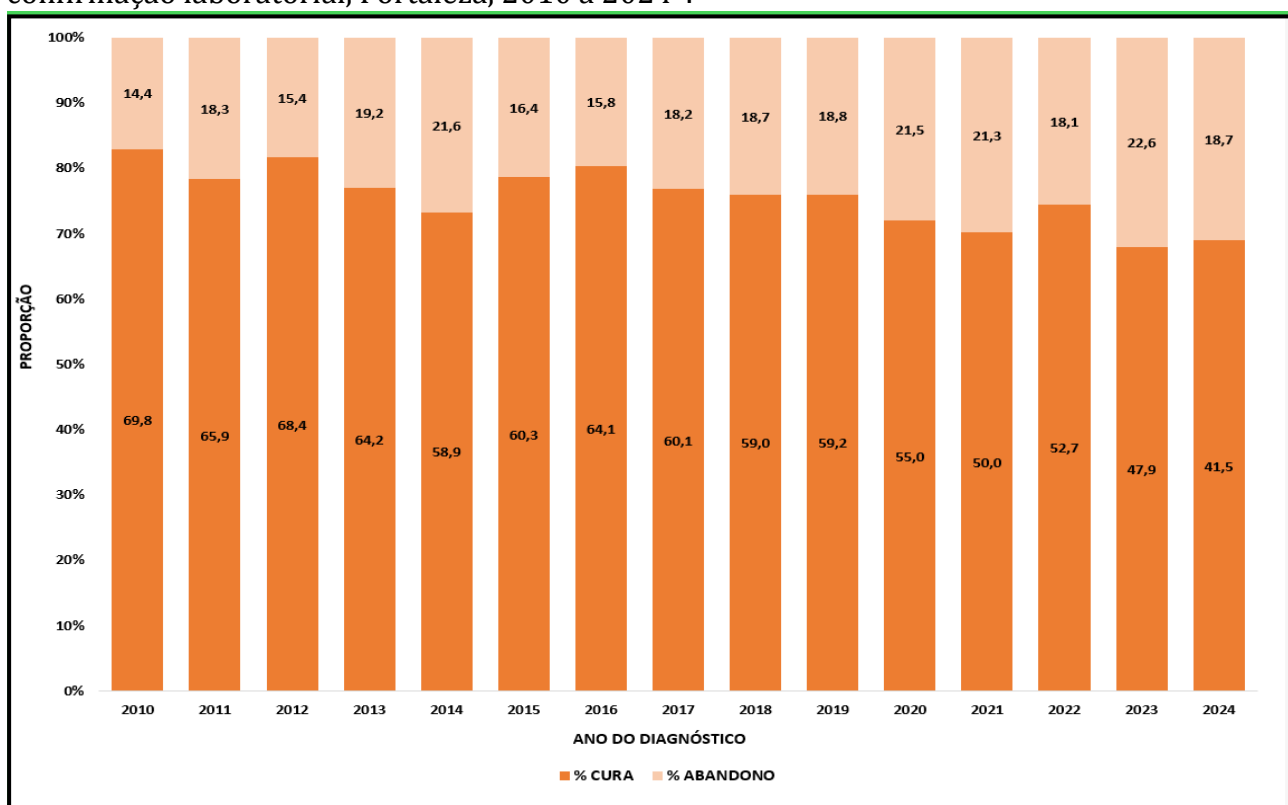
Gráfico 18 - Frequência de casos novos e incidência de Tuberculose. Fortaleza, 2010 a 2024



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Entre 2010 e 2024, Fortaleza apresentou uma queda contínua na proporção de cura da Tuberculose pulmonar (Gráfico 19), que nunca atingiu a meta mínima de 75%. Paralelamente, o abandono do tratamento aumentou consistentemente, ultrapassando o limite máximo aceitável de 10% em todos os anos, agravando a transmissão da doença e favorece o surgimento de formas resistentes. Esses dados evidenciam um desafio importante para o controle da Tuberculose no Município, reforçando a necessidade de ações para reduzir o abandono e melhorar os índices de cura.

Gráfico 19 - Proporção de cura e abandono de casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, Fortaleza, 2010 a 2024*.

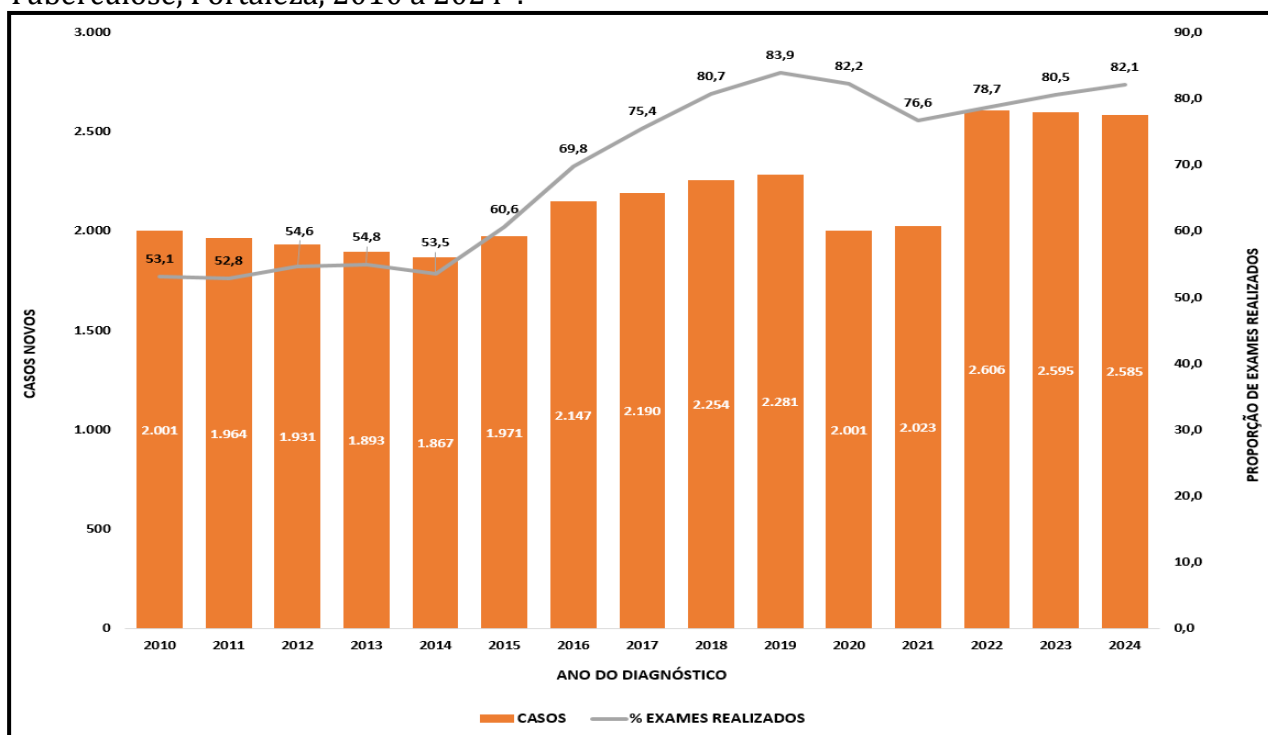


Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

No período de 2010 a 2024, observou-se um aumento significativo na realização de exames anti-HIV entre os casos novos de Tuberculose diagnosticados em Fortaleza. Esse avanço tornou-se mais evidente a partir de 2015, quando os serviços de saúde aprimoraram sua capacidade de buscar e identificar casos de coinfeção TB-HIV.

O crescimento na oferta desses exames impactou positivamente a proporção de testes realizados, que a partir de 2017 ultrapassou consistentemente a meta mínima de 75% estabelecida pelo MS (Gráfico 20).

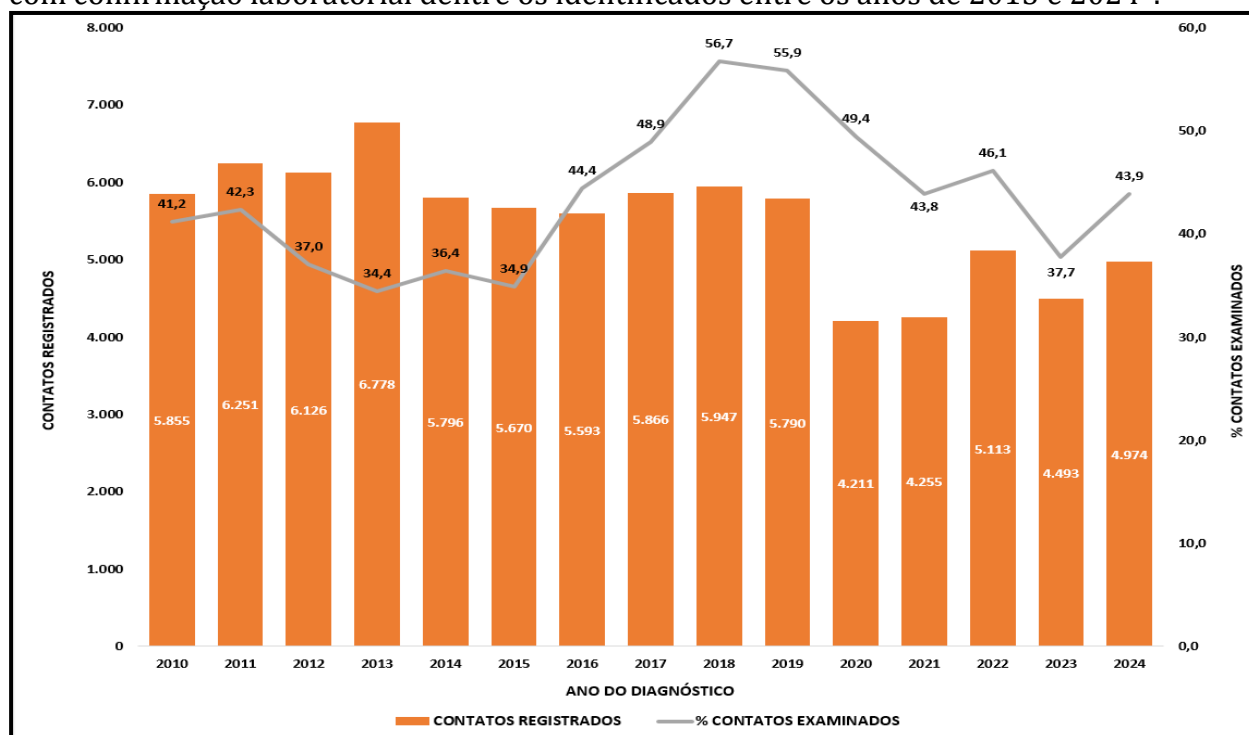
Gráfico 20 - Proporção de exames anti-HIV realizados e entre os casos novos de Tuberculose, Fortaleza, 2010 a 2024*.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

O exame dos contatos de casos novos de Tuberculose é uma ação essencial para interromper a cadeia de transmissão da doença. O Gráfico 21 demonstra o número de contatos registrados e a proporção de contatos examinados de casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial em Fortaleza, no período de 2010 a 2024. Observa-se que o Município mantém percentuais de exame abaixo do parâmetro recomendado pelo MS (80%). Entre 2010 e 2016, as proporções permaneceram inferiores a 50%, com melhora entre 2017 e 2020, quando os valores superaram esse patamar, atingindo o pico em 2018 (56,7%). Nos anos seguintes, nota-se declínio, com redução acentuada em 2020 e 2021, possivelmente relacionada aos impactos da pandemia de covid-19. Em 2024, a proporção de contatos examinados (43,9%) mostra discreta recuperação em relação a 2023, indicando necessidade de intensificação das ações de vigilância e acompanhamento dos contatos.

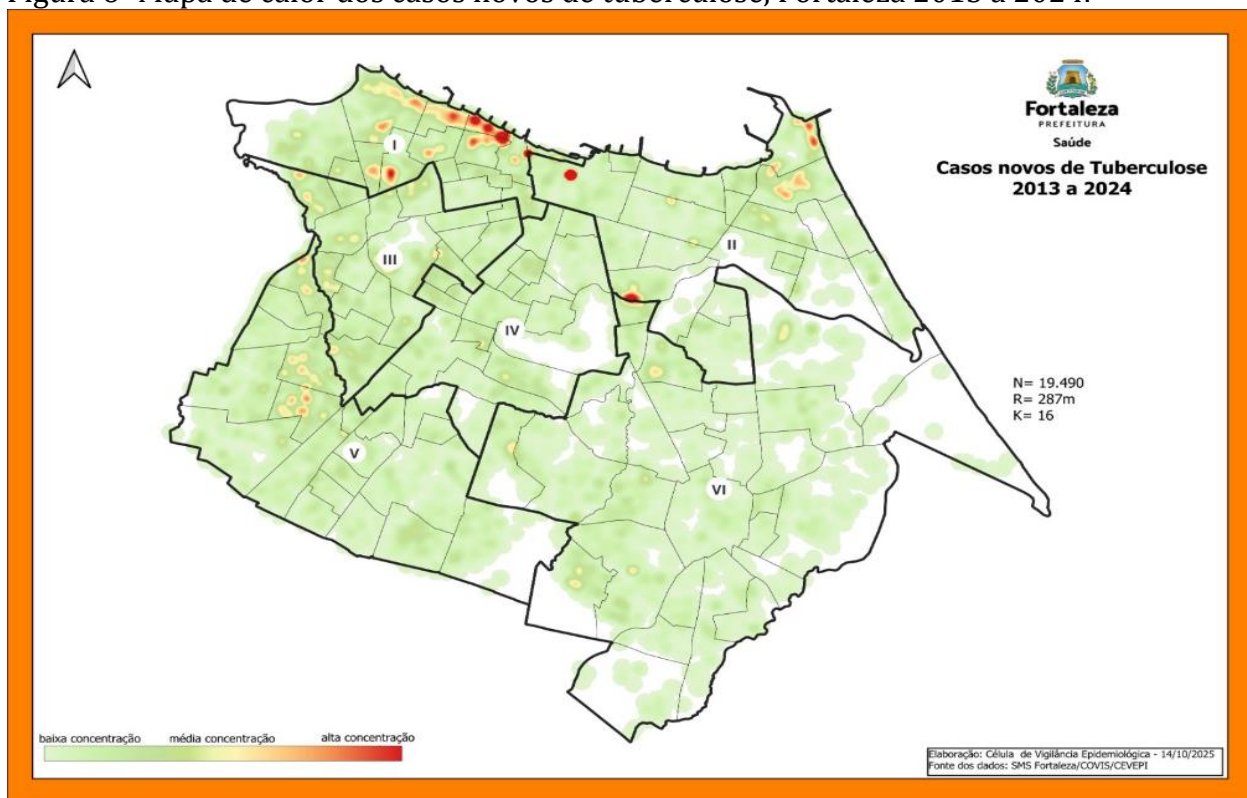
Gráfico 21 - Proporção de contatos examinados dos casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial dentre os identificados entre os anos de 2013 e 2024*.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

A Figura 6 demonstra a distribuição espacial dos casos novos de Tuberculose no município de Fortaleza, no período de 2013 a 2024. Observa-se concentração mais expressiva de casos nas CORES I e II, especialmente em áreas dos bairros localizados no território do Grande Pirambu, Vicente Pinzón e Cais do Porto, configurando zonas de alta concentração. Também se identificam agrupamentos menores nas regiões limítrofes entre as CORES III e V. O padrão espacial indica persistência de áreas prioritárias historicamente afetadas pela doença, evidenciando a influência das condições socioeconômicas e de vulnerabilidade urbana na manutenção da transmissão. Esses achados reforçam a necessidade de intensificar as ações de vigilância, busca ativa e acompanhamento de contatos nessas áreas de maior concentração.

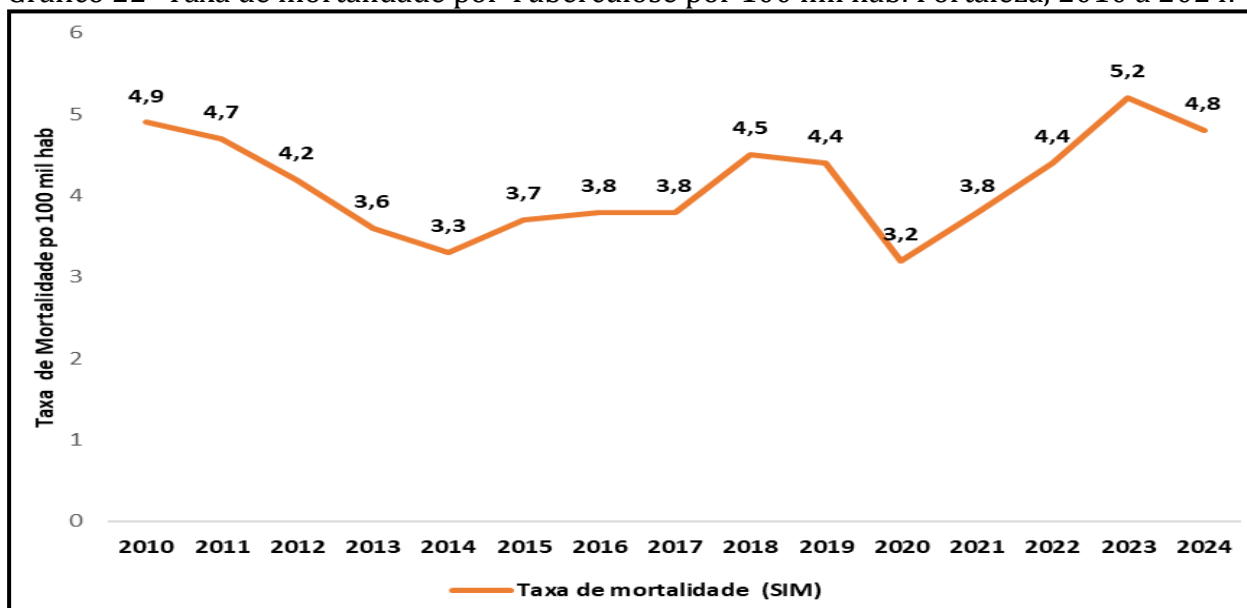
Figura 6- Mapa de calor dos casos novos de tuberculose, Fortaleza 2013 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

O Gráfico 22 apresenta a taxa de mortalidade por Tuberculose em Fortaleza no período de 2010 a 2024. Observa-se tendência oscilante, com redução gradual entre 2010 (4,9/100 mil hab.) e 2014 (3,3/100 mil hab.), seguida de leve aumento até 2019. Em 2020, nota-se queda expressiva (3,2/100 mil hab.), possivelmente associada à subnotificação durante a pandemia de covid-19. A partir de 2021, verifica-se nova elevação, atingindo o valor mais alto em 2023 (5,2/100 mil hab.), com discreta redução em 2024 (4,8/100 mil hab.). Esses resultados reforçam a necessidade de fortalecer o diagnóstico precoce, o acompanhamento dos casos e a integração das ações de vigilância e assistência para reduzir os óbitos evitáveis por Tuberculose, em consonância com a meta global de alcançar taxa inferior a 1 por 100 mil habitantes até 2035.

Gráfico 22- Taxa de mortalidade por Tuberculose por 100 mil hab. Fortaleza, 2010 a 2024.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /SIM (*dados sujeitos a alterações).

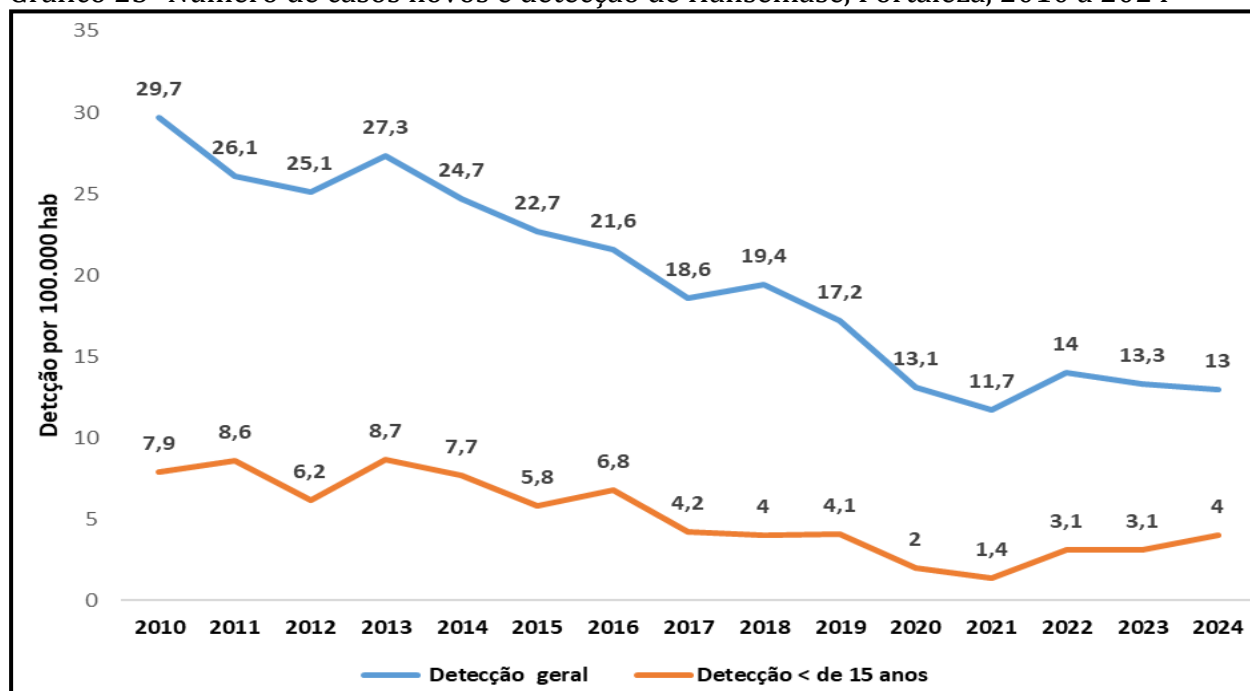
2.5 Hanseníase

Avaliando o cenário epidemiológico da Hanseníase no município de Fortaleza, observa-se que a taxa de detecção geral da Hanseníase apresentou tendência de queda contínua entre 2010 (29,7/100.000 hab.) e 2024 (13,0/100.000 hab.), saindo de um patamar muito alto para alto, segundo classificação do MS (Gráfico 23).

Nos menores de 15 anos, a detecção também diminuiu de 7,9/100.000 hab. em 2010 para 4,0/100.000 hab. em 2024, indicando redução, porém mantém-se em nível elevado, revelando persistência da transmissão ativa e infecção recente na população infantil.

Apesar do declínio geral, o comportamento das curvas, com oscilações após 2020, reforça a necessidade de fortalecimento da vigilância ativa, capacitação das equipes de Atenção Primária e busca de contatos para romper a cadeia de transmissão.

Gráfico 23- Número de casos novos e detecção de Hanseníase, Fortaleza, 2010 a 2024*



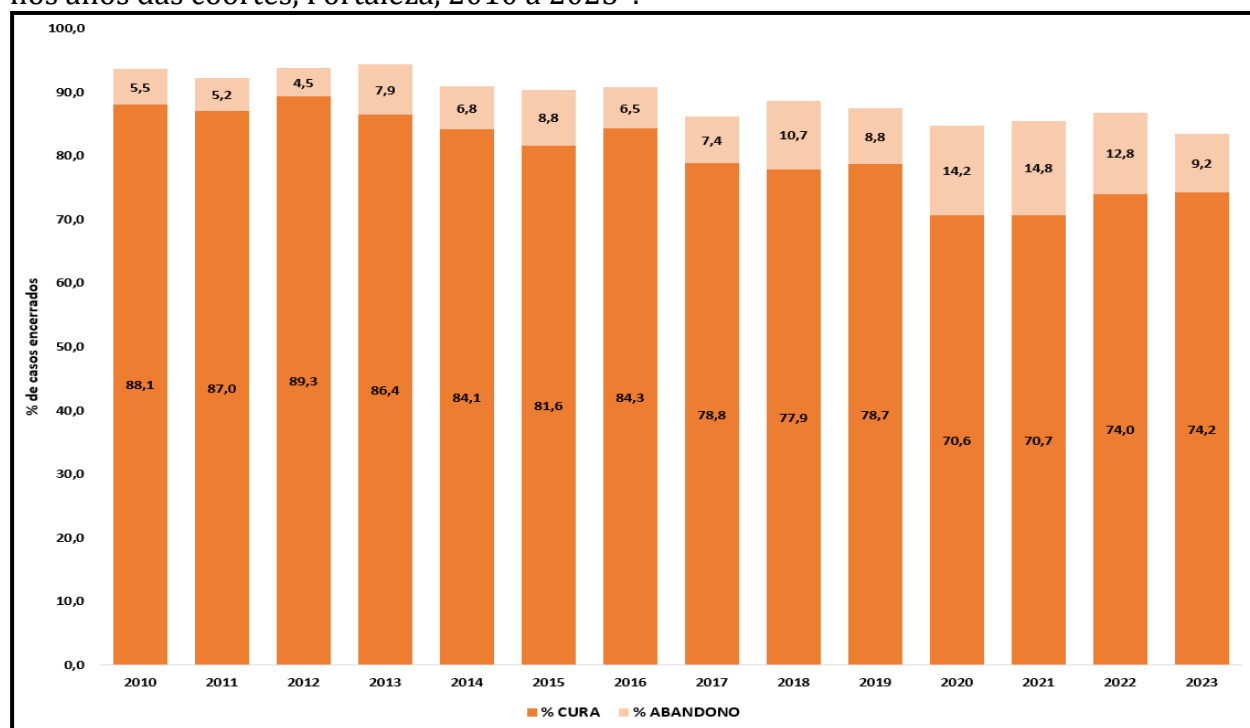
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Com base na Gráfico 24, observa-se que a proporção de cura dos casos novos de Hanseníase em Fortaleza apresentou tendência de queda ao longo da série histórica, passando de 88,1% em 2010 para 74,2% em 2023, permanecendo abaixo da meta de 90% preconizada pelo MS.

Paralelamente, verifica-se aumento progressivo das taxas de abandono, que oscilaram entre 4,5% e 14,8%, com os maiores valores observados a partir de 2020.

Essa situação indica fragilidades no acompanhamento e encerramento oportuno dos casos, possivelmente relacionadas a falhas na adesão ao tratamento, dificuldades de acesso e vigilância pós-diagnóstico.

Gráfico 24 - Proporção de cura e abandono dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Fortaleza, 2010 a 2023*.

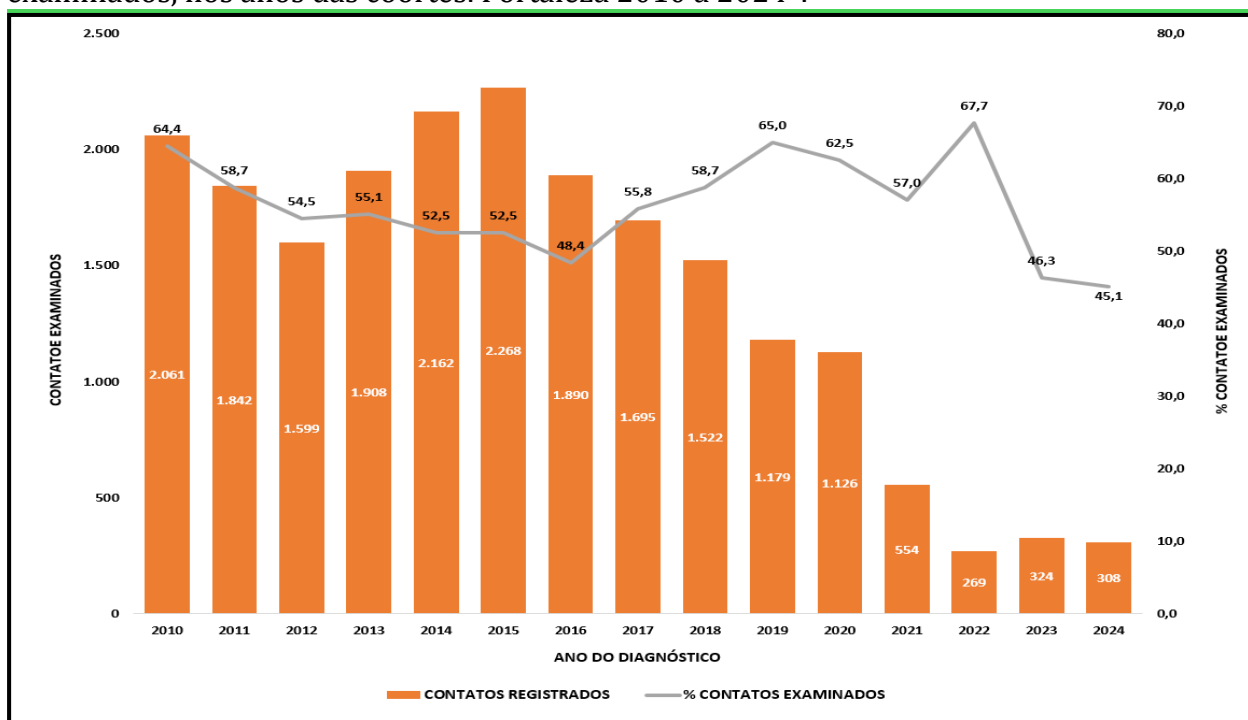


Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Com base no Gráfico 25, observa-se que o exame de contatos de casos novos de Hanseníase em Fortaleza apresentou redução expressiva ao longo da série histórica. Entre 2010 e 2018, a proporção de contatos examinados manteve-se em nível regular (entre 50% e 75%), com destaque positivo em 2019 (67,7%). Contudo, a partir de 2020, nota-se acentuado declínio, alcançando valores inferiores a 50% nos anos seguintes — classificação precária segundo o MS.

Esse comportamento indica fragilidade nas ações de vigilância e acompanhamento de contatos, possivelmente impactadas pelas restrições impostas pela pandemia e pela redução das buscas ativas. O resultado reforça a necessidade de retomar e fortalecer as estratégias de rastreamento e exame de contatos, fundamentais para interromper a cadeia de transmissão e detectar precocemente novos casos.

Gráfico 25 - Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de Hanseníase examinados, nos anos das coortes. Fortaleza 2010 a 2024*.



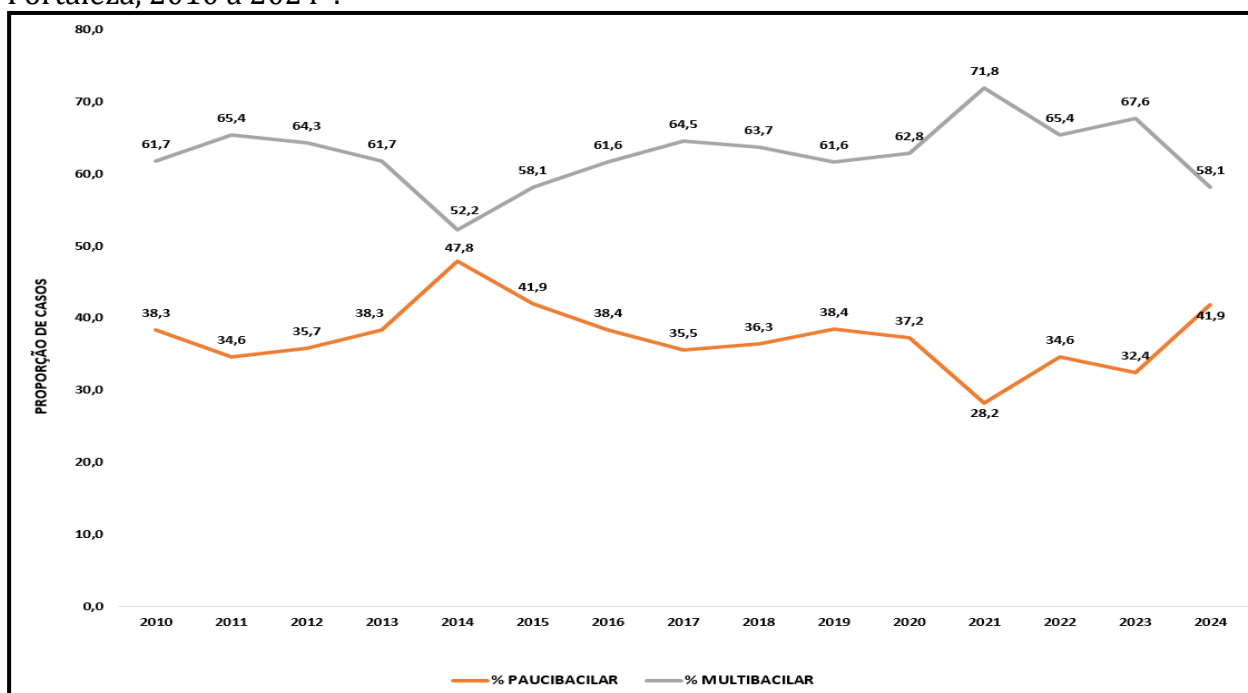
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Com base no Gráfico 26, observa-se que, no período de 2010 a 2024, a Hanseníase Multibacilar (MB) manteve-se predominante em Fortaleza, com proporções variando entre 58,1% e 71,8% dos casos novos. Essa predominância evidencia diagnóstico tardio, já que os casos MB refletem maior tempo de evolução da doença e maior potencial de transmissão. Os casos Paucibacilares¹(PB) oscilaram entre 28,2% e 47,8%, apresentando discreta elevação em 2024 (41,9%), podendo indicar melhora recente na detecção precoce.

O cenário reforça a necessidade de intensificar a busca ativa e o diagnóstico oportuno, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade, como estratégia essencial para interromper a cadeia de transmissão e reduzir o surgimento de formas avançadas da doença.

¹ Os casos paucibacilares de hanseníase não são contagiosos. A transmissão da hanseníase ocorre através de contato próximo e prolongado com uma pessoa doente que não iniciou o tratamento e está em fases mais avançadas da doença (multibacilar), por meio de gotículas de saliva ou secreções nasais liberadas ao falar, tossir ou espirra.

Gráfico 26- Proporção de casos novos de Hanseníase, segundo a classificação operacional, Fortaleza, 2010 a 2024*.



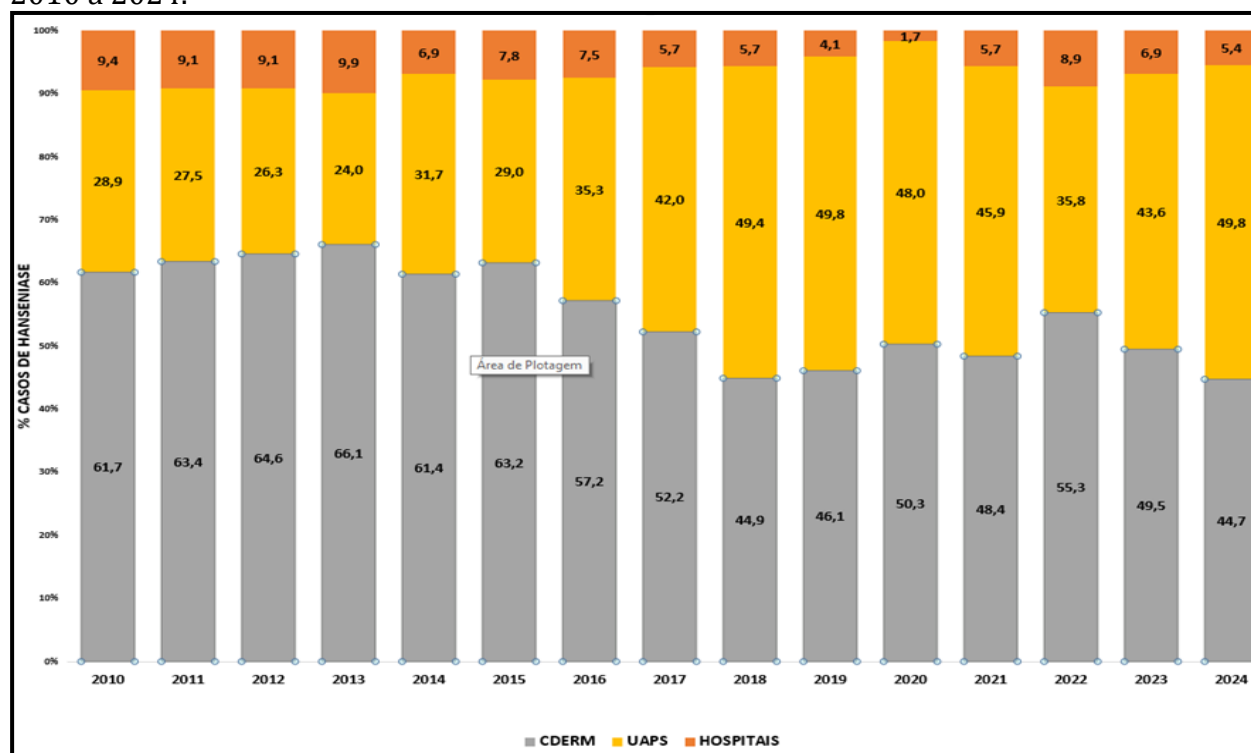
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Com base no Gráfico 27 verifica-se um avanço significativo na descentralização do diagnóstico da Hanseníase em Fortaleza ao longo da série histórica. Até 2016, o Centro de Referência Dermatológica Dona Libânia (CDERM) concentrava a maioria dos diagnósticos (acima de 60%), porém, a partir de 2017, observa-se aumento expressivo da participação das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que passaram de 35,3% em 2016 para cerca de 50% dos diagnósticos em 2020 e 2024.

Essa mudança evidencia o fortalecimento da Atenção Primária como porta de entrada para o controle da Hanseníase, favorecendo a detecção precoce e o acesso descentralizado ao diagnóstico e tratamento.

Apesar disso, o CDERM ainda mantém papel relevante como unidade de apoio e referência técnica, o que reforça a importância da integração entre os níveis de atenção para garantir a qualidade e continuidade do cuidado.

Gráfico 27 - Proporção de casos novos de hanseníase por Unidade Notificadora, Fortaleza 2010 a 2024.



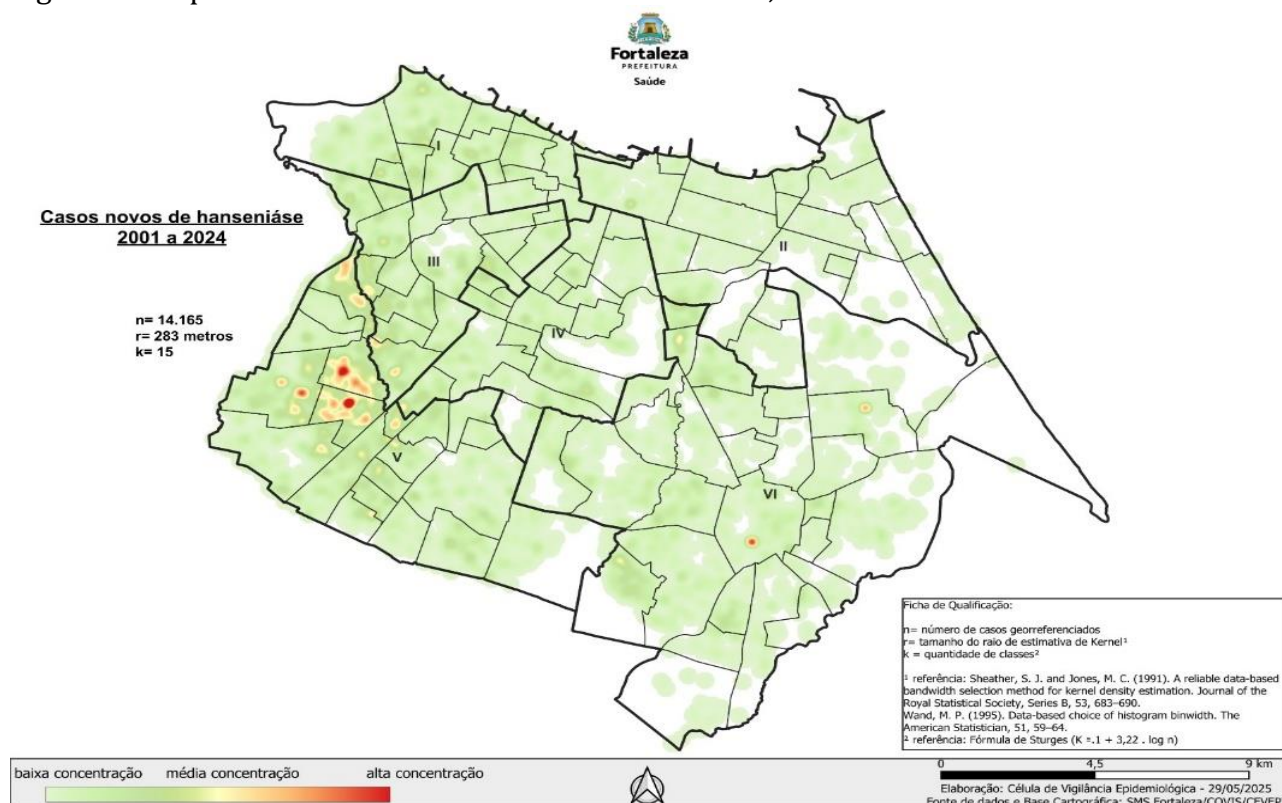
Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Com base na Figura 7, observa-se que a distribuição espacial dos casos novos de Hanseníase em Fortaleza (2001–2024) apresenta concentração elevada em áreas específicas da CORES V, principalmente nos bairros Parque Genibaú, Granja Portugal, Bom Jardim, Granja Lisboa, Parque São José e Parque Santa Rosa.

Foram identificados aglomerados de menor intensidade nas CORES VI e II, com destaque para Messejana, Jangurussu, Parque Santa Maria e Barroso.

Essas áreas de maior concentração indicam territórios prioritários para intensificação das ações de vigilância, busca ativa e controle da Hanseníase, evidenciando a influência dos determinantes sociais no padrão de ocorrência da doença e a necessidade de intervenções integradas entre saúde e políticas sociais para redução da endemicidade.

Figura 7 - Mapa de calor dos casos novos de Hanseníase, Fortaleza 2001 a 2024*.



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

2.6 Arboviroses

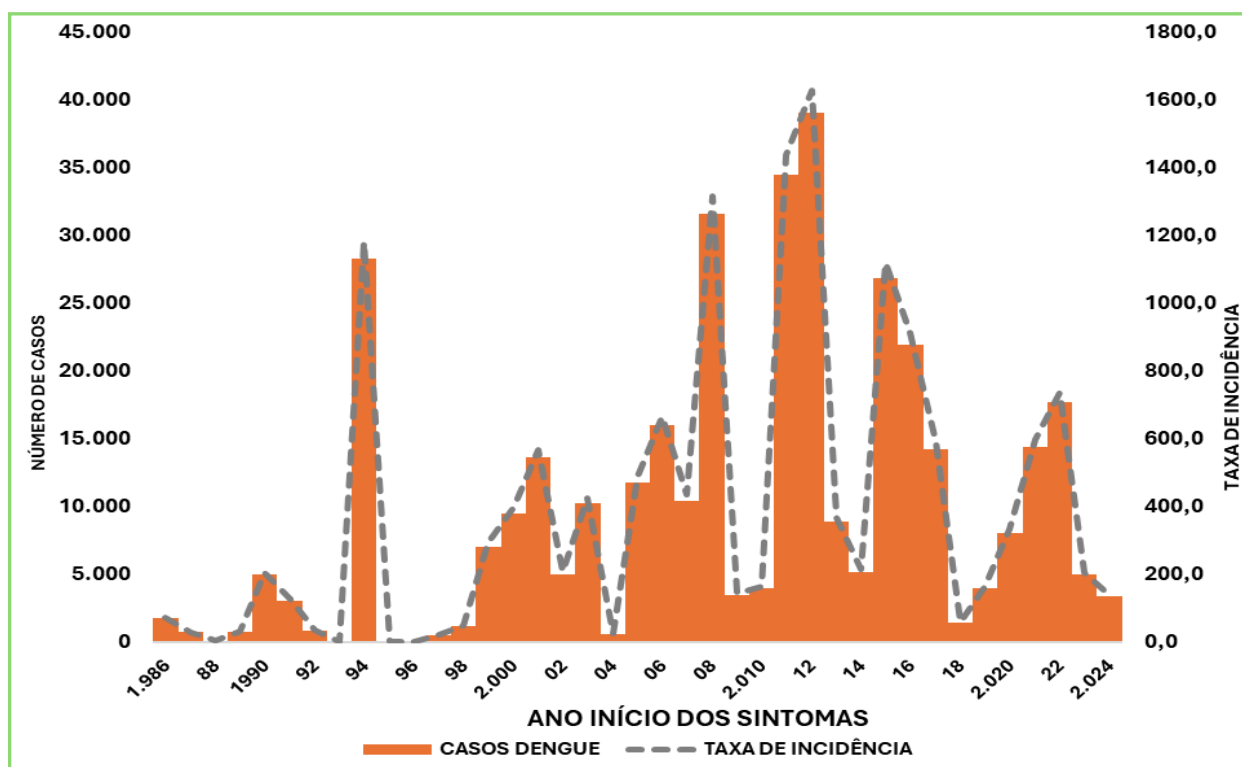
As Arboviroses são doenças causadas por vírus cujo principal transmissor é um artrópode. Esses vírus são adquiridos pelo vetor durante o contato com um ser humano ou animal infectado, sendo posteriormente transmitidos às pessoas por meio da picada. No município de Fortaleza, os arbovírus de maior preocupação para a Saúde Pública são: o vírus da Dengue (DENV), o Chikungunya (CHIKV) e o Zika (ZIKV).

A Dengue é endêmica em Fortaleza desde 1986. A emergência do vírus Chikungunya em 2014 e do vírus Zika em 2015 ampliou significativamente os desafios no enfrentamento das Arboviroses na cidade. Entre os principais obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde estão a circulação simultânea de mais de um arbovírus, a possibilidade de epidemias explosivas, a complexidade do diagnóstico diferencial, a necessidade de ajustes nos protocolos de conduta e a maior proporção de casos sintomáticos.

2.6.1 Dengue

A população de Fortaleza convive com a Dengue desde o ano de 1986 quando foi introduzido o sorotipo DENV1. No ano de 1994 foi introduzido o DENV2, em 2002 o DENV3 e o DENV4 foi introduzido no ano de 2012. A reintrodução do DENV2 em 2008 e DENV1 no ano de 2010-2011 determinam potencial epidêmico da doença. A introdução e reintrodução de diferentes sorotipos do vírus da Dengue em Fortaleza criaram condições favoráveis à transmissão da doença (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Número de casos confirmados e taxa de incidência de Dengue, Fortaleza, 1986 – 2020.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN ONLINE - Atualizado em: 1 out. 2025.

Entre 1986 e 2024 foram confirmados 369.380 casos de Dengue. A série histórica está organizada em cinco períodos distintos, conforme o sorotipo, o número de casos, a taxa de incidência anual e a ocorrência de óbito:

a) 1986 a 1993 – introdução e circulação do vírus DENV1 (único sorotipo isolado no período) com incidência variando de baixa a moderada. Destaque para 1986, 1990 e 1991 quando foram registradas respectivamente taxa de incidência de: 110,5, 286,8 e 171,1

casos por 100 mil habitantes. No período foram contabilizados 3,3% (12.062) de todos os casos de Dengue registrados no Município. Não houve notificação de caso grave e de óbito;

b) 1994 a 1996 – introdução do vírus DENV2 no ano de 1994 registrando a primeira grande epidemia da Dengue em Fortaleza (taxa de incidência de 1.513,9 casos por 100 mil habitantes). No triênio ocorreram 28.353 casos (7,7% de todos os registros da doença em Fortaleza, com 99,9% registrados em 1994). Ocorreram os primeiros casos graves (21) e os primeiros óbitos (09). No biênio 1995 e 1996 foram registradas as menores taxas de incidência do período (0,3 e 1,5 casos por 100 mil habitantes, respectivamente);

c) 1997 a 2007 - o ano de 1997 marca o início de um período de tendência ascendente dos casos da Dengue, com registros de picos epidêmicos anuais elevados, a partir de 1999, com incidência variando de 333,7 (1999) a 661,0 (2006) casos/100.000 habitantes; exceto em 2002 e 2004. Nos 11 anos foram contabilizados 85.719 casos da doença (23,2% de todos os casos registrados na história da Dengue no Município), dos quais 740 foram formas graves, sendo que 57 evoluíram para óbito (18,9% de todos os óbitos registrados no Município). No ano de 2002 foi registrada a introdução do DENV3.

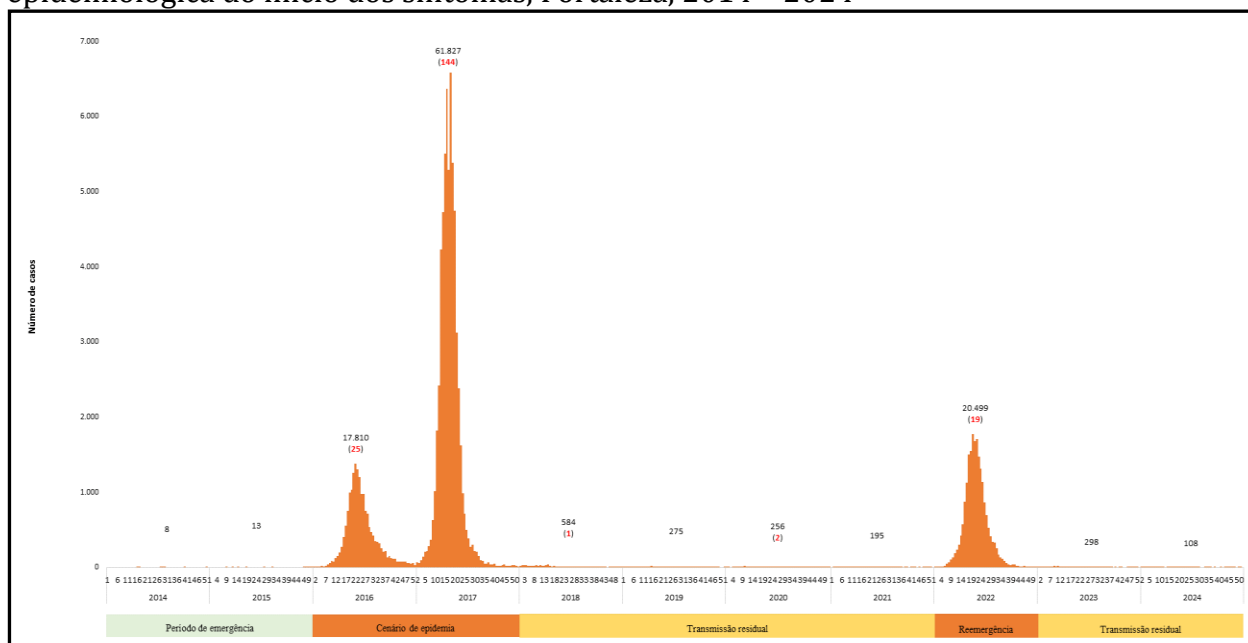
d) 2008 a 2013 – pode ser considerado o período das grandes epidemias da Dengue no Município de Fortaleza. A reintrodução do DENV2 produziu a epidemia de 2008 e do DENV1 no ano de 2011. No ano de 2012 foi registrada nova epidemia com a introdução do DENV4. Nesses seis anos foram registrados 121.331 casos de dengue (32,8% de todos os registros do Município), sendo 1.205 formas graves (57% de todas as formas graves registradas), das quais 122 evoluíram para óbito (40,4% de todos os óbitos). Nos anos epidêmicos a taxa de incidência acumulada foi respectivamente de 1.275,5 (2008), 1.393,2 (2011) e 1.562 (2012).

e) 2014 a 2024 – cenário de circulação do DENV simultânea com CHIKV e ZIKV a partir do ano de 2014. Nesses onze anos o DENV1 foi predominante até 2019 e o DENV2 em 2020 (reintroduzido no segundo semestre de 2019). No período foram registrados 121.915 casos (33,0% do total geral) e 114 óbitos. Registrado aumento no número de casos de 2014 para 2015 e tendência de queda entre 2016 e 2018. A partir de 2019, com a reintrodução do sorotipo DENV-2, houve uma nova tendência de aumento, passando de 3.930 casos em 2019 para 17.701 casos em 2022. Nos anos seguintes, verificou-se uma redução no número de casos, com 4.942 registros em 2023 e 3.397 em 2024.

2.6.2 Chikungunya

Os primeiros casos da Febre Chikungunya confirmados em residentes no município de Fortaleza foram registrados no ano de 2014. As investigações evidenciaram tratar-se de casos importados, considerando que os pacientes haviam viajado para áreas com circulação do vírus CHIKV. Os primeiros casos autóctones foram confirmados somente em dezembro de 2015, mas transmissão em padrão epidêmico ocorreu apenas em 2016. No período de 2014 a 2024 foram confirmados 101.873 casos, dos quais 191 evoluíram para óbitos. A distribuição dos casos por ano/semana epidemiológica no período de 2014 a 2024 está representada no Gráfico 29.

Gráfico 29 - Chikungunya: série temporal de casos confirmados por ano/semana epidemiológica do início dos sintomas, Fortaleza, 2014 – 2024



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN - Atualizado 01/10/2025. Dados sujeitos a alteração.

No período observa-se o seguinte cenário da Chikungunya em Fortaleza:

- 2014-2015: biênio da emergência da doença, sendo registrados apenas 21 casos, sendo 08 importados no ano de 2014 e 13 autóctones em 2015;
- 2016-2017: anos epidêmicos. O cenário em 2016 já foi de transmissão sustentada com registros de 17.810 casos, dos quais 25 evoluíram para óbitos. No ano de 2017 foram confirmados 61.827 casos, com registro de 144 óbitos. Nesses dois anos foram registrados 78,2% de todos os casos confirmados de Chikungunya no município e 75,4 dos óbitos;
- 2018-2021: após a epidemia registrada em 2017 o cenário foi de redução no número de

casos e óbitos. No período foram registrados apenas 1,3% (1.310) dos casos e 1,6% (03) dos óbitos;

- 2022: cenário de reemergência da doença. O número de casos foi superior ao registrado no mesmo período de 2016 (20.499/17.810), com taxa de incidência anual acumulada alcançando o patamar de 758,3 casos por 100 mil habitantes, mas o número de óbitos foi inferior (19/25);
- 2023 – 2024: cenário de baixa transmissão. No período foram registrados 406 casos de Chikungunya em residentes de Fortaleza. Desses 51,2% (298) em 2023 e 26,6% (108) casos no ano de 2024. Não foram notificados casos graves e óbitos, até o momento.

2.6.3 Doença aguda pelo vírus da Zika

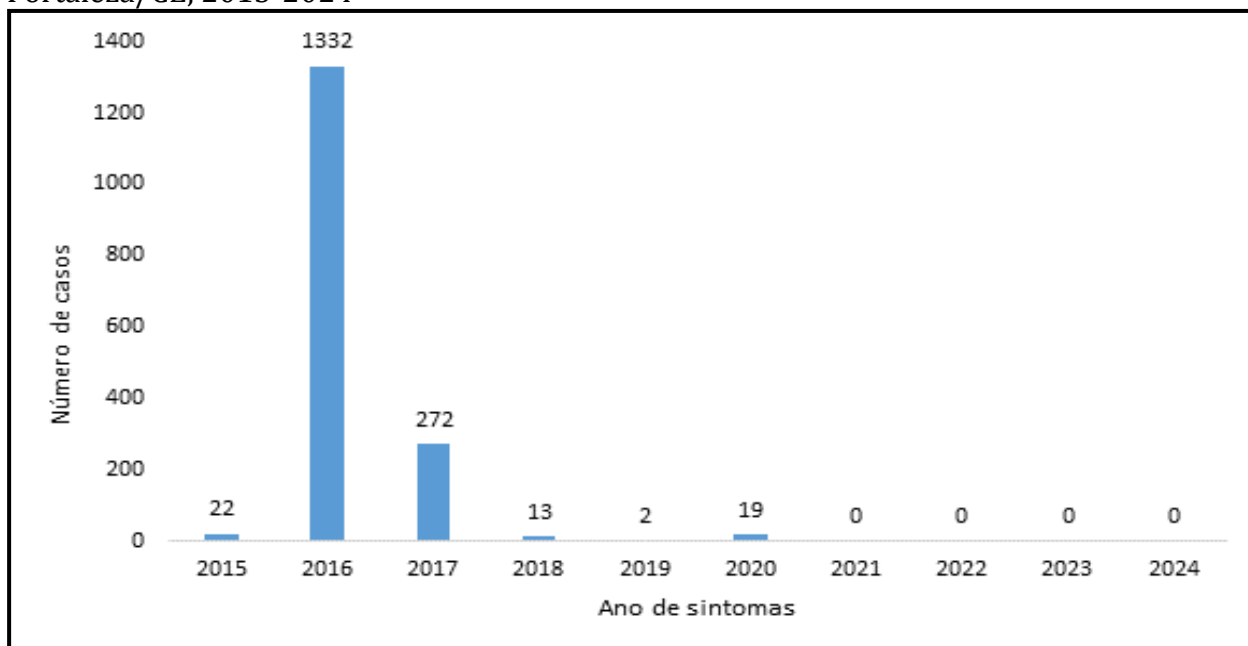
Os primeiros relatos de Zika no município de Fortaleza datam do final de 2014, quando passou a ser notificada uma síndrome febril exantemática² com clínica equivalente à Dengue, mas com resultados negativos em testes laboratoriais para essa doença. Os primeiros casos de Zika confirmados por teste de laboratório em residentes no município de Fortaleza foram registrados no ano de 2015.

No período de 2015 a 2024, foram confirmados 1.660 casos de Zika no município de Fortaleza. A maioria dos registros ocorreu em 2016, com 1.332 casos, o que corresponde a 80,2% do total, seguido de 2017, com 272 casos (16,4%). A partir de 2018, observou-se um cenário de baixa transmissão da doença, com apenas 34 casos notificados no SINAN entre 2018 e 2020, sendo 13 casos em 2018, 2 em 2019 e 19 em 2020. Nos anos de 2021, 2022, 2023 e 2024, até o momento, não há registro de casos confirmados de Zika em Fortaleza.

O Gráfico 30 mostra a distribuição dos casos por mês do início dos sintomas entre 2015 e 2024.

² Síndrome Febril Exantemática (SFE) é um termo que descreve um conjunto de doenças infecciosas, comuns na infância, caracterizadas por febre súbita seguida ou acompanhada de manchas vermelhas (exantema) na pele, como sarampo, rubéola, varicela, roséola, dengue, Zika e catapora.

Gráfico 30 - Zika: número de casos confirmados por ano do início dos sintomas, Fortaleza/CE, 2015-2024



Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINAN - Atualizado 01/10/2025. Dados sujeitos a alteração.

2.7 Leptospirose

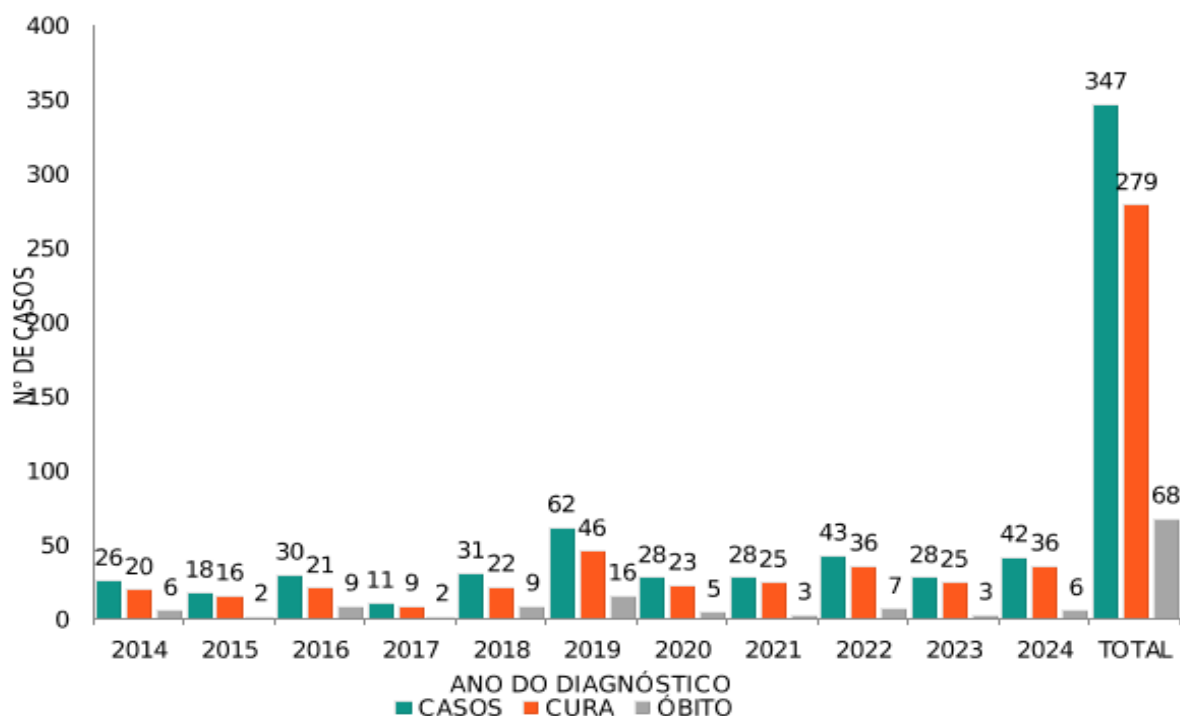
No período de 2014 a 2024, foram confirmados 347 casos de leptospirose no município de Fortaleza, dos quais 279 (80,4%) evoluíram para cura e 68 (19,6%) para óbito. A taxa média de letalidade manteve-se acima do esperado (<10%), indicando tanto a gravidade clínica dos casos notificados quanto a possível subnotificação das formas leves da doença.

A análise da série histórica evidencia flutuações interanuais com picos de incidência em 2019 (62 casos) e 2024 (42 casos). Após o aumento expressivo em 2019, observou-se redução em 2020, possivelmente relacionada à subnotificação decorrente da pandemia de covid-19. Entre 2021 e 2023, os registros permaneceram estáveis, seguidos de um novo aumento em 2024, possivelmente associado a eventos climáticos extremos, como chuvas intensas e enchentes.

O ano de 2019 apresentou a maior taxa de letalidade (25,8%), sugerindo surto de maior gravidade clínica ou retardo na busca por atendimento médico adequado. Em contrapartida, entre 2022 e 2023, observou-se redução da letalidade, possivelmente decorrente de avanços na vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce e melhor acesso ao tratamento oportuno.

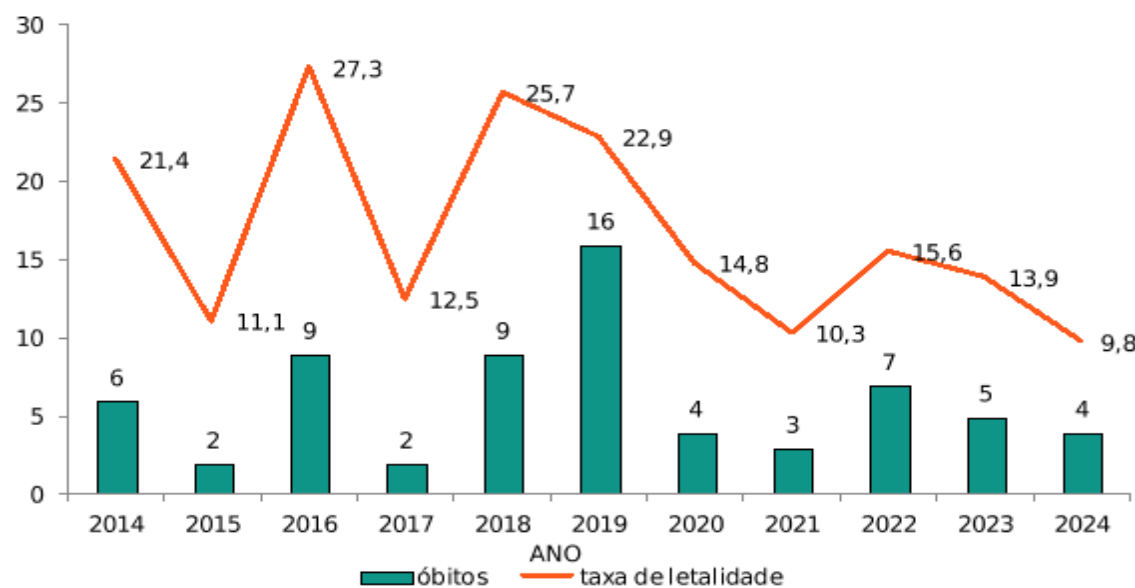
O comportamento epidemiológico indica padrão endêmico, com ocorrência de surtos episódicos nos períodos de maior pluviosidade. Tal padrão reforça a importância de ações preventivas contínuas, monitoramento de áreas de risco e resposta rápida durante os períodos chuvosos, especialmente em territórios de maior vulnerabilidade socioambiental.

Gráfico 31 - Leptospirose em Fortaleza 2021 a 2024: casos, cura e óbito



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI /Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Gráfico 32 - Leptospirose em Fortaleza 2014 a 2024 Óbitos x Taxa de Letalidade



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Tabela 3 - Leptospirose – Óbitos e Taxa de Letalidade (%) – Fortaleza (2014–2024)

Ano	Óbitos	Taxa de letalidade (%)
2014	6	21.4
2015	2	11.1
2016	9	27.3
2017	2	12.5
2018	9	25.7
2019	16	22.9
2020	5	14.8
2021	4	10.3
2022	7	15.6
2023	5	13.9
2024	4	9.8

Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net (*dados sujeitos a alterações).

Desafios para o controle da leptospirose:

- Taxa de letalidade elevada (19,6%), superior ao limite esperado (<10%).
- Subnotificação e subdiagnóstico de casos leves e moderados.
- Deficiências em saneamento básico e presença de roedores em áreas urbanas.
- Impactos de eventos climáticos extremos (chuvas intensas e enchentes) sobre a incidência.

- Fragilidade da articulação intersetorial entre Vigilância, Atenção Básica e órgãos ambientais.
- Busca tardia por atendimento médico e baixa percepção de risco pela população.

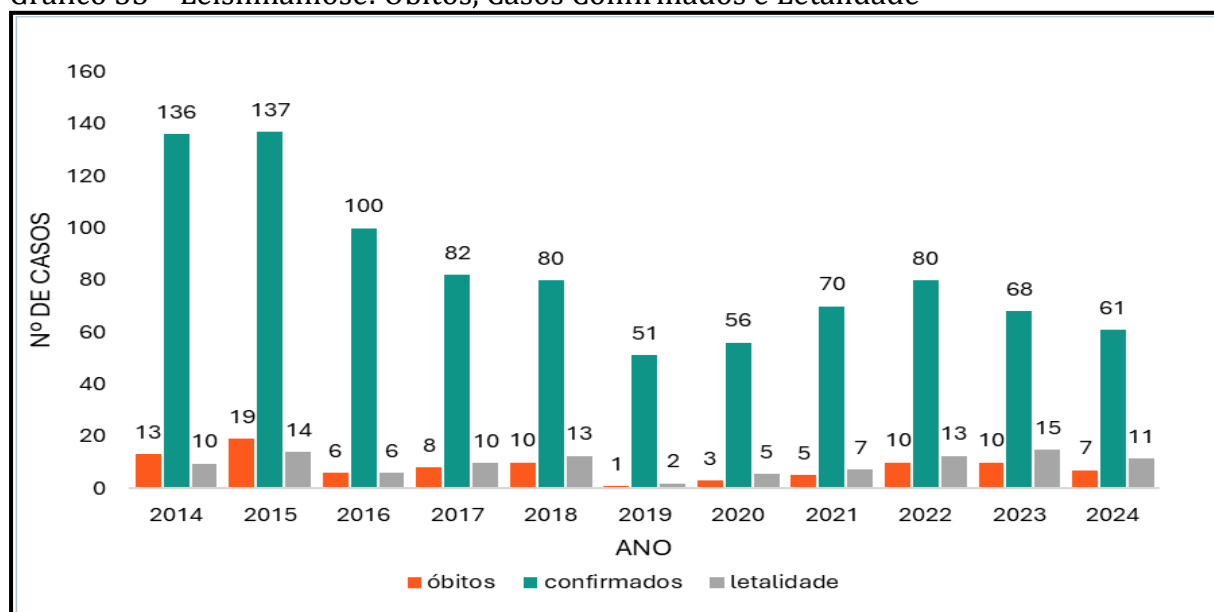
2.8 Leishmaniose

Os dados indicam picos epidêmicos em 2014 e 2015, com 136 e 137 casos respectivamente. Após esse período, houve uma queda gradual até 2019, seguida de um novo aumento nos últimos anos, especialmente em 2022 (80 casos) e 2023 (68 casos). O maior número de óbitos ocorreu em 2015, com 19 mortes. Após queda significativa entre 2016 e 2021, houve aumento recente, chegando a 10 óbitos em 2022 e 2023. A persistência de óbitos indica necessidade de melhorias no diagnóstico e tratamento. A letalidade manteve-se alta em anos de menor incidência de casos, indicando possível subnotificação de casos leves e desafios no manejo clínico.

Desafios:

- Recorrência de ciclos epidêmicos, com alta letalidade em certos anos.
- Potencial subnotificação de casos menos graves.
- Fragilidades no diagnóstico precoce e acesso ao tratamento.
- Necessidade de fortalecimento das ações de controle vetorial e educação em saúde.

Gráfico 33 – Leishmaniose: Óbitos, Casos Confirmados e Letalidade



Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net.

Tabela 4 - Leishmaniose: óbitos, casos confirmados e letalidade

Ano	Casos confirmados	Óbitos	Letalidade (%)
2014	136	13	9,56
2015	137	19	13,87
2016	100	6	6,00
2017	82	8	9,76
2018	80	10	12,50
2019	51	1	1,96
2020	56	3	5,36
2021	70	5	7,14
2022	80	10	12,50
2023	68	10	14,71
2024	61	7	11,48

Fonte: SMS/COVIS/CEVEPI/Sinan Net.

Desafios:

- Controle Vetorial: intensificação de ações permanentes de controle do mosquito-palha, com manejo ambiental e uso estratégico de inseticidas.
- Capacitação Profissional: treinamento contínuo para diagnóstico rápido e manejo clínico adequado, especialmente da forma visceral.
- Fortalecimento da Vigilância: monitoramento rigoroso dos casos e óbitos, com investigação rápida de surtos e análise georreferenciada.
- Educação Comunitária: campanhas educativas para prevenção, reconhecimento dos sintomas e importância do tratamento precoce.
- Integração Intersetorial: articulação com setores de meio ambiente e saneamento para controle dos criadouros e melhoria das condições ambientais.

2.9 Meningites

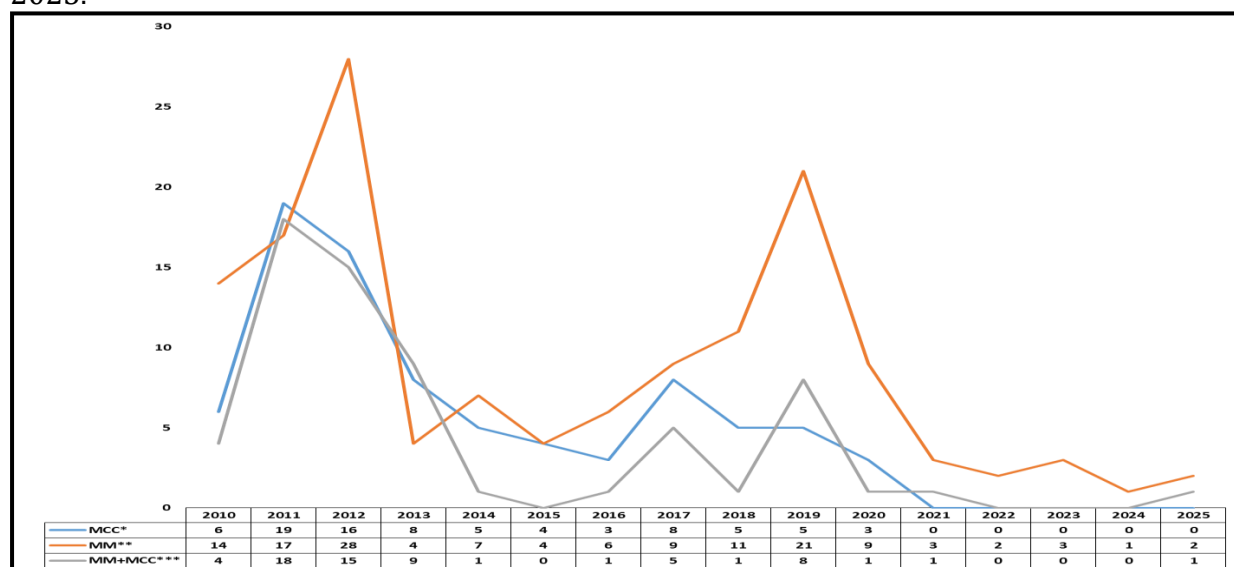
O Gráfico 34 apresenta a distribuição das Doenças Meningocócicas (DM) no município de Fortaleza no período de 2010 a 2025. Durante esse intervalo, os casos de Meningite Meningocócica (MM) apresentaram a maior incidência, com 130 registros, representando 47% do total de notificações de DM.

A segunda maior incidência foi a Meningite Meningocócica do tipo C (MCC), com 82 casos, o que corresponde a 29,8% do total. Em seguida, observam-se os casos combinados de Meningite Meningocócica (MM + MCC), com 63 registros, representando 22,9% do

total de DM.

No que se refere à evolução dos casos, registraram-se, ao longo do período, 70 óbitos, com destaque para os anos de 2011 (15 óbitos) e 2019 (13 óbitos), que apresentaram os maiores índices de mortalidade.

Gráfico 34 - Casos de DM por ano da notificação segundo a classificação, Fortaleza 2010 a 2025.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan Net.

2.10 Sífilis

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar e persistente, causada por bactéria e tem caráter sistêmico e curável. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde. A prevenção da transmissão vertical (TV) da sífilis ocorre quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente.

A sífilis na gestação pode implicar consequências como aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênicas precoces ou tardias. Dessa forma, a vigilância, a prevenção e o tratamento da sífilis são fundamentais para a redução da transmissão da vertical.

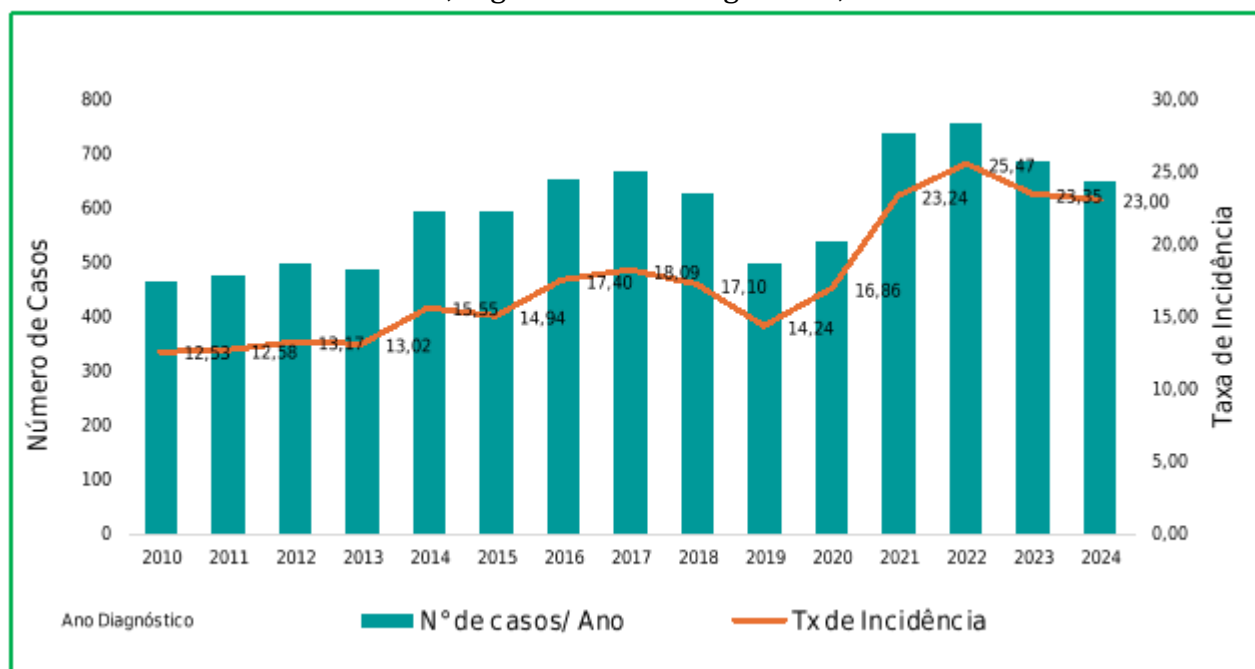
2.10.1 Sífilis congênita

No período 2010 a 2024, o município de Fortaleza notificou 8.910 casos de sífilis congênita em RN de mães residentes no Município. O Gráfico 35 mostra o comportamento da incidência da sífilis congênita em menores de 1 ano, que evoluiu de 12,53 casos por 1000 NV em 2010 para 23,00 no ano de 2024, com um pico de 25,47 em 2022 e atingindo 23,35 em 2024.

Considerando que a meta preconizada pelo MS é de 0,5 casos por 1000 NV ao ano (incluindo natimorto) até 2030, ainda é preciso enfrentamento contínuo da Rede para alcançar patamares preconizados.

O cenário epidemiológico da sífilis em Fortaleza pode ser atribuído a fatores ocorridos durante o período pré-natal, que se referem à vigilância da sífilis em gestante: diagnóstico da mãe não realizado, tratamento inadequado ou não registrado e seguimento laboratorial impróprio, a partir da identificação do caso. Em particular, a falta de informação sobre a condição da gestante, sobretudo em relação ao tratamento e exames laboratoriais, gera dúvida entre os profissionais no momento do parto levando, eventualmente, à notificação da sífilis congênita e tratamento do bebê.

Gráfico 35 - Número absoluto e taxa incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de mães residentes em Fortaleza, segundo ano de diagnóstico, 2010-2024*.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan Net (*Dados extraídos do Sinan em 13/10/2025).

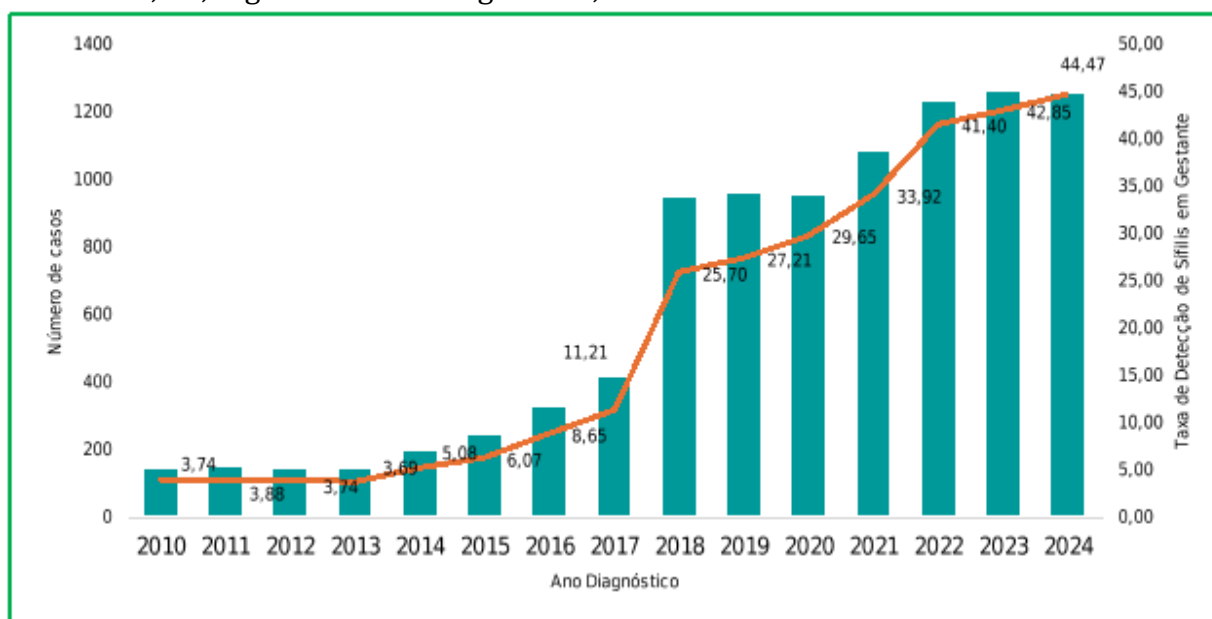
2.10.2 Sífilis em gestante

No período de 2010 a 2024 foram confirmados 9.390 casos de sífilis em gestante. A taxa de detecção evoluiu de 3,74 por 1.000 NV em 2010 para 42,85 por 1.000 NV em 2024.

O pico de notificações foi registrado em 2022, com taxa de detecção de 25,47. O crescimento dessa taxa de detecção reflete o aumento das notificações inseridas no Sinan Net, com iniciativas que visaram a melhoria da qualidade da vigilância e da assistência (diagnóstico precoce com a inserção do teste rápido na rotina do pré-natal).

A trajetória descendente da sífilis congênita só será iniciada quando o número de casos notificados na gestação for maior do que aqueles identificados no momento do parto.

Gráfico 36 - Número Absoluto e Taxa Detecção de sífilis em gestante, residentes em Fortaleza, CE, segundo ano de diagnóstico, 2010-2024*.



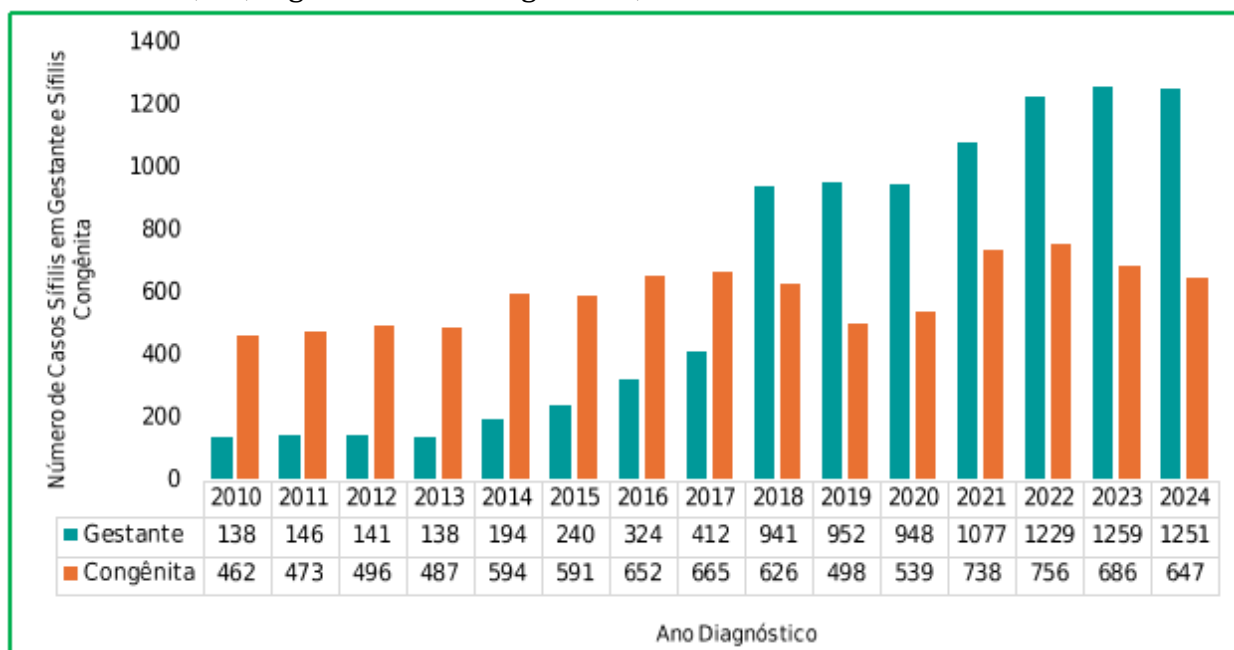
Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan Net. (*Dados extraídos do Sinan em 13/10/2025 e sujeitos a alterações).

O Gráfico 37 mostra em números absolutos o comportamento da sífilis congênita e sífilis em gestante no município de Fortaleza no período de 2010 a 2024. Observa-se que a notificação de sífilis congênita foi superior a sífilis em gestante até o ano de 2017. Essa superioridade reflete a subnotificação da doença em gestante. Em 2018 esse cenário muda devido ao trabalho contínuo realizado com as UAPS até o ano 2024.

A redução da incidência da sífilis (gestante e congênita) depende de fatores como a

detecção da gestante com sífilis no primeiro trimestre de gestação, acesso ao resultado oportuno do VDRL, implantação de teste rápido nas unidades onde realizam o pré-natal, acesso ao tratamento adequado, bem como a realização e monitoramento mensal do VDRL na gestação.

Gráfico 37 - Número absoluto de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, residentes em Fortaleza, CE, segundo ano de diagnóstico, 2010-2024*.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/Sinan Net. (*Dados extraídos do Sinan em 13/10/2025 e sujeitos a alterações).

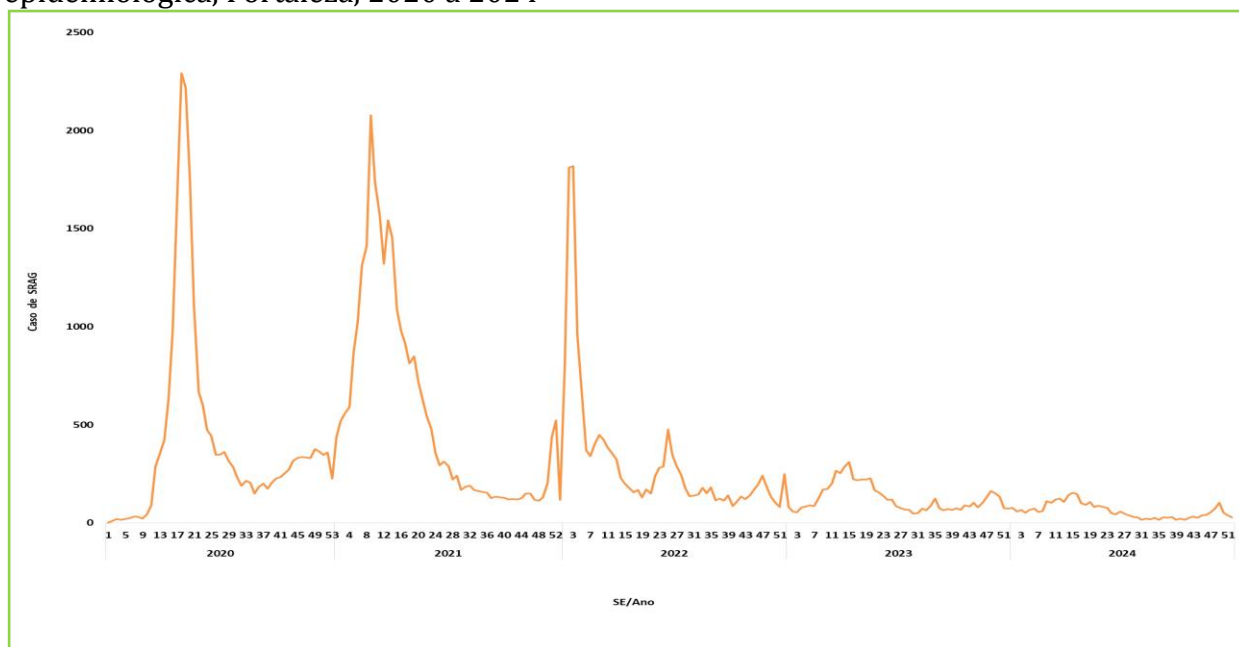
A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é uma condição que afeta o sistema respiratório e pode ser provocada por diferentes agentes infecciosos, como o vírus da influenza e outros vírus respiratórios. Esses agentes podem atingir as vias aéreas superiores e causar complicações graves. Com a emergência da covid-19 e a confirmação de circulação comunitária no Brasil, a vigilância de SRAG foi ampliada para identificar casos associados à covid-19. O acompanhamento epidemiológico de SRAG é feito por meio das fichas de notificação registradas no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

A análise dos casos de SRAG no município de Fortaleza entre 2020 e 2024 evidencia mudanças significativas no comportamento da doença. Em 2020, foram registrados 21.858 casos, com pico na SE 18 (2.292 casos), acompanhando o início da pandemia de covid-19,

principal agente etiológico naquele período. Em 2021, o total aumentou para 29.301 casos, com pico na SE 9 (2.079 casos), refletindo a segunda onda da pandemia e a circulação de variantes mais transmissíveis. A partir de 2022, observou-se redução dos casos (16.212), com pico na SE 3 (1.820 casos) e declínio rápido ao longo do ano, associado ao avanço da vacinação e à reintrodução de outros vírus respiratórios, como a Influenza. Em 2023, a queda foi mais acentuada, totalizando 6.477 casos, com pico na SE 15 (310 casos). Em 2024, até a SE 52, foram notificados 3.205 casos, com maior registro também na SE 15 (154 casos).

Observa-se, ao longo do período, a consolidação de um padrão sazonal da SRAG no município, com maior concentração de casos entre os meses de março e junho, coincidindo com o período de maior circulação dos vírus respiratórios. Nota-se também uma transição no perfil etiológico, com a covid-19 deixando de predominar e maior diversidade de agentes virais identificados, refletindo o comportamento típico das doenças respiratórias sazonais.

Gráfico 38 – Distribuição dos casos notificados de SRAG, segundo ano e semana epidemiológica, Fortaleza, 2020 a 2024*



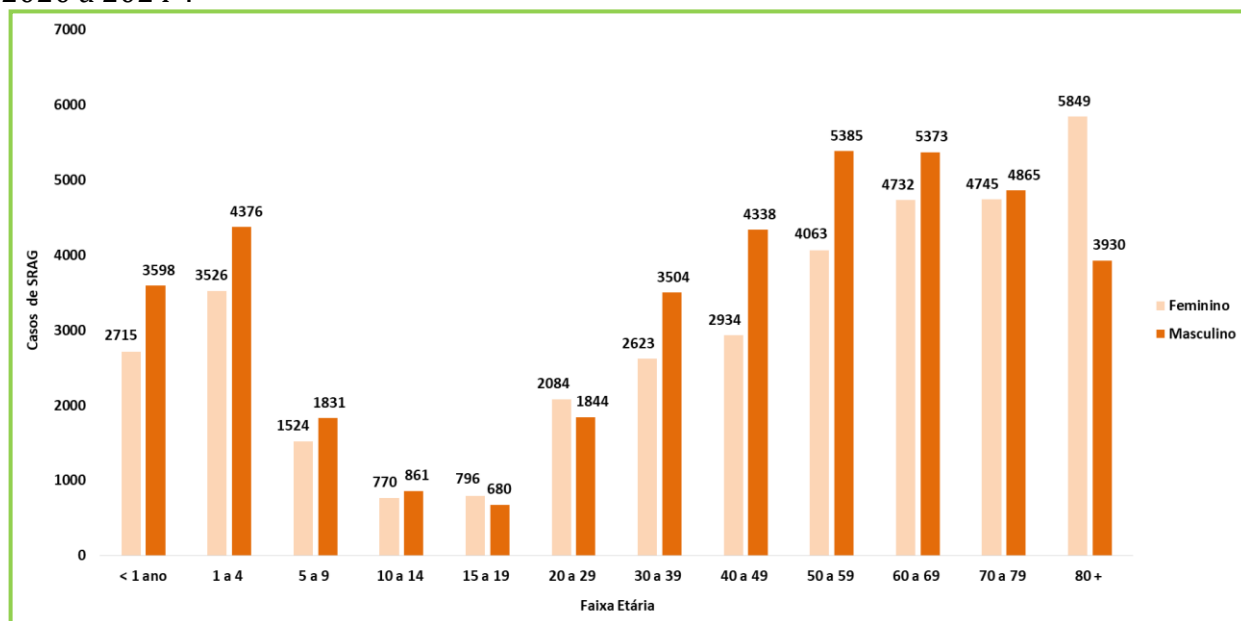
Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe/SIVEP gripe. Dados atualizados em 14/10/2025, sujeito a alterações.

A faixa etária que mais registrou hospitalizações foi a de 60 a 69 anos, correspondendo a 13,1%. O sexo masculino também teve uma maior incidência de

hospitalizações, com 53% do total.

Entre as crianças, os extremos da infância apresentam destaque, com 8,2% dos casos em menores de 1 ano e 10,2% entre 1 e 4 anos, em ambos os sexos, reforçando a necessidade de atenção especial à população pediátrica.

Gráfico 39 - Distribuição dos casos notificados de SRAG segundo faixa etária, Fortaleza, 2020 a 2024*.



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe/SIVEP gripe. Dados atualizados em 14/10/2025, sujeito a alterações.

A vigilância da SRAG é fundamental para a detecção precoce de surtos, identificação dos agentes causadores e acompanhamento das tendências epidemiológicas na população. O monitoramento contínuo orienta a tomada de decisões, embasa a implementação de medidas de prevenção e controle e contribui para a formulação de políticas de saúde pública eficazes. Nesse contexto, o fortalecimento da vigilância da SRAG é essencial para assegurar uma resposta rápida a eventos de relevância sanitária.

2.11 Doenças e Agravos Não Transmissíveis

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) não têm etiologia associada a um agente biológico único, sendo multicausais e decorrentes de determinantes físicos, sociais, econômicos e ambientais. Compartilham fatores de risco comportamentais comuns e potencialmente modificáveis, entre os quais se destacam tabagismo, consumo excessivo de

álcool, obesidade, dislipidemias (frequentemente relacionadas ao consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), alimentação inadequada e inatividade física.

A vigilância epidemiológica das DANT visa caracterizar o padrão de ocorrência, a tendência temporal e a magnitude dessas condições e de seus fatores de risco e de proteção, fornecendo subsídios para o planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação de ações de atenção integral alinhadas às necessidades da população.

Incluem-se nas DANT dois grandes grupos de eventos: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes mellitus e as causas externas, que abrangem acidentes e violências.

2.11.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As DCNT representam a maior carga de morbimortalidade global, sendo responsáveis por cerca de 63% das mortes no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. A elevada expressão das DCNT decorre das transições demográfica e epidemiológica, das mudanças nos padrões de vida e dos efeitos da globalização. A redução da morbimortalidade por esses agravos constitui um desafio central para a ciência e para as políticas públicas.

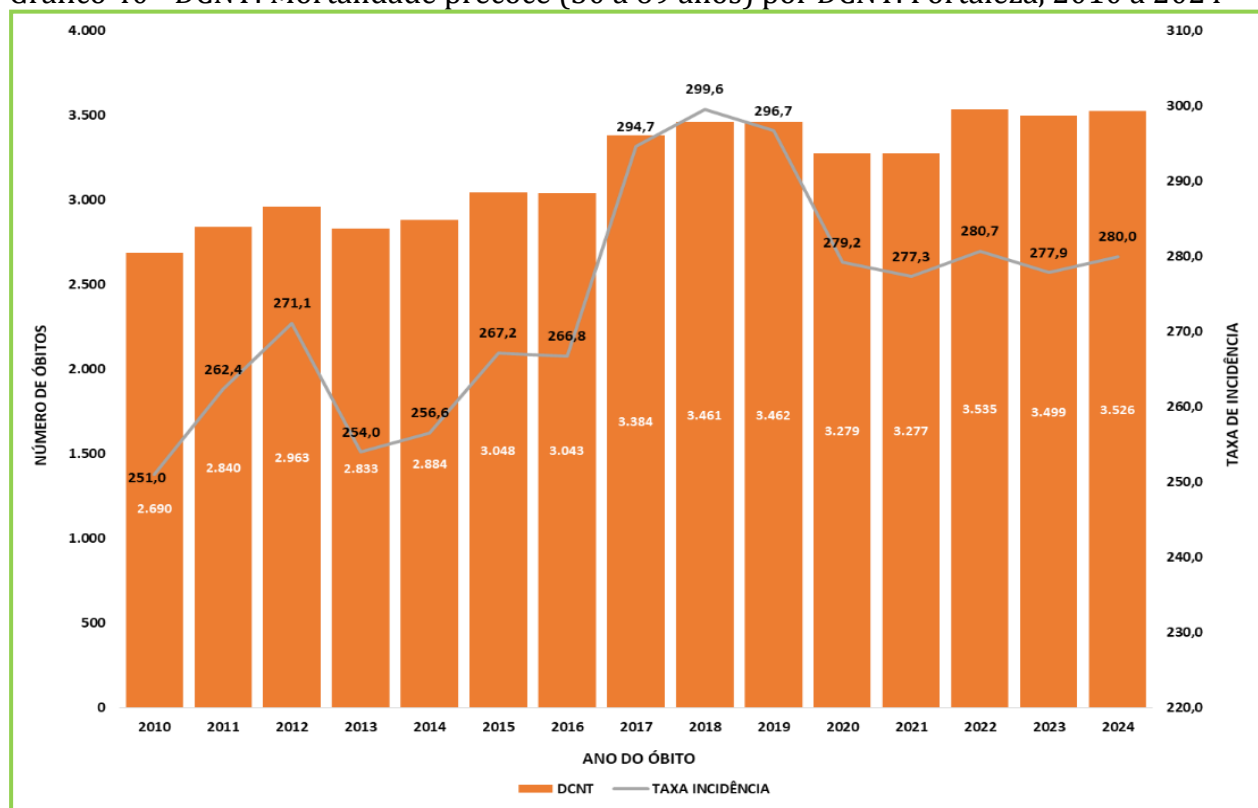
No Brasil, as DCNT são as principais causas de óbito, respondendo por aproximadamente 72% das mortes. Apesar dessa magnitude, observou-se uma redução de 20% na taxa de mortalidade por DCNT na última década, impulsionada sobretudo pela queda dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e respiratórias. Paralelamente, verificou-se aumento nas taxas de mortalidade por diabetes e por neoplasias ao longo do mesmo período, afetando todas as camadas socioeconômicas e incidindo com maior intensidade sobre grupos vulneráveis, como idosos e pessoas com baixa escolaridade e renda.

As DCNT também são responsáveis por parcela substancial dos gastos em saúde, estimada em cerca de 70% dos dispêndios assistenciais, com tendência de crescimento. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 indicou que mais de 45% da população adulta (aproximadamente 54 milhões de pessoas) relata ao menos uma DCNT.

No município de Fortaleza, a mortalidade prematura por DCNT manteve-se elevada ao longo do período analisado, com taxas geralmente superiores a 250 óbitos por 100 mil habitantes e picos acima de 290 óbitos por 100 mil habitantes entre 2017 e 2019. A

tendência nos anos subsequentes foi de estabilidade. A média mensal de óbitos no período foi de 3.182, com coeficiente médio de 274,4 óbitos por 100 mil habitantes (Gráfico 40).

Gráfico 40 - DCNT: Mortalidade precoce (30 a 69 anos) por DCNT. Fortaleza, 2010 a 2024

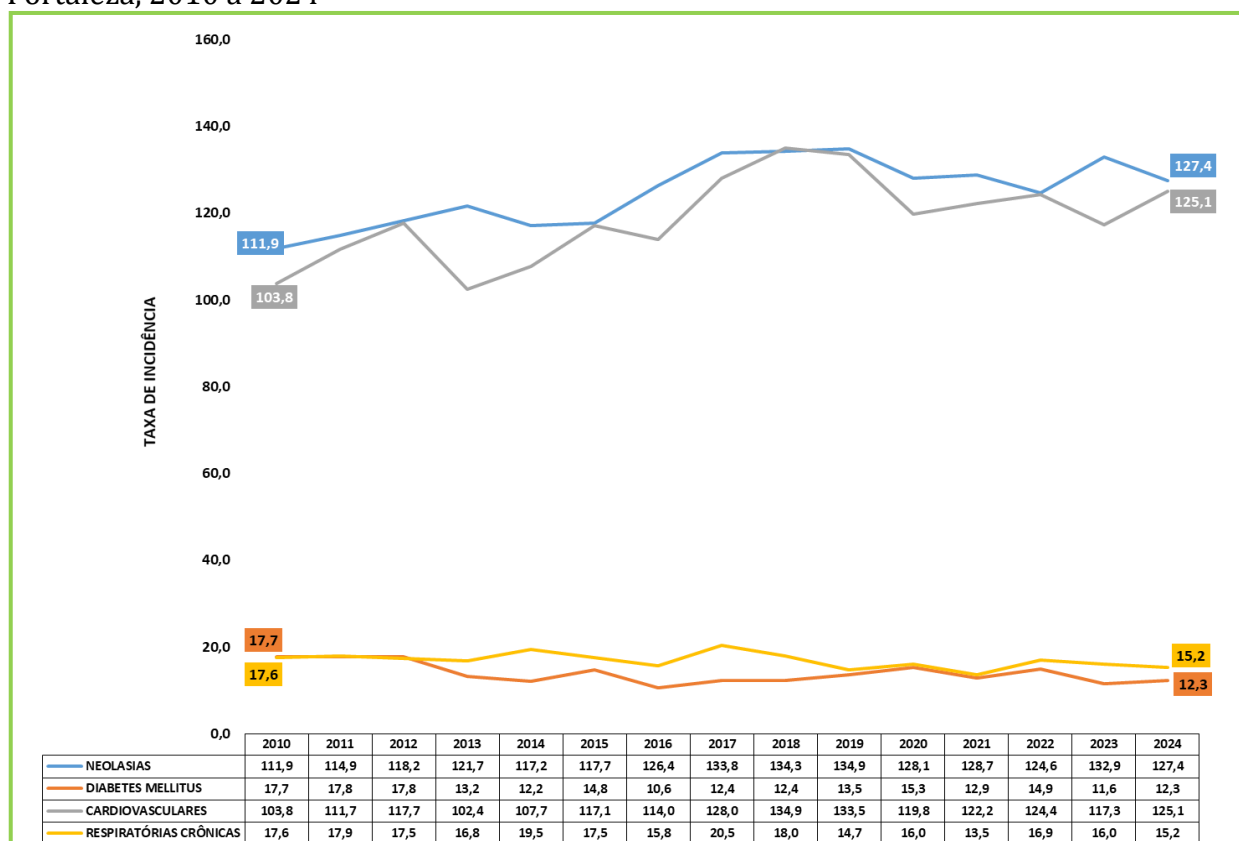


Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

A análise segundo componentes, mostra o impacto das neoplasias e doenças do aparelho circulatório na mortalidade por DCNT, com coeficientes acima de 100 óbitos por 100.000 habitantes durante todo o período.

Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas apresentam taxas de mortalidade menores em relação às duas primeiras, porém, possuem uma expressividade significativa na morbidade por DCNT, respondendo por uma considerável carga de morbidade em todo o mundo (Gráfico 41).

Gráfico 41- DCNT: Mortalidade precoce (30 a 69 anos, segundo componentes) por DCNT. Fortaleza, 2010 a 2024



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

2.11.2 Violência interpessoal e autoprovocada

A violência e os acidentes exercem grande impacto social e econômico, sobretudo no setor de saúde, por acometer pessoas em idade produtiva. A vigilância desses agravos, historicamente tem sido feita por meio do monitoramento de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Entretanto, esses dois sistemas não permitem a identificação de lesões de menor gravidade, as quais não determinam mortes ou internações, mas são responsáveis por uma forte demanda nas emergências, muito menos são capazes de notificar as violências silenciadas no âmbito privado. Tais informações são restritas às vítimas e têm descrição sucinta. Assim, a real magnitude e a gravidade dos acidentes e violências sobre a saúde da população brasileira continuam desconhecidas. Visando responder a esta demanda, o MS, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o qual é constituído por dois componentes:

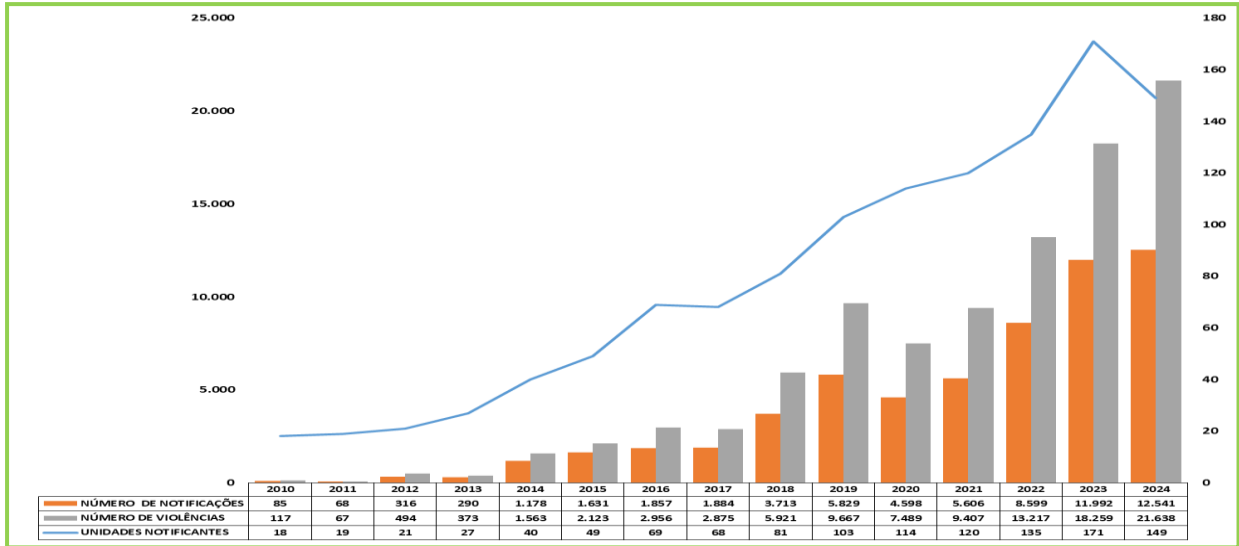
- 1) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan);

2) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

O objetivo do VIVA é conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência.

O município de Fortaleza iniciou o processo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada em 2006. Entretanto a implantação tem sido muito lenta, vindo a apresentar alguma visibilidade a partir do ano de 2014. A partir daí, observa-se um crescente no número de notificações. Durante todo o período registrou-se 63.514 notificações, totalizando 102.069 violências (Gráfico 42).

Gráfico 42 - Violência Interpessoal e Autoprovocada: evolução da notificação. Fortaleza, 2010 a 2024

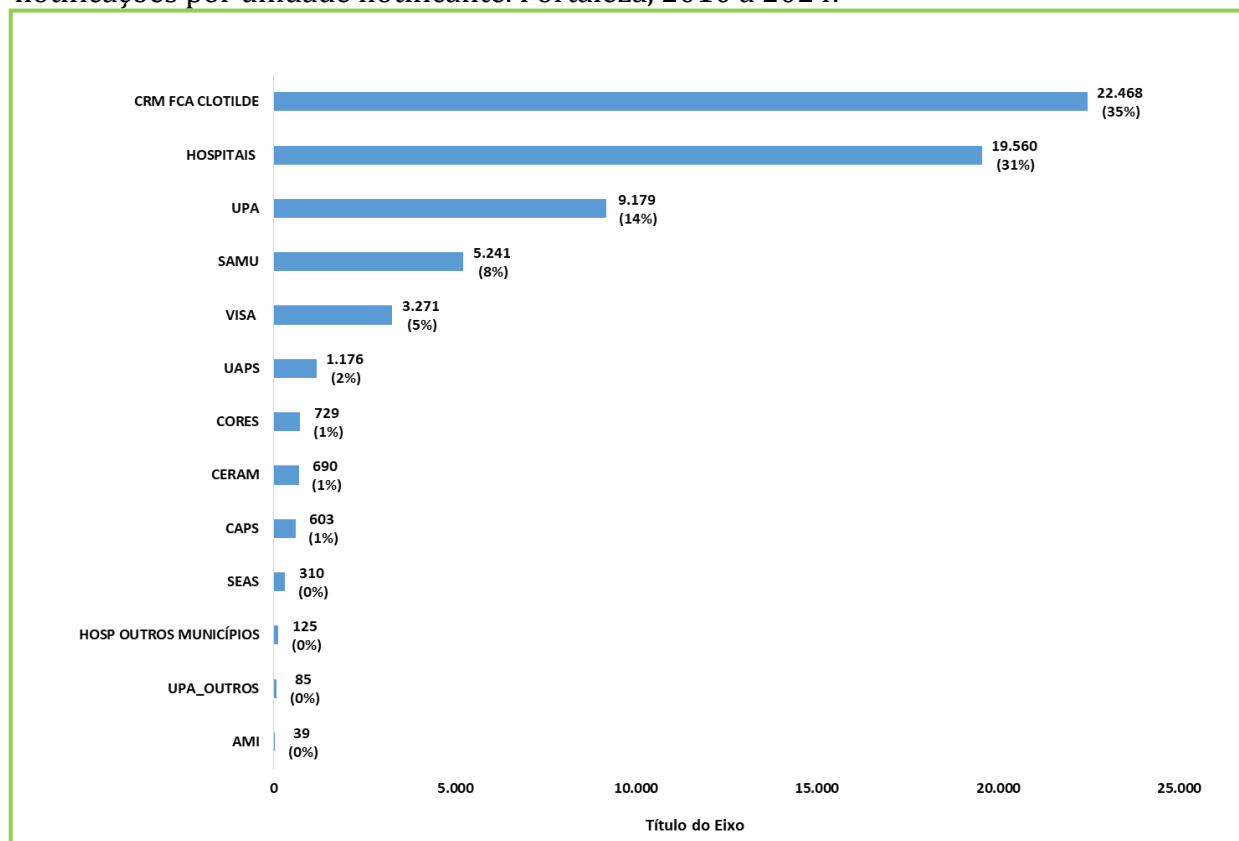


Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada está implantada em toda a Rede Básica, Hospitalar e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Entretanto, a rede hospitalar do Município responde por aproximadamente 35% das notificações, seguida pelo Centro de Referência e Atendimento à Mulher em situação de Violência Doméstica e Sexual Francisca Clotilde e Unidades de Pronto Atendimento (31 e 14%, respectivamente), fato que evidencia a dificuldade de notificação pela Rede de Atenção Primária (Gráfico 43). Vale ressaltar que a notificação do SAMU é exclusivamente de tentativas de suicídio e automutilação e as do Centro de Referência da Mulher é

prioritariamente de violência sexual.

Gráfico 43- Violência Interpessoal e Autoprovocada: Distribuição percentual das notificações por unidade notificante. Fortaleza, 2010 a 2024.

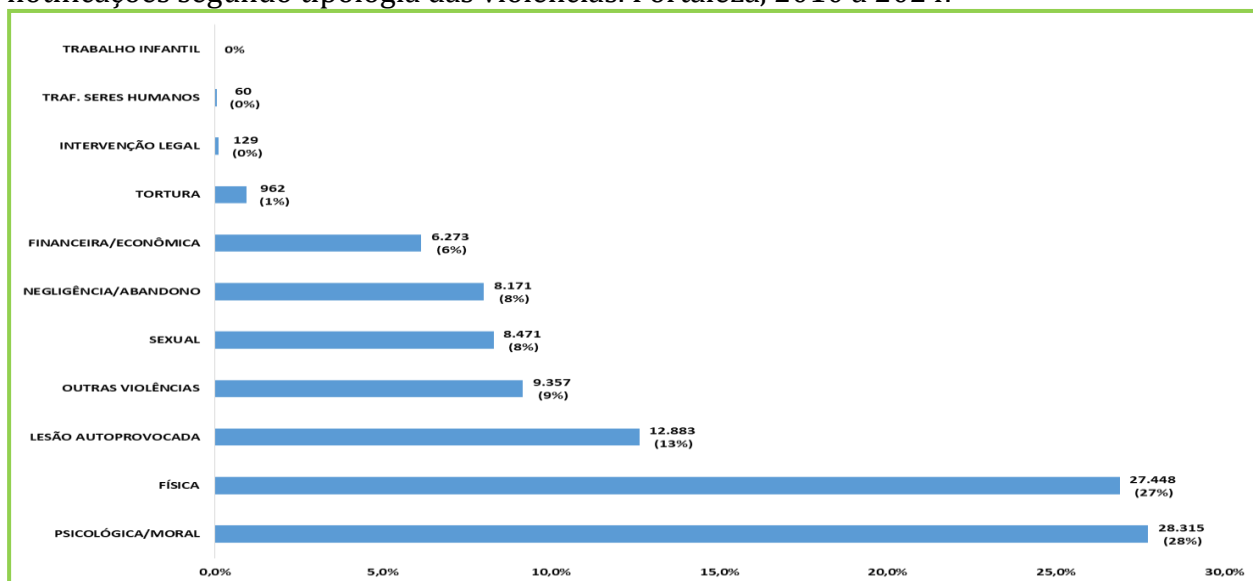


Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

O MS preconiza a notificação intersetorial e, nesse sentido, Fortaleza vem avançando. Encontros e treinamentos com profissionais da educação e assistência social, têm possibilitado a notificação por parte de unidades tais como: Rede Aquarela, Casa da Criança e do Adolescente, Centro de Referência LGBT Janaína Dutra, Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas e Centros Socioeducativos.

A distribuição percentual dos tipos de violência notificados mostra a predominância de violência física e psicológica/moral (ambas com 28,0 %, aproximadamente). A lesão autoprovocada representa 13,0% e engloba as tentativas de suicídio e automutilações. A violência sexual, com 8,0% das notificações é representada, na grande maioria, por estupro. Ressalta-se que o número de violências é maior que o número de notificações, uma vez que uma mesma pessoa pode estar exposta a várias violências (Gráfico 44).

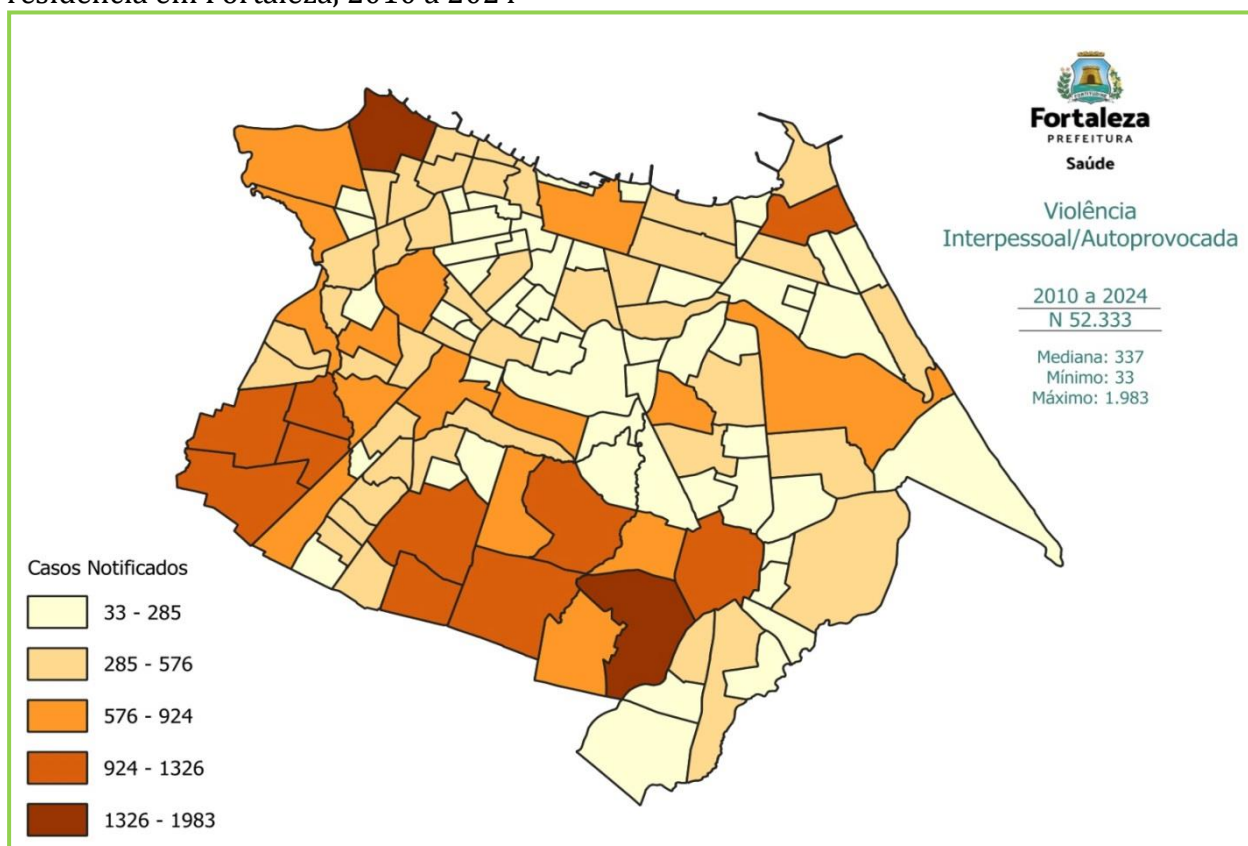
Gráfico 44 - Violência Interpessoal e Autoprovocada: Distribuição percentual das notificações segundo tipologia das violências. Fortaleza, 2010 a 2024.



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

A Figura 8 mostra a distribuição espacial dos casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada, segundo bairro e CORES de residência mostra que os bairros Jangurussu, na CORES 6 e Bom Jardim na CORES 5, apresentaram os maiores número de casos para o período estudado. Na CORES 1 aparece a Barra do Ceará e na CORES 2, o bairro Vicente Pinzon. Ressalte-se que os CORES 5 e CORES 6 apresentam maior adensamento de casos por bairro, e ainda que, 99,2% dos bairros registraram casos no período do estudo. Ressalte-se que 89% dos casos ocorreram bairros com Índice de Desenvolvimento Humano muito baixo.

Figura 8 - Violência Interpessoal e Autoprovocada: Distribuição espacial dos casos notificados de Violência Interpessoal/Autoprovocada, segundo bairro e CORES de residência em Fortaleza, 2010 a 2024



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

2.11.3 Mortalidade por causas externas

As causas externas de morbimortalidade compreendem os acidentes e violências. Incluem-se nessa classificação todos os óbitos resultantes de lesões ou traumatismos de início súbito, intencionais ou não, como acidentes de transporte, quedas, afogamentos, envenenamentos, lesões auto infligidas (suicídios e tentativas), agressões (homicídios), intervenções legais, operações de guerra e complicações de assistência médica e cirúrgica. As causas externas violentas, excluem os dois últimos.

As causas externas de mortalidade representaram, em média, 12,6% dos óbitos totais em Fortaleza, no período estudado. Nos anos de 2013 e 2014 foram observadas as maiores proporções, caindo nos anos seguintes, com nova elevação no ano de 2017. A partir daí, a tendência é de manutenção (Gráfico 45).

Gráfico 45 - Causas Externas de Mortalidade: Proporção de óbitos por causas externas dentre os óbitos totais. Fortaleza, 2010 a 2024.

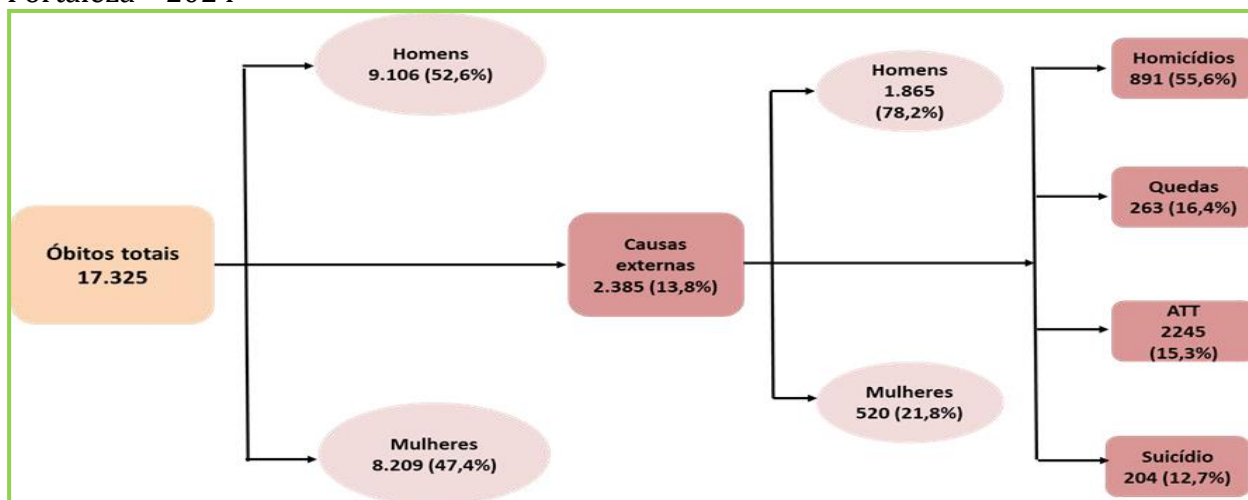


Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

Ao considerar somente as causas externas violentas (homicídios, sinistros de trânsito, suicídios e quedas) observa-se tanto a magnitude do problema, quanto a vulnerabilidade da população jovem, do sexo masculino.

Em 2024, do total de óbitos registrados em Fortaleza, 52,6% ocorreram no sexo masculino e 47,4% no sexo feminino. Entretanto, ao se observar os óbitos por causas externas violentas, que representaram 13,8% dos óbitos totais, evidencia-se a vulnerabilidade do sexo masculino, com 78,2% dos óbitos. De todas as causas de morte violenta, o maior motivo, que representa 55,6% de todos os casos apontados no ano, foi “agressão”, seguida por quedas, sinistros de trânsito e suicídios (Figura 9).

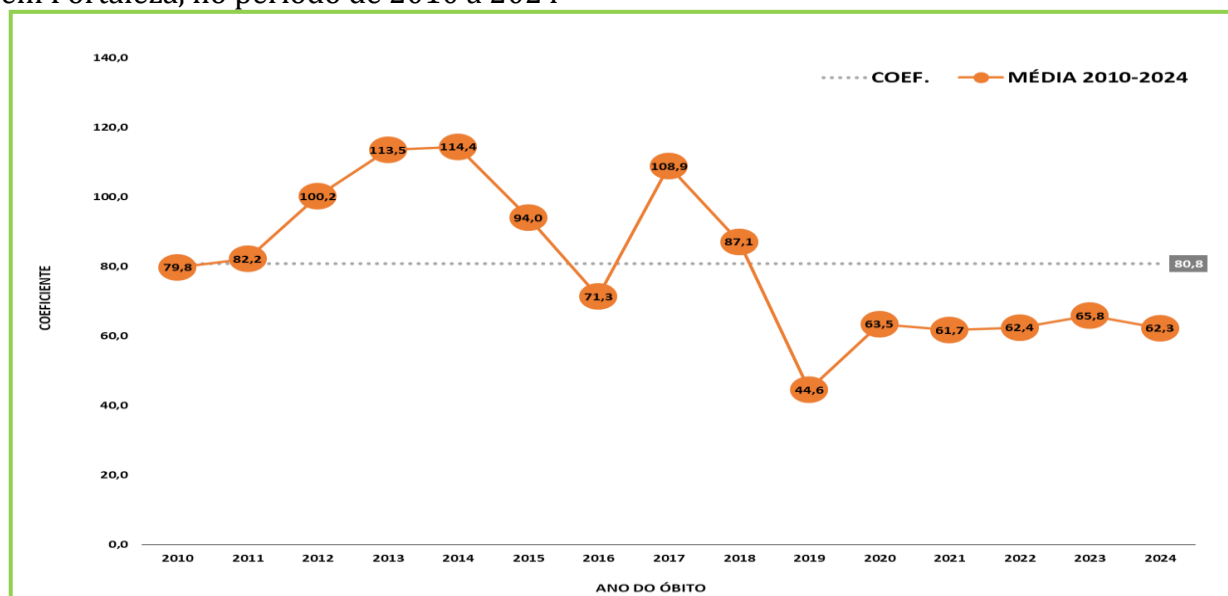
Figura 9 - Causas Externas de Mortalidade: Óbitos totais e por causas externas violentas em Fortaleza – 2024



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

No que se refere ao risco, expresso pelo Coeficiente de Mortalidade, o Gráfico 46 mostra a elevação contínua no risco de morrer por causas externas (violentas) em Fortaleza no período de 2010 a 2024. Nos anos de 2013, 2014 e 2017 o risco foi superior a 100 óbitos/100 mil hab. o menor coeficiente foi observado no ano de 2019. A partir de 2020 os valores se mantêm na média de 63,1/100 mil. O coeficiente médio é de 80,8 óbitos /100 mil habitantes.

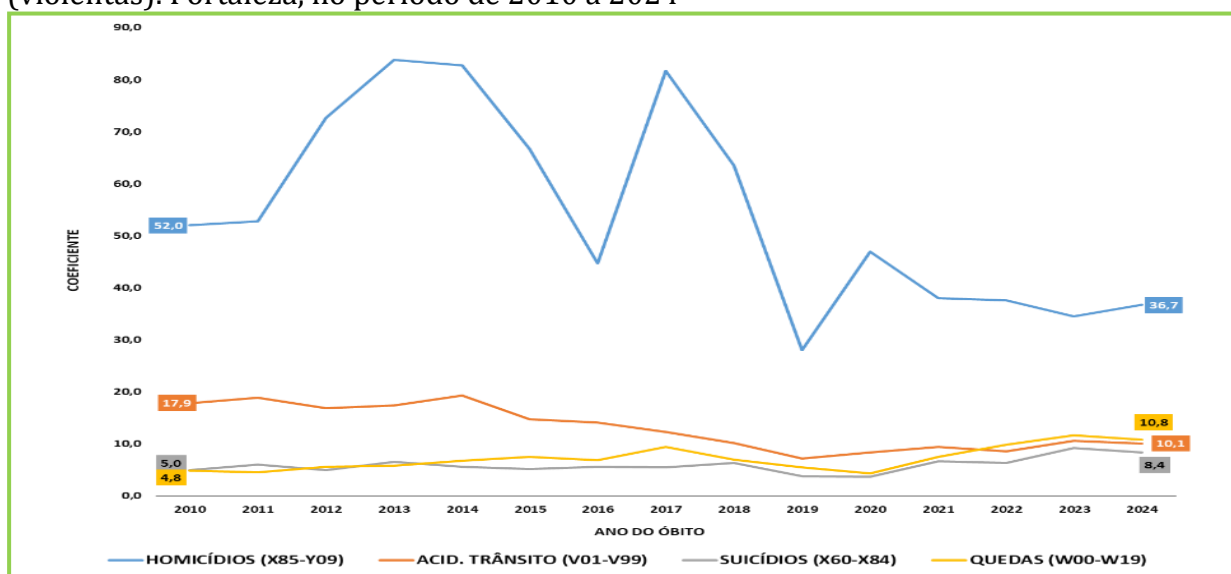
Gráfico 46 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por causas externas (violentas) em Fortaleza, no período de 2010 a 2024



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

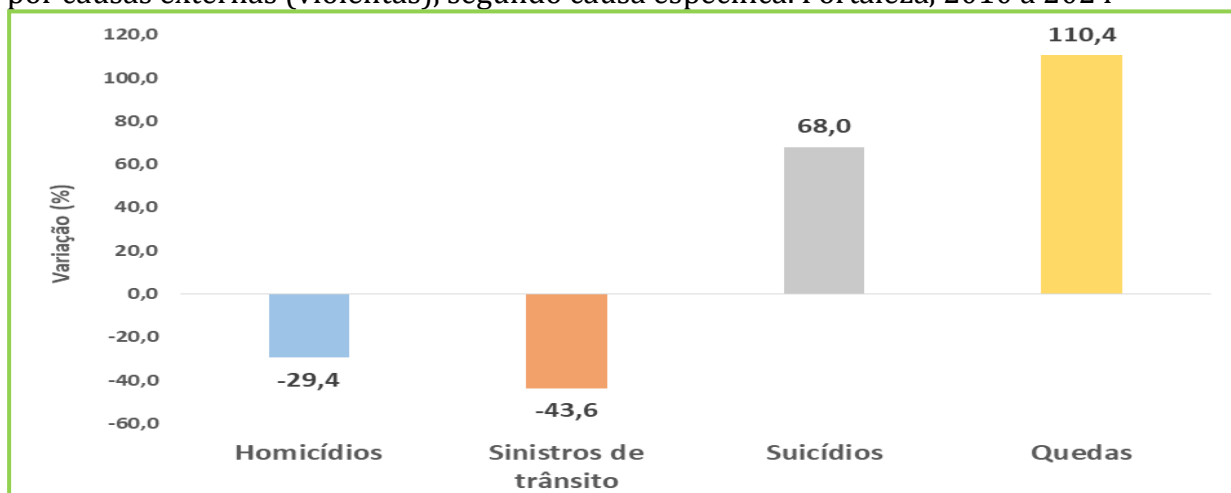
Ao analisar-se o grupo das causas externas por componente específico observa-se que os homicídios (agressões) são os responsáveis pela elevação no risco de morte por esse grupo de causas. Porém, não obstante representar a primeira causa, a taxa vem decrescendo ao longo do período, com variação negativa de 29,4%. Os sinistros de trânsito apresentam declínio constante, passando de 2ª para 3ª causa, com variação negativa de 43,6%. Suicídios e quedas apresentam aumentos expressivos, especialmente as quedas. (Gráficos 47 e 48).

Gráfico 47 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por grupo de causas externas (violentas). Fortaleza, no período de 2010 a 2024



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

Gráfico 48 - Causas Externas de Mortalidade: Variação percentual da taxa de mortalidade por causas externas (violentas), segundo causa específica. Fortaleza, 2010 a 2024

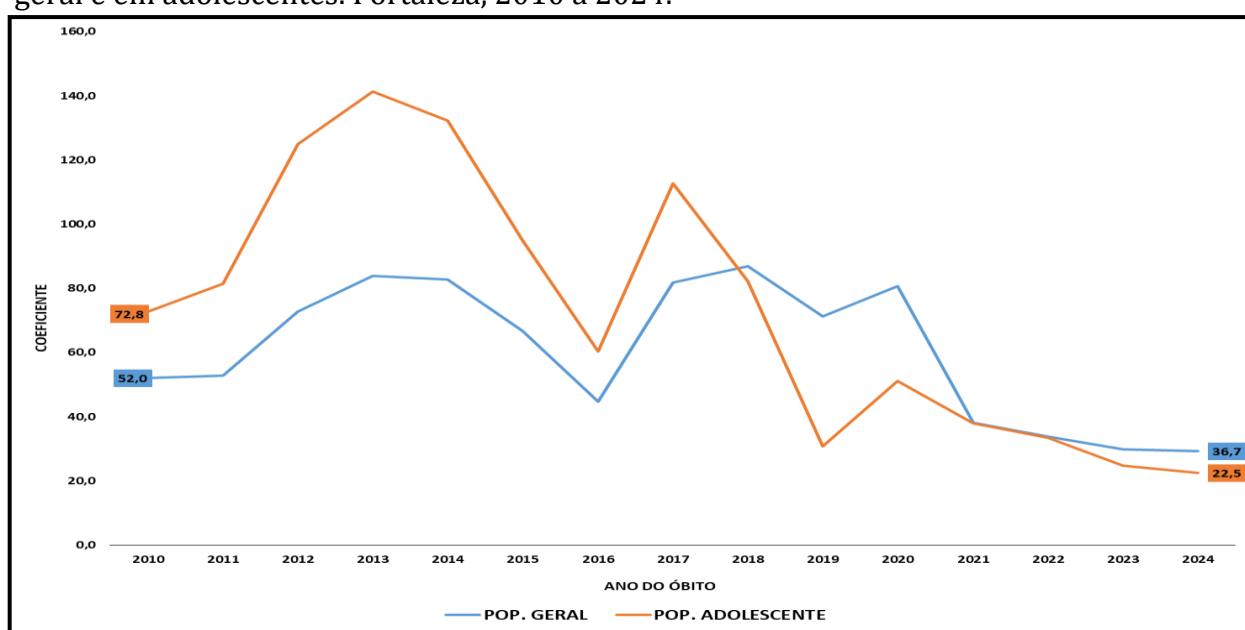


Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

No que concerne à mortalidade por homicídios, o município de Fortaleza vivenciou um aumento expressivo no período de 2011 a 2013, sendo este o ano de maior índice. Em 2017 observou-se nova elevação, seguida de redução nos anos seguintes. No período estudado, a média anual de óbitos por foi de 1.405/ano.

Ao se comparar os coeficientes de mortalidade na população geral e em adolescentes (Gráfico 49), observa-se o risco aumentado em todo o período para a população adolescente, numa razão de 1,7, no ano de 2013. A média no período foi de 1,5.

Gráfico 49 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por homicídio na população geral e em adolescentes. Fortaleza, 2010 a 2024.

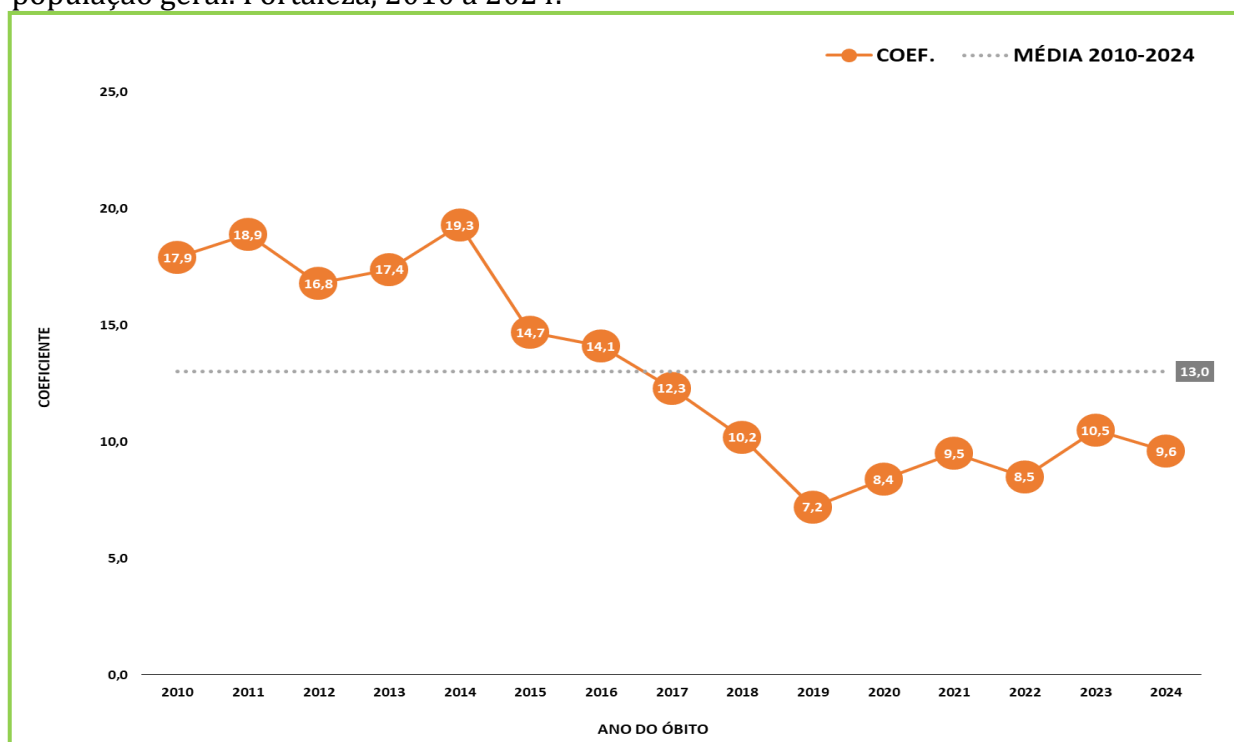


Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

Os óbitos por acidente de trânsito constituem uma das principais causas de morte de pessoas entre 20 e 59 anos. As lesões ocorridas no trânsito estão entre as 10 principais causas de óbito entre o primeiro ano de vida e a idade de 59 anos sendo, ainda, uma das 10 principais causas de morte entre homens em idade reprodutiva (GRSF; IHME, 2014).

Em Fortaleza, os acidentes de trânsito ocuparam a terceira posição, entre as causas externas de mortalidade de 2010 a 2020. Depois, as taxas foram decrescendo a cada ano, passando para a terceira posição em 2021, continuando em declínio pelos cinco anos seguintes, em decorrência do planejamento e execução de políticas públicas de prevenção de acidentes no Município. A menor taxa foi registrada em 2019, notando-se tendência de elevação. O coeficiente médio no período foi de 13,0/100 mil habitantes (Gráfico 50).

Gráfico 50 - Causas Externas de Mortalidade: Mortalidade por acidentes de trânsito na população geral. Fortaleza, 2010 a 2024.



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração

No Brasil, o suicídio representa a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, sendo o oitavo país com um dos maiores números absolutos de óbitos por essa causa. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que cerca de 14 mil pessoas morrem por suicídio no país a cada ano, com taxa média de 6,5 por 100.000 habitantes, colocando o país na faixa de risco médio.

Os dados epidemiológicos demonstram que, após breve redução entre 2019 e 2020, Fortaleza voltou a apresentar crescimento nas taxas de suicídio, alcançando 5,72 óbitos por 100.000 habitantes em 2022, acompanhando a tendência nacional de aumento progressivo das taxas e das notificações de autolesão. Observa-se ainda impacto expressivo entre adolescentes e populações em situação de vulnerabilidade, reforçando a necessidade de estratégias orientadas pelos determinantes sociais da saúde e pelo princípio da equidade, sendo um problema de saúde pública de caráter multifatorial.

Diante desse cenário, a existência de um plano estruturado torna-se fundamental para organizar respostas sistêmicas, integradas e baseadas em evidências. O documento estabelece objetivos gerais e específicos distribuídos em sete eixos estratégicos: promoção da vida; cuidado integral e articulação em rede; vigilância da violência autoprovocada;

educação permanente; comunicação e mobilização social; posvenção e suporte; e governança. Esse documento articula ações intersetoriais nas áreas da saúde, assistência social, educação, direitos humanos e segurança cidadã.

O Plano fortalece a Rede de Atenção à Saúde em seus diferentes níveis e amplia o diálogo com a rede de proteção social, consolidando uma lógica de governança colaborativa, monitoramento contínuo e avaliação de impacto. Ao integrar territorialidade, intersectorialidade, equidade, interseccionalidade e participação popular como pilares estruturantes, o município assume compromisso estratégico com a redução das taxas de suicídio e autolesão, promovendo cuidado integral, prevenção qualificada e a construção de um ecossistema de proteção e promoção da vida nos territórios de Fortaleza

Plano de Prevenção ao Suicídio e à Autolesão de Fortaleza reafirma o compromisso da gestão com a valorização da vida e o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental. Resulta da atualização do plano elaborado em 2019, incorporando avaliação histórica das ações desenvolvidas entre 2019 e 2025, além de revisão técnica, normativa e metodológica conduzida por Grupo de Trabalho Intersectorial, com participação do Poder Executivo, Legislativo, Ministério Público, instituições de ensino superior e organizações da sociedade civil.

Tabela 5- Classificação epidemiológica de risco por taxa de suicídio

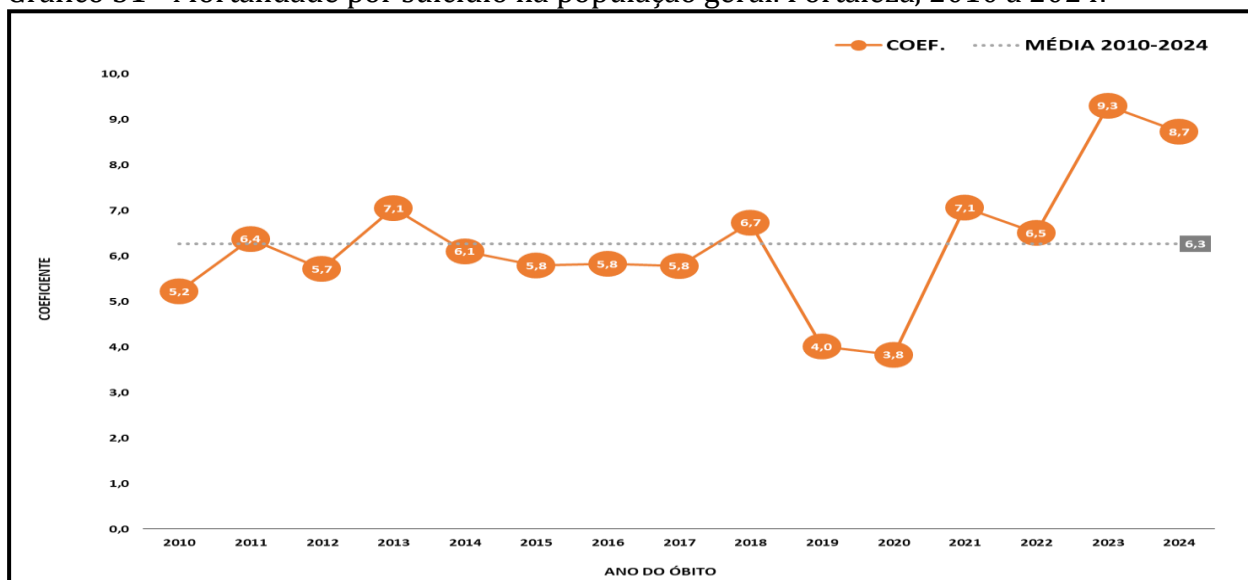
Categoria	Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.)	Exemplo de países/locais	Situação do Brasil
Baixa	< 5	Itália (~4), Filipinas (~3), Egito (~2)	Algumas regiões do Nordeste ficam próximas dessa faixa
Média	5 – 10	Brasil (~7), Estados Unidos (~8), Argentina (~6), Espanha (~7)	Brasil total: ~7/100 mil (2021)
Alta	> 10	Rússia (~21), Lituânia (~18), Japão (~12), Coreia do Sul (~24)	Estados do Sul e Centro-Oeste chegam a >10/100 mil
Muito alta / crítica (usada em alguns estudos)	> 20	Coreia do Sul, Guiana, Lituânia (em anos recentes)	Não se aplica ao Brasil

Fonte: PAHO/OPAS, 2021.

A taxa de mortalidade por suicídio em Fortaleza apresenta média anual histórica de 6,3 óbitos/100 mil habitantes no período 2010-2020. Coeficientes maiores que a média foram registrados nos anos de 2011, 2013, 2018 e inferiores à média no biênio 2019-2020.

De 2021 a 2023 observou-se um aumento significativo, sendo o último ano com a maior taxa, deixando Fortaleza muito próxima à classificação de alto risco.

Gráfico 51 - Mortalidade por suicídio na população geral. Fortaleza, 2010 a 2024.



Fonte: PMF/SMS/COVIS/CEVEPI/SIM. *Dados atualizados em 12/08/2025 e sujeitos a alteração.

Hábitos e estilo de vida

O monitoramento de fatores de risco e proteção para DCNT é realizado pelo MS por meio de inquérito telefônico (VIGITEL). A pesquisa objetiva monitorar a frequência e a distribuição dos fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Os fatores monitorados compreendem tabagismo, consumo alimentar, natividade física e consumo de bebida alcoólica, autoavaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidade referida:

- **Tabagismo:** observa-se que o percentual de fumantes inclusive dos que fumam mais de 20 cigarros por dia apresenta tendência de declínio ao longo dos anos pesquisados. O indicador “percentual de adultos (≥ 18 anos) que fumam 20 ou mais cigarros por dia” foi pesquisado a partir de 2008 até 2018. Os indicadores “percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no domicílio” e “percentual de fumantes no trabalho” apresentaram declínio em relação aos percentuais iniciais, porém no último ano pesquisado (2023) observou-se aumento elevação em relação ao ano anterior, com variação de 44 e 88,5%.
- **Excesso de peso e obesidade:** excesso de peso e obesidade são indicadores que

refletem o estilo de vida e as mudanças comportamentais que a sociedade vem adotando, tais como padrão alimentar e sedentarismo. A pesquisa mostra um aumento constante para o excesso de peso, sobretudo no último ano. Em relação à obesidade, os índices se apresentam de forma constante, aumentando, também, em 2023.

- **Consumo alimentar:** foram pesquisados fatores de risco e de proteção associados. Os primeiros compreendem consumo de carne com excesso de gordura, leite com teor integral de gordura, doces, refrigerantes e alimentos ultra processados. Os protetores compreendem consumo de frutas e hortaliças, feijão e alimentos minimamente processados. Destaque-se o aumento no consumo de frutas e hortaliças, manutenção nos percentuais do consumo de feijão e a diminuição da ingestão de refrigerantes.
- **Atividade física:** foram pesquisados prática de atividade no tempo livre e no deslocamento, prática insuficiente de atividade física, adultos fisicamente inativos, tempo dispendido vendo televisão, usando computador, tablete ou celular. Destaque-se o aumento nos percentuais de adultos que praticam atividade física no tempo livre e a redução nos percentuais de fisicamente inativos.
- **Consumo de bebidas alcoólicas e direção após ingestão de álcool:** o consumo abusivo de bebida alcoólica na população residente de Fortaleza mostra pequenas variações ao longo do período, porém em 2023 volta ao valor inicial. No entanto, a condução de veículo motorizado após consumo de bebidas alcoólicas se mantém em percentuais reduzidos ao longo dos anos, com pequenas variações, aumentando em 2023.
- **Autoavaliação do estado de saúde:** o percentual de adultos que avaliam negativamente o próprio estado de saúde apresenta média de 4,9%, sendo os anos de 2022 e 2023 os que apresentaram os maiores valores.
- **Prevenção de câncer:** realização de mamografia e citologia oncológica para câncer de colo de útero apresentaram percentuais elevados em todo o período, refletindo o autocuidado das mulheres pesquisadas.
- **Morbidade referida:** A referência a diagnóstico médico de hipertensão e de diagnóstico médico de diabetes mostram valores em torno de 21,1% para a primeira condição e somente 7,2% para a segunda.

Tabela 6 - Hábitos e Estilo de Vida, fatores de risco para DCNT em adultos (acima de 18 anos). Fortaleza, 2006 a 2023.

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023
Tabagismo																	
Percentual de adultos (≥18 anos) fumantes	16,3	14,5	11,7	16,0	10,9	10,3	8,8	7,2	7,6	6,4	7,3	5,6	5,7	7,9	7,6	7,2	6,5
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que fumam 20 ou mais cigarros por dia	–	–	3,2	3,0	3,1	3,5	3	2,6	2,4	2,0	2,0	0,8	1,7	–	–	–	–
Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no domicílio	–	–	–	–	14,0	15,1	12,8	12,1	10,4	10,3	9,2	8,8	8,3	7,1	5,7	5,0	7,2
Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho	–	–	–	–	13,6	12,6	11,2	9,9	10,1	7,2	7,6	6,4	5,5	5,4	4,6	3,5	6,6
Excesso de peso e obesidade																	
Percentual de adultos (≥18 anos) com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m ²)	42,2	44,9	45,3	47,0	52,3	53,7	52,8	51,3	55,7	55,6	56,5	53,4	58,3	55,6	59,1	59,2	63,6
Percentual de adultos (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)	11,9	14,7	14,8	15,3	18,2	18,4	18,8	18,1	19,3	19,8	20,0	19,2	20,2	19,9	23,1	23,7	27,7
Consumo alimentar																	
Percentual de adultos (≥18 anos) que consomem frutas e hortaliças em 5 ou mais dias da semana	19,4	25,9	29,6	25,1	25,4	25,3	27,9	32,0	30,7	29,6	28,8	26,5	28,5	28,4	27,5	31,1	24,7
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças	–	–	14,8	12,7	11,8	15,2	16,3	18,8	18,3	17,0	18,1	15,5	17,1	16,4	15,2	19,8	15,1
Percentual de adultos (≥18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura	38,4	32,7	32,2	34,1	33,6	32,7	31,4	30,1	28,2	30,3	30,4	–	–	–	–	–	–
Percentual de adultos (≥18 anos) que costumam consumir leite com teor integral de gordura	58,5	49,6	56,1	58,6	54,6	52,6	54,3	53,3	51,7	54,1	55,7	–	–	–	–	–	–
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem alimentos doces em cinco ou mais dias da semana	–	–	–	–	–	–	–	18,9	17,7	19,0	18,7	–	–	–	–	–	–
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana	–	25,5	20,8	20,2	21,2	24,6	19,7	19,5	16,1	14,7	10,0	10,1	7,2	7,5	8,3	9,3	7,1
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem feijão cinco ou mais dias por semana	–	–	–	69,1	68,9	74,0	65,4	67,7	65,7	68,6	64,8	60,8	–	62,8	60,4	61,9	58,4
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para DCNT no dia anterior à entrevista	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	25,8	26,1	32,1	27,7
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	19,1	16,0	19,4	16,4
Atividade física																	
Percentual de adultos (≥18 anos) que praticam atividade física suficiente no lazer/no tempo livre	18	17,4	15,1	16,5	15,6	30	32,7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Percentual de adultos (≥18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana	–	–	–	32,2	28,4	–	35,4	35,4	37,5	38,1	38,9	37,2	42,4	40,3	45,2	38,1	39,8
Percentual de adultos (≥18 anos) que praticam atividades físicas no deslocamento equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana	–	–	–	–	–	–	11,6	10,2	10,8	9,7	11,2	10,5	11,9	10,3	11,1	10,7	10,3
Percentual de adultos (≥ 18 anos) com prática insuficiente de atividade física	–	–	–	–	–	–	–	51,0	–	50,1	47,1	50,3	44,7	46,3	42,3	47,7	41,3
Percentual de adultos (≥ 18 anos) fisicamente inativos	31,4	29,5	–	14,6	15,2	14,6	16,5	19,2	17,8	17,2	15,6	16,2	15,1	14,2	11,8	17,0	15,6
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que despendem três ou mais horas diárias vendo televisão	–	–	–	21,1	23,4	24,2	23,4	25,1	23,8	19	19,8	22	–	–	–	–	18,8
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que despendem três ou mais horas do seu tempo livre assistindo à televisão ou usando computador, tablet ou celular	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	57,6	60,9	59,3	58,4	63	65,7	–



Tabela 7 - continuação: Hábitos e Estilo de Vida: Fatores de risco para DCNT em adultos (acima de 18 anos). Fortaleza, 2006 a 2023.

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023
Consumo de bebidas alcoólicas																	
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulheres) ou cinco ou mais doses (homens) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião	16,4	19,3	17,8	21,7	16,7	17,3	16,3	13,7	13,8	14,2	17,1	17,1	14,9	17,6	15,5	18,3	16,7
Condução de veículo motorizado após consumo de bebidas alcoólicas																	
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	–	2,9	1,5	1,9	2,3	6,1	7,2	4,2	4,0	3,3	6,0	6,0	4,9	5,0	3,2	3,0	5,7
Autoavaliação do estado de saúde																	
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que avaliaram negativamente o próprio estado de saúde	–	4,4	4,4	3,9	4,0	6,0	4,5	4,8	3,8	5,1	5,4	4,2	4,6	5,7	4,0	6,0	7,2
Prevenção de câncer																	
Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas	–	72,3	83,0	77,1	82,2	81,0	89,0	83,2	86,0	88,3	89,3	87,3	88,2	89,5	87,4	94,5	–
Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia nos últimos dois anos	–	60,7	62,8	58,7	65,1	61,8	75,5	71,5	72,4	72,2	69,6	68,7	67,1	68,8	68,5	63,4	–
Percentual de mulheres (de 25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero e em algum momento de suas vidas	–	76,0	80,0	78,9	75,7	80,4	77,6	79,9	80,2	80,3	81,2	78,2	80,3	81,4	80,3	80,6	–
Percentual de mulheres (de 25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero nos últimos três anos	–	69,0	75,2	70,6	70,1	73,3	72,3	73,0	75,6	72,4	71,8	72,5	72,3	74,3	69,7	69,2	–
Morbidade referida																	
Percentual de adultos (≥18 anos) referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial	18,5	18,8	20,0	20,7	21,1	17,3	20,8	21,3	24,0	22,1	22,1	19,3	22,0	21,2	21,4	22,8	24,8
Percentual de adultos (≥18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes	4,4	5,9	5,3	5,0	5,7	7,3	6,7	7,5	7,4	6,2	8,2	7,6	9,5	7,4	7,3	9,0	11,6

Fonte: Ministério da Saúde/Vigitel Brasil.

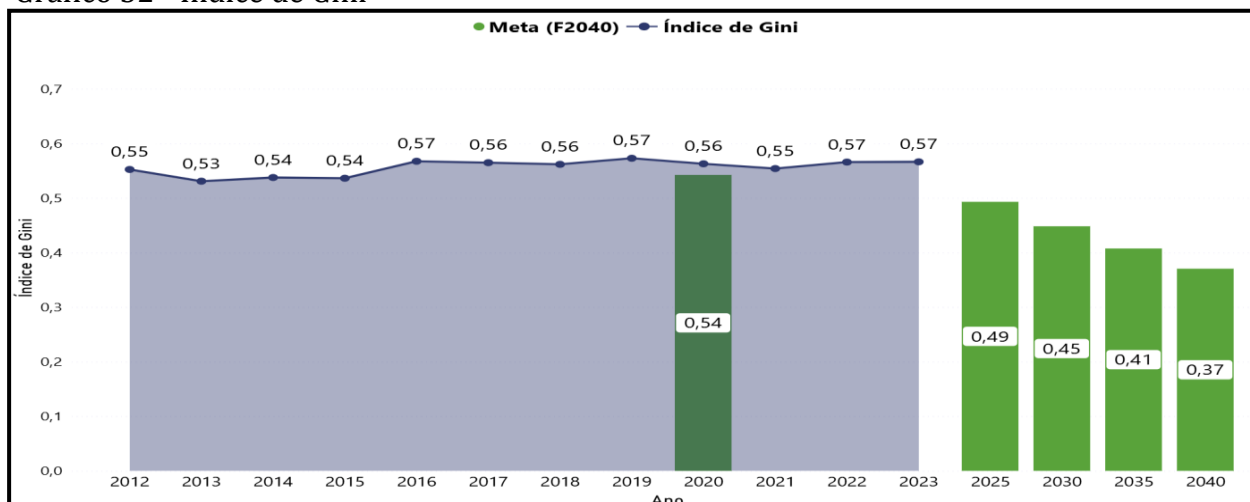
2.12 Desigualdades que impactam a Saúde

Torna-se cada vez mais evidente que a saúde de uma população está profundamente ligada aos aspectos sociais e ambientais do meio em que vive. Situações como a pobreza, habitações inadequadas, infraestrutura urbana deficiente e ambientes de trabalho insalubres exercem influência negativa sobre as condições de saúde coletiva. A OMS adota o conceito de saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas uma ausência de doença ou de enfermidade, enfatizando a importância de considerar todos os aspectos, inclusive os sociais, na implementação de políticas públicas. Nesse sentido, ações intersetoriais que integrem saúde, educação, habitação, saneamento e assistência social são fundamentais para a promoção da equidade e para a construção de uma sociedade mais saudável e justa.

2.12.1 Concentração de renda e desigualdade social

O índice de Gini reflete a desigualdade da distribuição de renda. No gráfico abaixo é possível identificar que, desde 2015 até 2023, o índice tem se mantido entre 0,54 e 0,57. Em 2020, a meta do Plano Fortaleza 2040 era de 0,54, mas o índice ainda se mantinha elevado, em torno de 0,56. Os presentes dados evidenciam que a desigualdade está presente na cidade de Fortaleza, demonstrando que a concentração de renda em determinados grupos contribui significativamente para o aumento e a perpetuação das disparidades socioeconômicas.

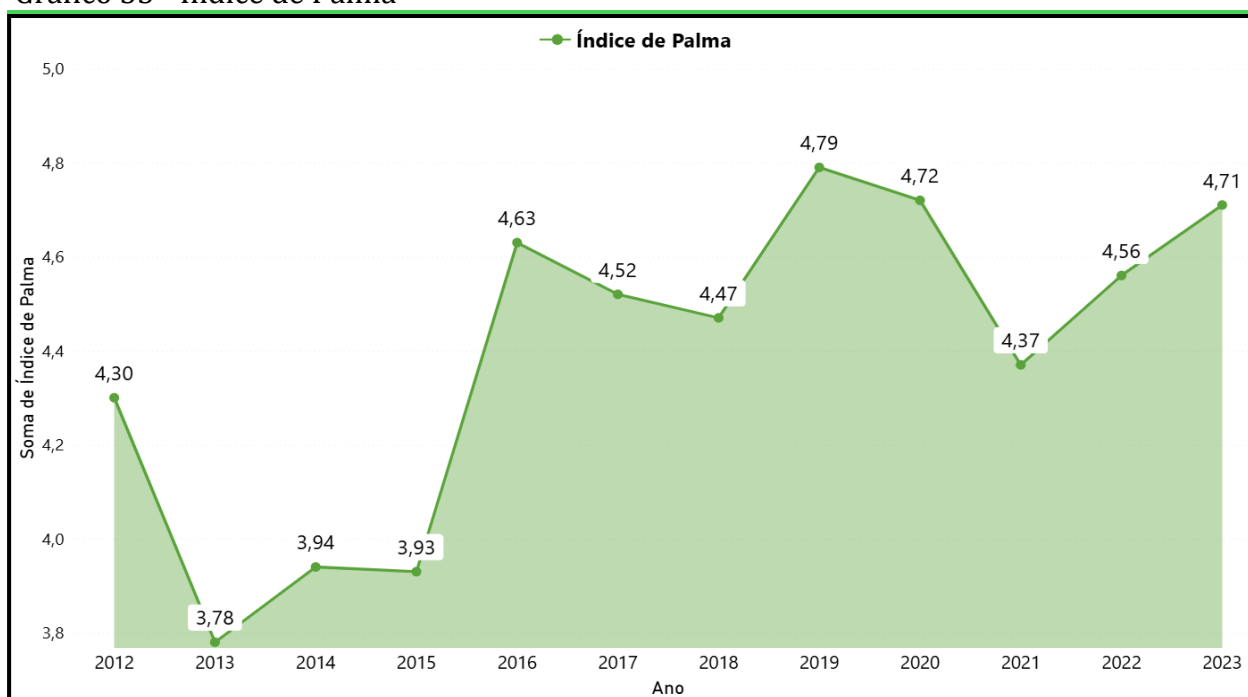
Gráfico 52 - Índice de Gini



Fonte: IBGE/PNADc. Elaboração: Ipplan.

O índice (ou coeficiente) de Palma é outra medida de desigualdade relativa, também conhecida como “razão 10/40”. É obtida a partir da razão entre o rendimento acumulado pelos 10% da população com maiores rendimentos em relação aos 40% da população com menores rendimentos. Quanto menor, mais igualdade nas rendas. Em Fortaleza, conforme evidenciado pelo Gráfico 53, os 10% mais ricos chegam a ganhar aproximadamente 4,7% mais do que 40% das pessoas mais pobres — um indicador alarmante de concentração de renda.

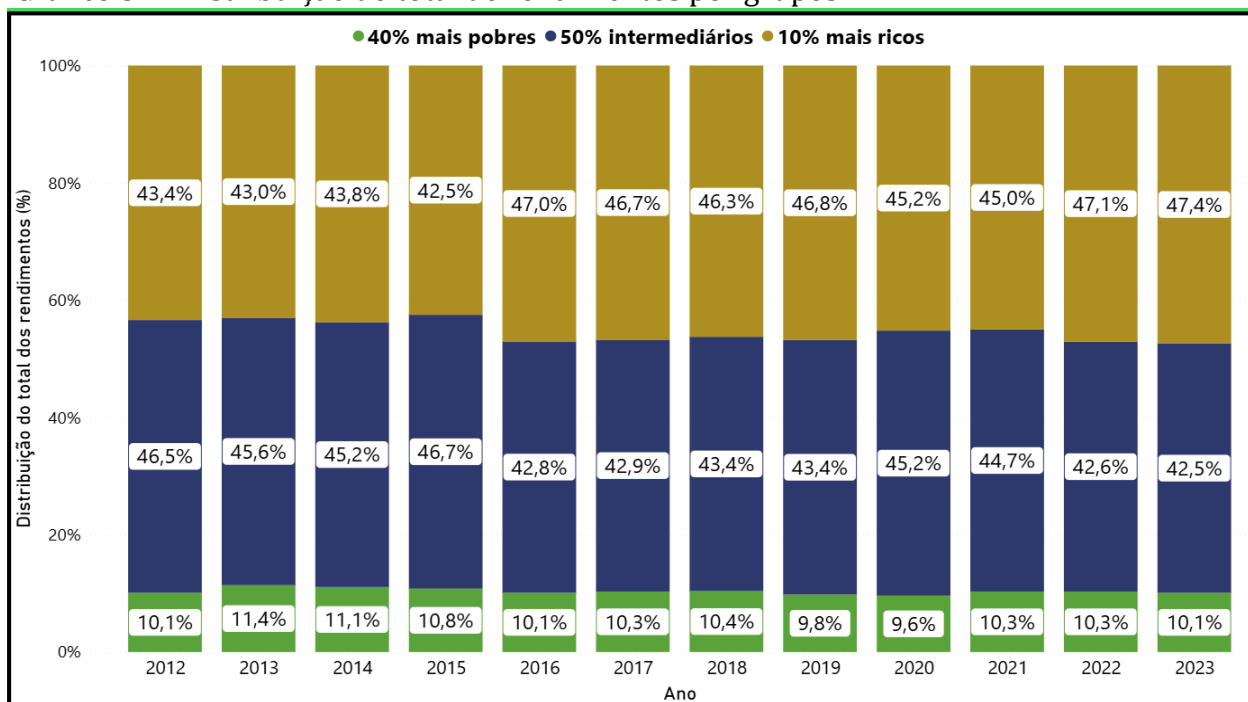
Gráfico 53 - Índice de Palma



Fonte: IBGE/PNADc. Elaboração: Ipplan.

Na série histórica de 2012 a 2023, os dados revelam uma distribuição profundamente desigual. Os 40% mais pobres da população ficaram com apenas 10% dos rendimentos da cidade ao longo do período, enquanto a classe média, representada por 50%, viu sua participação oscilar entre 46% e 42%, atingindo 42,5% em 2023. Já os 10% da população mais rica detinham entre 43,4% e 47% do total de rendimentos no intervalo analisado, alcançando o pico de 47,4% em 2023.

Gráfico 54 - Distribuição do total de rendimentos por grupos



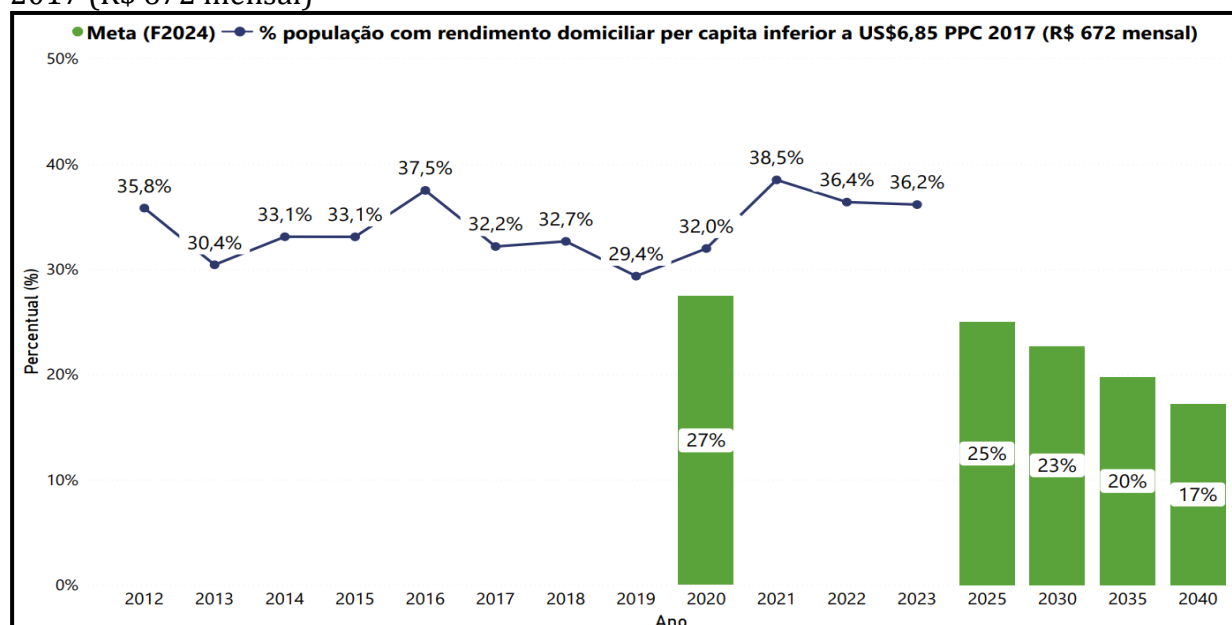
Fonte: IBGE/PNADc. Elaboração: Ipplan

Esses números escancaram uma linha invisível de exclusão econômica, na qual a maior parte da riqueza é concentrada nas mãos de uma minoria, enquanto a maioria da população — especialmente os mais pobres — permanece com uma fatia extremamente reduzida dos recursos disponíveis. Essa concentração reforça padrões históricos de desigualdade e evidencia os desafios estruturais para a construção de uma cidade mais justa e equitativa.

2.12.2 Rendimento e desemprego

A taxa de pobreza monetária em Fortaleza — medida pelo percentual de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar per capita inferior a US\$6,85 PPC de 2017, equivalente a R\$ 672,00 mensais (considerando a conversão pela paridade de poder de compra, segundo o critério do Banco Mundial).

Gráfico 55 - População com rendimento domiciliar per capita inferior a US\$6,85 PPC 2017 (R\$ 672 mensal)



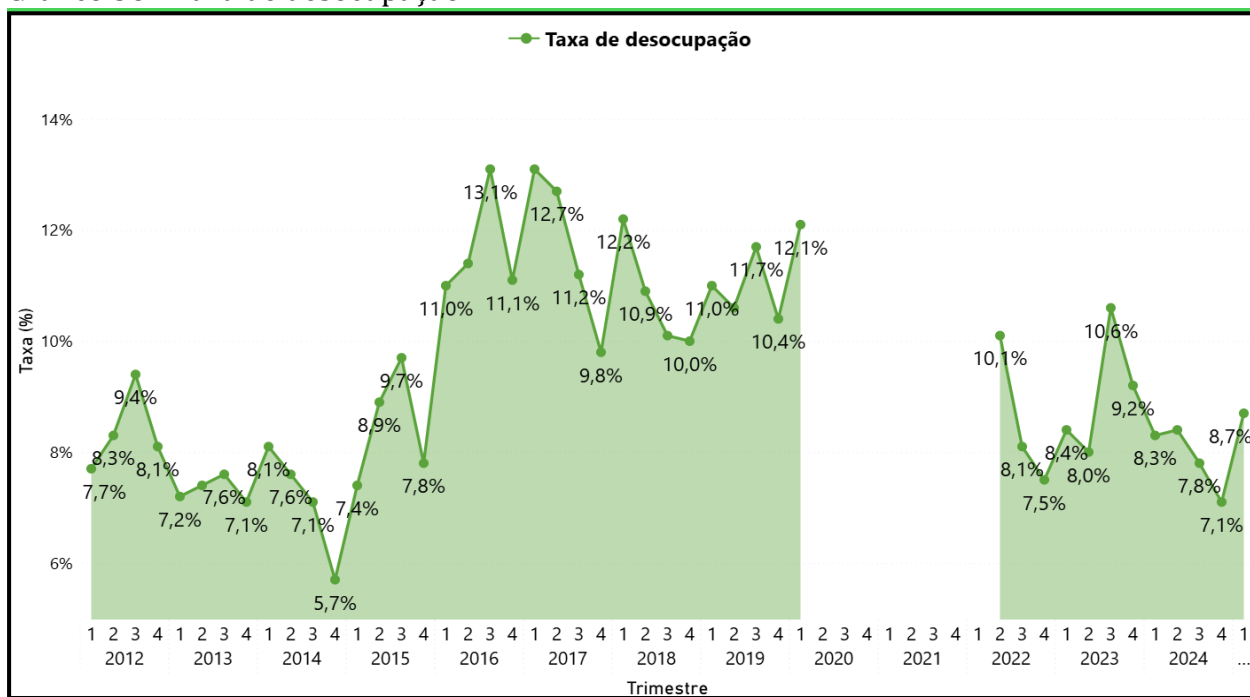
Fonte: IBGE/PNADc. Elaboração: Ipplan.

Entre 2012 e 2018, a taxa variou entre 35,8% e 32,7%, indicando uma leve tendência de redução. Em 2019, foi registrado o menor índice da série, com 29,4%, representando um breve avanço no enfrentamento da pobreza monetária. No entanto, esse avanço não se sustentou: em 2021, em um cenário ainda fortemente impactado pelos efeitos socioeconômicos da pandemia de covid-19, a taxa atingiu 38,5%, o maior valor de todo o período analisado (2012-2023).

A taxa de desocupação apresentada no gráfico abaixo revela uma trajetória marcada por três fases distintas. Entre 2012 e 2014, os níveis de desemprego permaneceram relativamente baixos, variando entre aproximadamente 6% e 8%, com o ponto mínimo registrado em 2014, de 5,7%. A partir de 2015, observa-se um crescimento acentuado, culminando no pico de 13,1% em 2016, movimento associado ao contexto de crise econômica nacional e retração do mercado de trabalho. Nos anos seguintes, de 2017 a 2019, a taxa manteve-se elevada, oscilando em torno de 10% a 12%, sem retornar aos patamares anteriores à crise. A lacuna existente durante o período de 2020 e 2021 corresponde ao pico da pandemia do covid-19. A partir de 2022, os dados retomam com um cenário de recuperação parcial: embora tenha havido picos, como 10,6% em 2023, a tendência geral aponta para queda, atingindo 8,7% no período mais recente. Ainda assim, esse valor, apesar de inferior aos observados no período crítico de 2016, continua acima

dos níveis mais baixos registrados antes da crise, indicando que o mercado de trabalho não recuperou integralmente sua capacidade de absorção de mão de obra.

Gráfico 56 - Taxa de desocupação



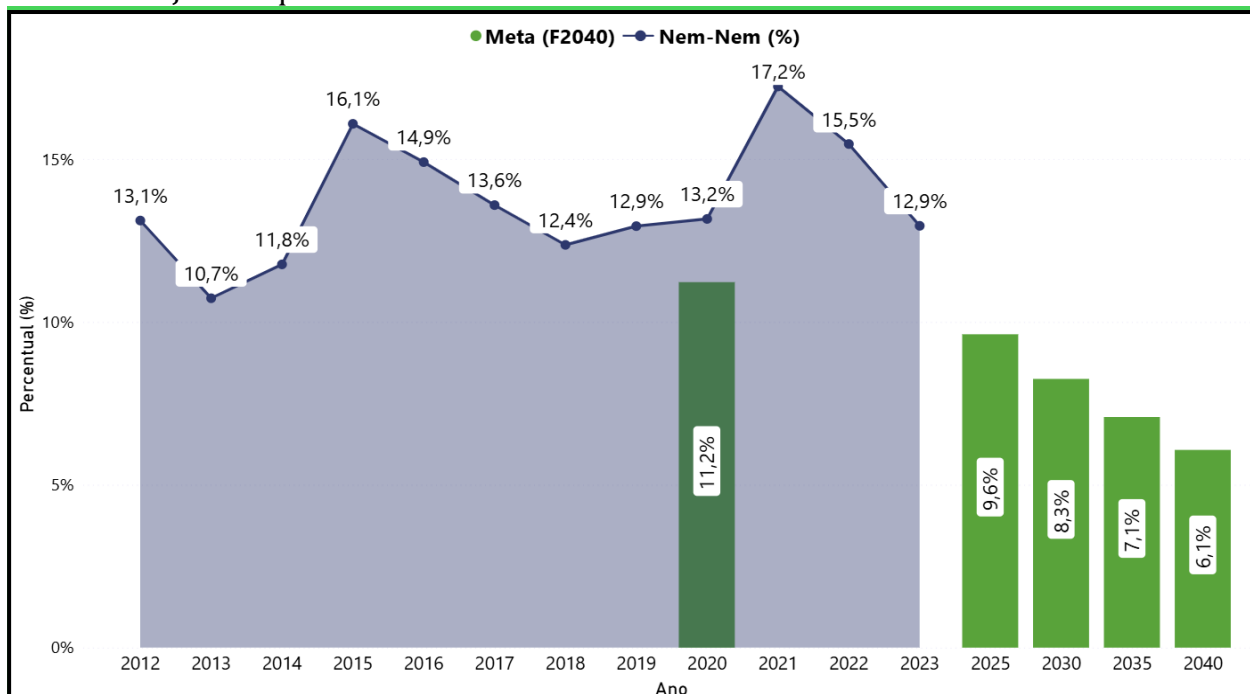
Fonte: IBGE/PNADc. Elaboração: Ipplan.

A série também evidencia oscilações sazonais, com variações recorrentes entre trimestres, e certa volatilidade mais acentuada nos períodos de crise e de retomada, reforçando a necessidade de monitorar não apenas a taxa geral, mas também aspectos como a qualidade dos empregos gerados, a informalidade e a participação na força de trabalho.

Outro aspecto que merece destaque é a população jovem que não estuda nem trabalha — popularmente chamada de “nem-nem” (equivalente em português de NEET — *Not in Education, Employment or Training*) — que representa um desafio tanto de curto quanto de longo prazo. A faixa etária entre 16 e 29 anos corresponde ao público que está ingressando no mercado de trabalho e em processo de acumulação de capital humano, seja por meio de qualificação profissional, formação universitária ou pós-graduação. Quando esses jovens deixam de estudar, perdem competitividade no mercado de trabalho futuro, pois não se qualificam para funções que, cada vez mais, exigem conhecimento e capacidade de inovação, em detrimento da mera repetição de tarefas — tendência intensificada pelo

acelerado desenvolvimento tecnológico. Além disso, deixam de se preparar para profissões que ainda não existem, mas que demandam mão de obra qualificada no futuro.

Gráfico 57 - Jovens que não trabalham nem estudam e vulneráveis



Fonte: IBGE/PNADc. Elaboração: Ipplan.

Na situação em que também não trabalham, esses jovens deixam de gerar recursos para investir em sua qualificação e não acumulam experiência prática, fatores que poderiam contribuir para elevar sua renda futura. O problema se agrava no longo prazo por seus efeitos intergeracionais, uma vez que descendentes de famílias de baixa renda têm maior probabilidade de permanecer nesse ciclo, perpetuando a pobreza no tempo e no espaço.

Em 2015, a proporção de jovens de 16 a 29 anos na condição “nem-nem” era de 16,1%, a maior taxa registrada no período entre 2012 e 2020. De 2016 a 2018, observou-se queda, atingindo 12,4% em 2018 — o menor índice da série. Entre 2019 e 2021, houve aumento gradual, culminando em 17,2% em 2021, o maior patamar histórico, fenômeno que pode ser associado aos impactos sociais e econômicos da pandemia de covid-19. A partir de 2022, a taxa voltou a recuar, chegando a 12,9% em 2023.

2.12.3 Educação: acesso, qualidade e permanência

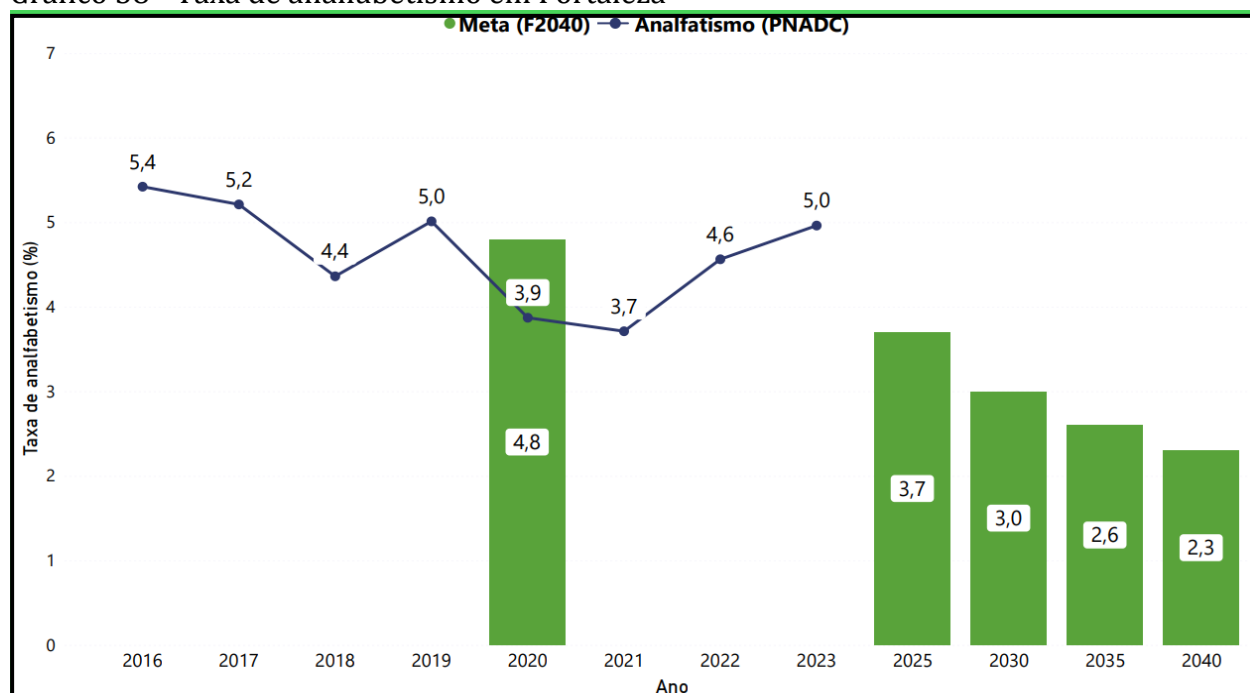
Os indicadores educacionais apresentados nesta seção têm por objetivo oferecer um panorama geral sobre a educação de Fortaleza, abordando temas relacionados à infraestrutura, ao acesso, à trajetória e ao desempenho escolar.

2.12.3.1 Taxa de analfabetismo e seus impactos

Um primeiro indicador a ser analisado é a taxa de analfabetismo. Este índice mede o percentual de analfabetismo na população com faixa etária de 15 anos ou mais (faixa etária na qual, por lei, a escolaridade seria obrigatória).

No Gráfico abaixo é possível perceber uma variação na taxa no período de 2016 a 2023, com o ano de 2016 atingindo o maior valor do período analisado, 5,42%, e o ano de 2021, o de menor índice, 3,71%. Em 2023, Fortaleza apresentou uma taxa de analfabetismo de 4,96%, abaixo da média nacional, 5,4%, mas com tendência de crescimento em relação aos dois anos anteriores.

Gráfico 58 - Taxa de analfabetismo em Fortaleza



Fonte: IBGE/PNADc. Elaboração: Ipplan.

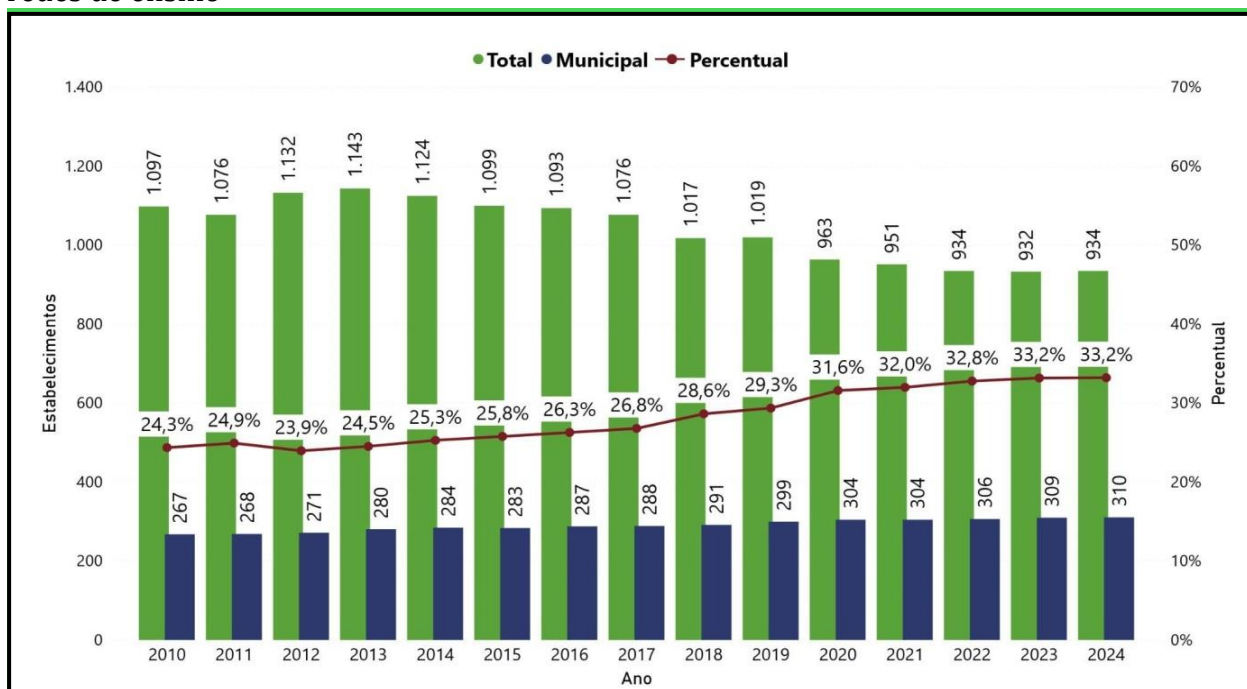
É necessária atenção às políticas públicas voltadas a essa temática, pois o analfabetismo produz consequências que ultrapassam questões educacionais, como a

desigualdade social, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e problemas no desenvolvimento econômico.

2.12.3.2 Infraestrutura da rede de ensino fundamental

No que se refere à estrutura física dos estabelecimentos de ensino, o município de Fortaleza tem apresentado nos últimos anos uma discreta ampliação do número de estabelecimentos da rede municipal com ensino fundamental. Em 2024, a rede municipal continha 310 dos 934 estabelecimentos com ensino fundamental da cidade, uma taxa de 33,2% do total da rede de ensino, como é possível observar no gráfico abaixo.

Gráfico 59 - Estabelecimentos com ensino fundamental – Rede municipal e total de todas as redes de ensino



Fonte: INEP/Censo Escolar da Educação Básica. Elaboração: Ipplan.

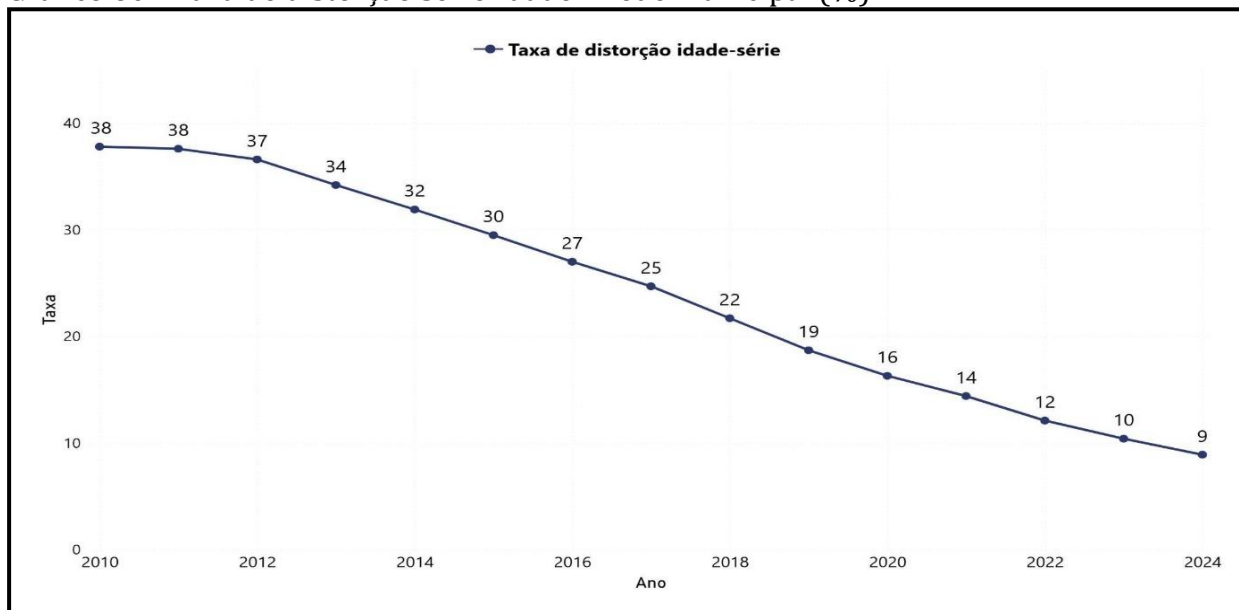
2.12.3.3 Desigualdades educacionais no ciclo básico

O indicador taxa de distorção série-idade mede o percentual de alunos matriculados com mais de 2 anos de atraso para uma determinada série escolar, consequentemente, quanto mais baixa a taxa, maior é a proporção de alunos cursando a série adequada para sua idade, o que indica um fluxo escolar mais regular e com menos atrasos.

A partir da análise do Gráfico abaixo é possível perceber que Fortaleza tem reduzido

consideravelmente a taxa de distorção série-idade ao longo dos anos, registrando, em 2024, o menor valor dos últimos 14 anos, 9%.

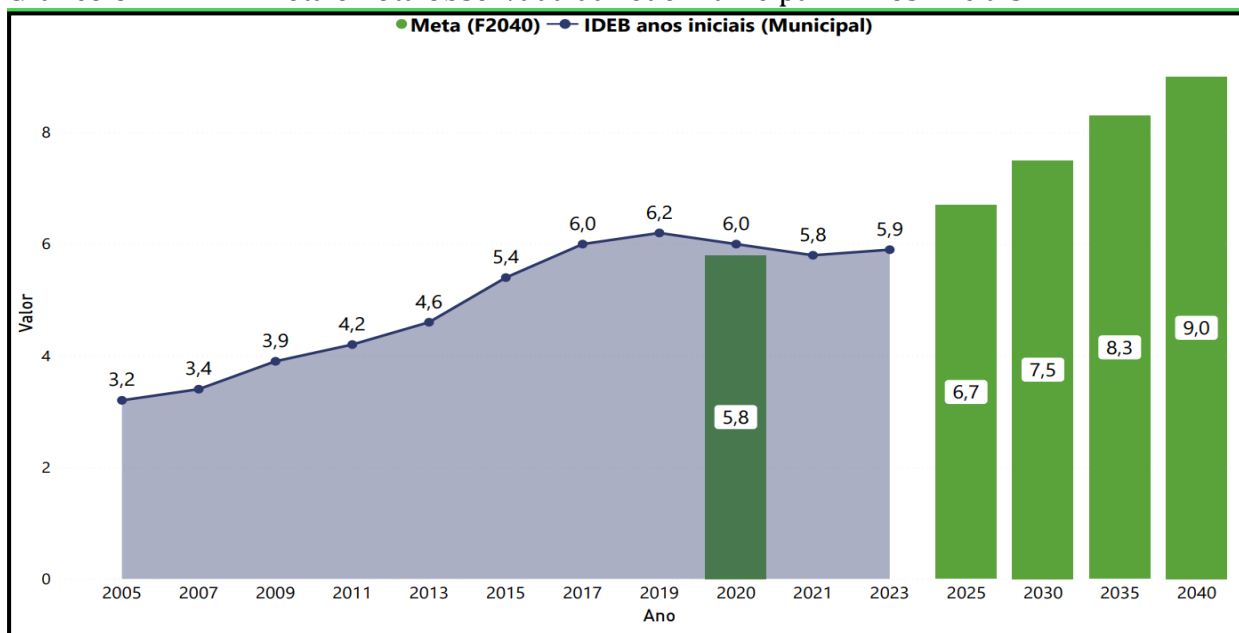
Gráfico 60 - Taxa de distorção série-idade - Rede municipal (%)



Fonte: INEP/Censo Escolar da Educação Básica. Elaboração: Ipplan.

O Índice de Desenvolvimento da Educação (IDEB) é um importante indicador que mede a qualidade de ensino da educação básica. O gráfico 62 apresenta os resultados observados de 2005 a 2023 para os anos iniciais da rede municipal. Nota-se um crescimento nas notas dos anos de 2005 a 2019, passando de 3,2 para 6,2, com uma queda no período da pandemia de covid-19 e uma tendência de recuperação em 2023, atingindo 5,9.

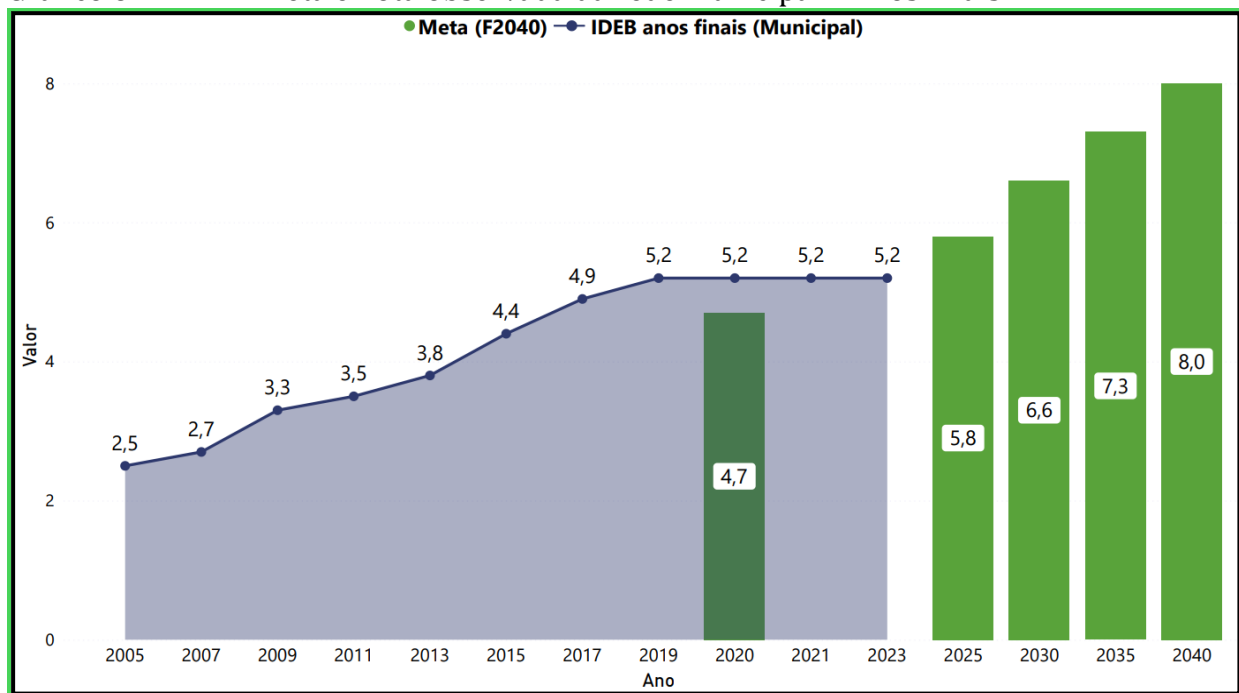
Gráfico 61- IDEB - Meta e nota observada da rede municipal – Anos iniciais



Fonte: MEC/Inep. Elaboração: Ipplan.

Para os anos finais, houve um crescimento de 2,5 para 5,2, dos anos de 2005 a 2019, ano a partir do qual a nota permaneceu constante até 2023, ano da última aferição disponível.

Gráfico 62- IDEB - Meta e nota observada da rede municipal – Anos finais



Fonte: MEC/Inep. Elaboração: Ipplan.

Esses resultados podem ser reflexo de políticas públicas direcionadas a evitar a evasão escolar e promover melhores condições para o aprendizado na idade apropriada.

*PARTE II:
GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA,
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE,
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL*



3 GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE DE FORTALEZA

3.1 Organograma

O Decreto n.º 16.440, de 21 de julho de 2025 publicado no DOM, dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza.

O organograma atende à necessidade de adequação contínua da estrutura administrativa dos órgãos integrantes da Administração Pública Municipal, a fim de alinhar as políticas e estratégias das ações governamentais, buscando a eficiência na prestação dos serviços.

A macroestrutura organizacional da SMS de Fortaleza encontra-se definida nos seguintes níveis hierárquicos:

I - Direção Superior: Secretário e Secretário Adjunto;

II - Gerência Superior: Secretário Executivo;

III - Órgãos de Assessoramento: vinculam-se as Assessoria de Programas Especiais e de Comunicação;

IV - Órgãos de Execução Programática: inclui Coordenadoria de Gestão do Controle Interno e Ouvidoria (CONTI); Coordenadoria de Planejamento e Governança (COPLAG); Coordenadoria de Contratos de Gestão (COGES); Escola de Saúde Pública do Município de Fortaleza (ESPFOR); Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial (CORAPP); Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde (COGERS); Coordenadoria Regional de Saúde I (CORES I); Coordenadoria Regional de Saúde II (CORES II); Coordenadoria Regional de Saúde III (CORES III); Coordenadoria Regional de Saúde IV (CORES IV); Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES V); Coordenadoria Regional de Saúde VI (CORES VI); Coordenadoria de Redes Pré-Hospitalar e Hospitalar (COREPH); Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COAF); Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS); Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria das Ações e Serviços de Saúde (CORAC);

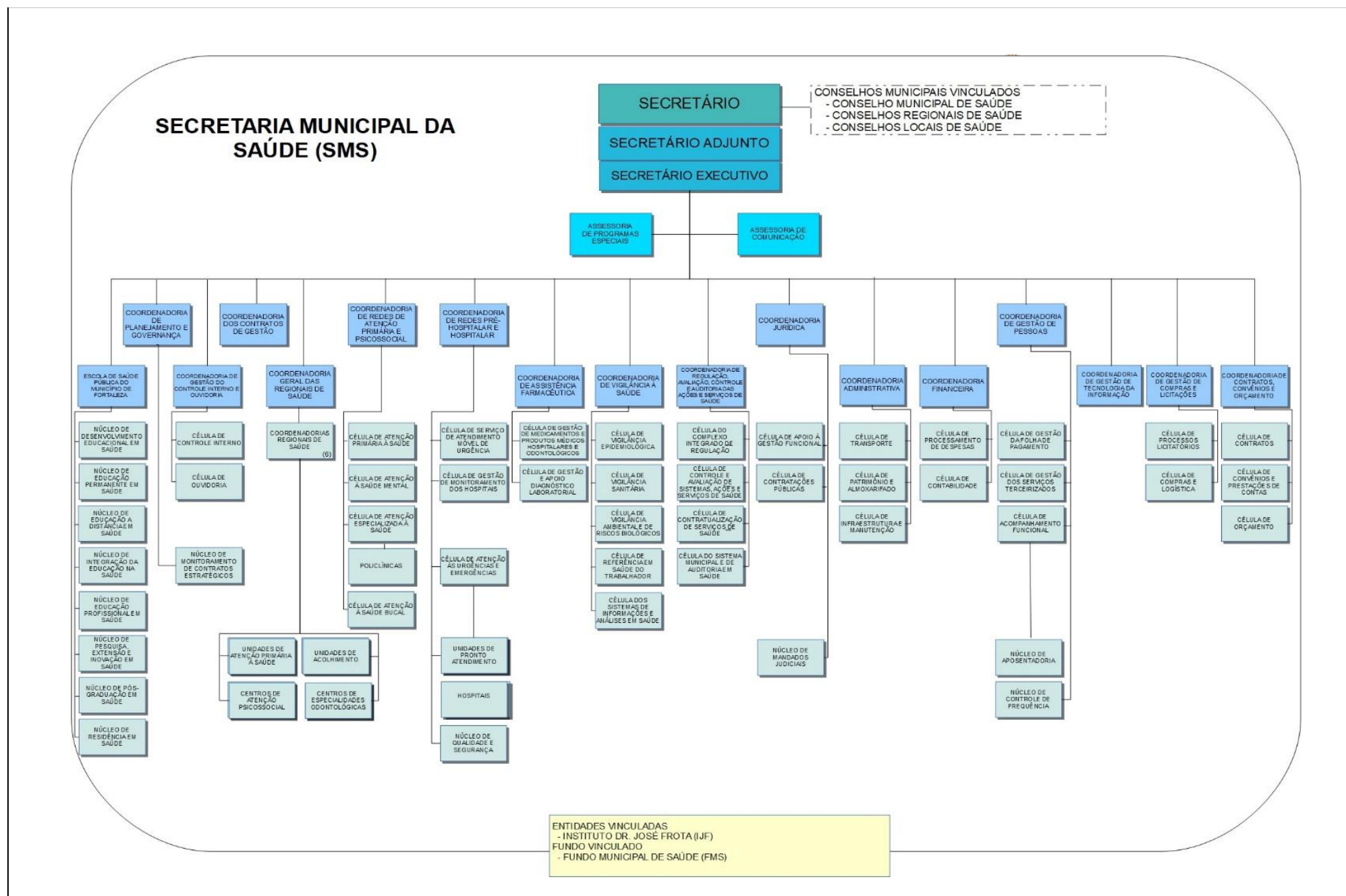
V - Órgãos de Execução Instrumental: composto pela Coordenadoria Jurídica (COJUR); Coordenadoria Administrativa (COAD); Coordenadoria Financeira (COFIN); Coordenadoria de Gestão de Pessoas (COGEP); Coordenadoria de Gestão de Compras e Licitações (COGEC); Coordenadoria de Contratos, Convênios e Orçamento (COCONT); Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação (COGETI);

VI - Conselhos Municipais Vinculados: inclui o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (CMSF); Conselhos Regionais de Saúde (CRS) e os Conselhos Locais de Saúde (CRL);

VII – Fundo Vinculado: Fundo Municipal de Saúde;

VIII - Entidade Vinculada: Instituto Dr. José Frota (IJF).

Figura 10 - Organograma SMS



3.2 Mapa Estratégico

O Planejamento Estratégico constitui um instrumento essencial para promover a análise crítica e a construção de alternativas que orientem a administração pública na adoção de ações proativas, antecipando-se às transformações e demandas dos contextos sociais, ambientais e de oferta de serviços públicos.

O novo Mapa Estratégico e definição dos indicadores e metas, elaborado pela gestão da SMS de Fortaleza teve como propósito principal desenvolver, de forma colaborativa e participativa, as grandes diretrizes estratégicas e os respectivos planos de ação que orientariam a atuação da Secretaria.

Conforme o documento mencionado, o Planejamento Estratégico da SMS de Fortaleza foi concebido com o objetivo de aprimorar a eficiência e a efetividade na prestação de serviços à população, estabelecendo uma identidade institucional clara, metas, objetivos e iniciativas alinhadas à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos fortalezenses.

Dessa forma, a estrutura do Mapa Estratégico da SMS de Fortaleza foi organizada a partir desses princípios orientadores, consolidando a visão de futuro e os eixos de atuação prioritários da instituição.

Figura 11 - Mapa Estratégico SMS



3.3 Planejamento e Governança

O Planejamento e Governança em Saúde são considerados instrumentos indissociáveis ao êxito dos processos de trabalho no âmbito dos serviços públicos de saúde. São dispositivos da gestão pública de saúde que buscam equalizar as necessidades e ações de saúde, buscando a eficiência e a efetividade e monitorando sistematicamente indicadores de processo e resultado.

O Planejamento em Saúde envolve um processo dinâmico de definição de prioridades, mobilização de recursos humanos e financeiros e empenho coletivo para o alcance de objetivos previamente propostos, baseados nas necessidades de saúde da população, orientando os processos de trabalho dos atores envolvidos nas ações e nos serviços de saúde.

A Governança em Saúde envolve a transparência e a eficiência nos processos decisórios, organizando os fluxos de informações, possibilitando a tomada de decisão baseada em evidências, resultando em políticas públicas assertivas. A estruturação da Governança em Saúde favorece a integração entre as pessoas que executam a política pública, a transparência dos processos, o monitoramento contínuo dos resultados e os ajustes dos caminhos traçados.

À estrutura organizacional da SMS de Fortaleza encontra-se integrada a COPLAG, responsável pelo exercício do Planejamento e Governança, atribuindo-se, entre outras, a responsabilidade pelo fomento à cultura de planejamento em saúde, articulando e participando ativamente durante o processo de elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); pelo fortalecimento da integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do município de Fortaleza, fomentando o funcionamento do Comitê de Governança das RAS; pelo processo de trabalho relacionado ao Planejamento das Aquisições, articulando junto às demais Coordenadorias e Áreas Técnicas a formalização das solicitações e monitorando os passos para a consecução da demanda; pela execução e monitoramento de Projetos Estruturantes, tais como o Escritório Setorial de Projetos e Processos, os planejamentos do poder executivo municipal e, pelo exercício da governança, permitindo o conhecimento e necessidades de organização dos serviços de saúde, bem como articulando a execução dos objetivos do Planejamento Estratégico.

A COPLAG exerce um papel estratégico e estruturante na condução das políticas públicas de saúde, sendo fundamental para a elaboração, implementação e monitoramento do Planejamento Estratégico e do Plano Municipal de Saúde. A sua atuação qualifica a tomada de decisão ao articular visão estratégica, capacidade técnica e compromisso com as reais

necessidades da população.

Ao conduzir o Planejamento Estratégico, a Coordenadoria assegura que as ações da SMS estejam alinhadas às diretrizes do SUS, aos instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) e às prioridades definidas a partir da análise do território, do perfil epidemiológico e dos determinantes sociais da saúde. Esse processo permite transformar dados e evidências em objetivos claros, metas factíveis e estratégias integradas, promovendo maior eficiência no uso dos recursos públicos.

No âmbito do Plano Municipal de Saúde, a COPLAG desempenha papel central ao coordenar processos participativos, envolvendo gestores, trabalhadores, Controle Social, representantes da sociedade civil e atores institucionais. Essa construção coletiva fortalece a legitimidade do Plano e garante o reflexo das necessidades reais da população, contribuindo para a formulação de políticas públicas equitativas e sustentáveis. A Coordenadoria atua, assim, como elo entre planejamento, execução e avaliação, promovendo uma gestão orientada por resultados e pelo impacto na qualidade de vida da população.

A COPLAG coordena a elaboração do Plano Plurianual (PPA), no âmbito da SMS, em conjunto com as demais Coordenadorias e participa da elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Portanto, compete à COPLAG, coordenar o planejamento para execução da Política Municipal de Saúde, em cumprimento aos princípios, diretrizes e normas do SUS, programando sua operacionalização pelo estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas, bem como avaliando sistematicamente seus resultados junto às Coordenadorias e Áreas Técnicas da SMS.

Além disso, a COPLAG fomenta a transparência e a responsabilidade na gestão pública conduzindo a elaboração e apresentação do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e do Relatório Anual de Gestão ao Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e Câmara dos Vereadores. Assim sendo, essa Coordenadoria transforma dados técnicos em informações compreensíveis para diferentes públicos, garantindo *accountability* com ética e efetividade.

Cumprе ressaltar que ao Planejamento e a Governança da SMS de Fortaleza abrangem ações e atividades que envolvem a elaboração de produtos essenciais à Gestão Municipal de Fortaleza, exemplificando-se a elaboração da Mensagem de Governo à Câmara Municipal de Fortaleza sobre os principais avanços e desafios da Saúde. Destaca-se inclusive a elaboração, o monitoramento e a compatibilização dos dados e dos resultados do Sistema de Planejamento

do SUS (PLANEJASUS).

Na esfera da captação de recursos financeiros, matéria essencial ao custeio e aquisição de tecnologias do cuidado em saúde, o Planejamento e a Governança é responsável pelo cadastramento e monitoramento de propostas de solicitação e ou aplicação de recursos federais e das emendas parlamentares.

Acrescenta-se o Planejamento das Aquisições da Rede de Saúde, visando ofertar suporte para a formalização de demandas e processos licitatórios de materiais, produtos e equipamentos de saúde.

O Comitê de Governança das RAS é uma iniciativa da SMS voltada à implementação de mecanismos e instrumentos de governança que visa ampliar a eficiência técnica e a obtenção de melhores resultados sanitários, portanto, a SMS tem investido esforços conjuntos para aprimorar a cultura de planejamento em saúde, propondo: i) discutir sobre o planejamento e execução das ações das RAS do município de Fortaleza; ii) articular estratégias e proposituras que garantam o funcionamento, o fortalecimento e a integração das RAS; iii) monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas para redirecioná-las, a fim de alcançar as metas pactuadas previstas.

E, por fim, ressalta-se a implantação do Escritório Setorial de Projetos e Processos da SMS, iniciativa intersetorial que moderniza a modelagem e o gerenciamento de projetos e processos da Prefeitura de Fortaleza, oportunizando identificar a integração de projetos, priorizando-os e eliminando atividades sobrepostas.

Em suma, o Planejamento e a Governança da SMS busca o exercício de atividades-meio que possibilitam apoio e sustentam a tomada de decisão pela Alta Gestão.

3.4 Controle Interno

A Rede do Controle Interno e Ouvidoria (RECONT) foi criada a partir do Decreto Municipal n.º 14.972, de 31 de março de 2021, tendo como objetivo fomentar e orientar a utilização dos mecanismos indispensáveis ao efetivo controle interno, à auditoria pública, à prevenção dos riscos, combate à corrupção, às atividades de ouvidoria e ao incremento da transparência de gestão nos órgãos e entidades da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF).

Sendo assim, a CONTI é regulamentada através do Decreto Municipal n.º 14.965, de 31 de março de 2021, publicado no DOM em 05 de abril de 2021, passando a integrar a

estrutura organizacional da SMS de Fortaleza, sendo responsável pela implantação e monitoramento de mecanismos de controle interno e integridade no âmbito da SMS, coordenação e operacionalização das políticas de Ouvidoria na Rede Municipal de Saúde, além de ser responsável pelo recebimento e tratamento de denúncias, funcionando como primeira instância de detecção de potenciais desvios éticos e fraudes no escopo de atuação da SMS.

Os eixos prioritários de atuação da CONTI abrangem as áreas de Controladoria, Auditoria, Correição, Transparência e Ouvidoria, objetivando assegurar a transparência e excelência das atividades desenvolvidas.

As atividades do Controle Interno constam no Planejamento Anual de Atividades do Controle Interno (PAACI), que foi revisado e aprovado pela Alta gestão da SMS no 2º semestre do exercício de 2024 devido a alterações no dimensionamento da equipe e aos resultados do Diagnóstico de Alinhamento do Controle Interno, conduzido pela Controladoria e Ouvidoria Geral do Município (CGM). O diagnóstico revelou um alinhamento e avanço nas atividades executadas pelo Controle Interno, tendo uma evolução de 56% (2022), de 90% em 2023 e (95%) em 2024.

Para atingimento de 100% de alinhamento com as políticas da PMF atribuídas ao Controle Interno, a CGM recomendou especial atenção da CONTI nos seguintes aspectos, que se encontram em andamento:

- ✓ Padronização de processos, fluxos e rotinas;
- ✓ Monitoramento das ações do Programa de Integridade;
- ✓ Diagnósticos situacionais em gestão patrimonial e demandas judiciais;
- ✓ Capacitação da equipe em gestão de riscos.

Outra linha de atuação fundamental foram as ações desenvolvidas de capacitações, normatizações voltadas ao conhecimento e aprimoramento da Nova Lei de Licitações n.º 14.133/2021, no intuito de assegurar transparência e boas práticas, diante da nova lei.

Dando continuidade aos trabalhos desenvolvidos, foi publicada a Portaria n.º 1156/2024 no DOM em 16/12/2024, que dispõe da Política de Gestão de Riscos na SMS, que objetiva a identificação e mitigação de ameaças e riscos processuais, melhoria da eficiência operacional e apoio a tomada de decisões com base em dados confiáveis.

3.4.1 Fortaleza Íntegra

O Programa de Integridade e *Compliance* da PMF, o Fortaleza Íntegra, foi aderido pela SMS no ano de 2022, através de Termo de Adesão e de forma voluntária, tendo como ação subsequente a implantação do Comitê de Integridade, que foi instituído através da Portaria n.º 578, de 19 de julho de 2022, tendo como principal função dar seguimento às responsabilizações geradas na implementação do Programa de Integridade e *Compliance*. Entre essas atividades, menciona-se o questionário enviado pela CGM para um diagnóstico situacional das atividades desenvolvidas na temática de Integridade no âmbito da SMS.

De acordo com o referido diagnóstico situacional, a SMS, encontra-se com nível moderado de alinhamento ao Programa de Integridade e está atualmente em processo de implementação do Plano de Integridade, com monitoramento periódico pela CONTI conjuntamente com as áreas responsáveis.

O Plano de Integridade da SMS está distribuído nos blocos temáticos de: Governança e Liderança, Gestão de Pessoas, Ética, Controle Social e Controle Interno, sendo este último dividido nos eixos temáticos de Resultados Operacionais em Auditorias, Gestão de Riscos e Processos. Inicialmente, alcançou-se 56% das ações previstas no Plano e dando seguimento as demais, não tendo um diagnóstico posterior pela CGM. Os avanços decorrem, principalmente das áreas de Controle Interno, Planejamento e Governança, Jurídico e Tecnologia da Informação.

Ainda no eixo de Integridade, a SMS dispõe de *Urna de Integridade* desde 2022, afixada em local de acesso universal e discreto, com a finalidade de coletar denúncias feitas por servidores relativas à ocorrência de desvios éticos por fraude, corrupção, assédios e demais condutas passíveis de investigação.

3.4.2 Auditorias

No ano de 2024, foram concluídas as auditorias internas setoriais previstas no Plano de Auditoria Interna Setorial (PAINT SET) 2023, institucionalizado, por meio da Portaria n.º 1086/2023, de 15/12/2023, publicada no DOM em 21/12/2023, nas matérias de controle de Processos de Pagamento e Atos de Pessoal, compreendendo três unidades auditadas: Coordenadoria Financeira (COFIN), FMS e Coordenadoria de Gestão de Pessoas (COGEP). A equipe de auditoria realizou, junto às áreas auditadas, a verificação e a análise da implementação das ações formalizadas em seus respectivos Planos de Providências Permanente, informando, periodicamente, se essas ações estão em conformidade com as

recomendações resultantes da auditoria, se foram suficientes para sanar os achados apontados e/ou irão oportunizar melhorias nos processos de controle interno.

Foi publicado o PAINT SET 2024, instituído por meio da Portaria n.º 0544/2024, publicada no DOM de 01/08/2024, que compreende a realização de quatro auditorias, envolvendo as seguintes matérias de controle: Atos de Pessoal, Planejamento e Execução, Gestão Patrimonial e Contratos de Gestão, tendo sido as duas primeiras iniciadas no 2º semestre do corrente ano, através da Reunião de Abertura, Solicitação de Documentação e início das análises, em conformidade com os Programas de Auditoria Interna n.º 001/2024 e 002/2024, respectivamente.

A CONTI gerencia as auditorias e inspeções realizadas ou em andamento, a fim acompanhar a evolução de tais procedimentos, bem como verificar o cumprimento das recomendações constantes dos relatórios de auditoria e Planos de Providências Permanentes (PPP), instrumento que compõe a terceira etapa do processo de auditoria, ou seja, seu monitoramento. A equipe de auditoria realiza a verificação e a análise da implementação das ações formalizadas pela unidade auditada no seu PPP, informando, periodicamente, se essas ações estão em conformidade com as recomendações resultantes da auditoria, se foram suficientes para sanar os achados apontados e/ou irão oportunizar melhorias nos processos de controle interno.

Foram concluídas inspeções documentais de diagnósticos situacional na Gestão Patrimonial dos Bens de Consumo em Almoxarifado e dos Bens de Uso Permanente, que consistiu em uma análise detalhada e sintetizada para compreender o contexto e as condições atuais da gestão de bens da SMS, para além daquelas previstas no PAINT SET 2024, dada a complexidade e relevância desta matéria.

3.4.3 Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

A LGPD, Lei 13.709/2018, foi promulgada em agosto de 2018, visando abalizar o tratamento dos dados pessoais de pessoa natural tanto por entes da Administração Pública como no âmbito privado, seja pessoa física ou jurídica.

Com a implantação da referida lei em toda a PMF no ano de 2021, Decreto Municipal n.º 14.987, de 16 de abril de 2021, quando as sanções da lei efetivamente entraram em vigor, a SMS implementou a cultura de proteção dos dados pessoais pelos seus diversos equipamentos da saúde, tendo em vista a gama de dados pessoais e dados sensíveis.

Nos termos do referido Decreto Municipal, a Portaria n.º 007/2024 – SMS, publicada no DOM de 09/01/2024, trata da atualização da designação de servidor(a) para o exercício das funções de encarregado(a) de dados pessoais no âmbito da SMS.

Tendo em vista a necessidade de difundir os ditames da LGPD no setor público, considerando que há elevado número de dados pessoais e sensíveis circulando, bem como uma grande quantidade de colaboradores no tratamento dos dados, foi criado o Comitê Gestor de Proteção de Dados Pessoais da SMS, instituído pela Portaria n.º 743/2022 – SMS, atualizada pelas Portarias n.º 355/2023, n.º 575/2023, n.º 650/2023, n.º 001/2024 e n.º 466/2024 – SMS, para difundir o conhecimento sobre a LGPD e traçar a melhor estratégia de disseminação no âmbito da SMS.

O Comitê atua como responsável pela avaliação de mecanismos de tratamento de dados pessoais que, corriqueiramente, são tratados no âmbito da SMS, seja por meio físico ou digital, bem como sobre proposição de ações para a proteção e conformidade de adequação à lei.

A partir de aprovação pelo referido Comitê, foi editada a Política de Privacidade e Proteção de Dados da SMS, publicada no DOM de 05/06/2024.

Os instrumentos de implementação da LGPD na SMS constam disponibilizados no Canal Saúde, com acesso pelo link <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/publicacoes/lgpd>.

Com a implantação do Sistema SISLGPD, criado pela CGM em 2023, durante o ano de 2024 procedeu-se ao preenchimento e transferência de dados para o referido sistema, gerando o Inventário de Dados Pessoais da SMS, elaborando-se Relatórios de Impacto de Proteção de Dados Pessoais (RIPD), sobre os quais constam integralmente cadastrados no Sistema SISLGPD os arquivos referentes aos processos de tratamentos de dados da sede administrativa da SMS.

Foi executado na SMS o Projeto AUDITA LGPD, concernente a auditoria interna setorial com o objetivo de monitorar a adequação da implantação da LGPD nos órgãos e entidades da PMF, comunicada pela CGM no Ofício Circular CGM n.º 018/2024/CGM/GS (Processo SPU n.º P251485-10/2024), resultando na emissão do RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA SETORIAL LGPD n.º 001/2024 e do respectivo PLANO DE PROVIDÊNCIAS PERMANENTE 2024 - PAINT SET LGPD 2024, encaminhados à CGM.

3.4.4 Ouvidoria

O Decreto n.º 14.119, de 14 de novembro de 2017, instituiu o Sistema de Ouvidoria Municipal (SOM), vinculado à Controladoria e Ouvidoria Geral do Município de Fortaleza, responsável por unificar os procedimentos realizados pelas Ouvidorias setoriais, cuja utilização passou a ser obrigatória por todas as setoriais (órgãos) do Poder Executivo Municipal.

A Ouvidoria da SMS, regulamentada pelo Decreto n.º 14.965, de 31 de março de 202, apresenta-se com uma estrutura descentralizada nas unidades hospitalares, com profissionais atuando localmente dentro do território municipal, que possuem um Ouvidor, responsável pelo recebimento, tratamento e encaminhamento de demandas protocoladas:

- ✓ Hospital da Criança de Fortaleza HCF (HCF);
- ✓ Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (HDNSC);
- ✓ Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (HDEBO);
- ✓ Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura (HDEAM);
- ✓ Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter (HDGMJW);
- ✓ Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM);
- ✓ Hospital Distrital Gonzaga Mota Barra do Ceará (HDGMBC);
- ✓ Hospital Dra. Maria José Barroso de Oliveira (HDMJBO);
- ✓ SAMU;
- ✓ HMDZAN.

A Ouvidoria setorial da SMS recebe demandas através dos canais de atendimento disponibilizados, quais sejam: telefone; presencialmente; e-mail, Ouvidor SUS do MS e Sistema Corporativo de Ouvidoria do Município (SISCOM), que funciona como uma plataforma online desenvolvida em 2020 pela CGM em parceria com a Secretaria de Planejamento Orçamento e Gestão (SEPOG) e a Secretaria de Finanças (SEFIN), objetivando estreitar os laços do cidadão com a gestão.

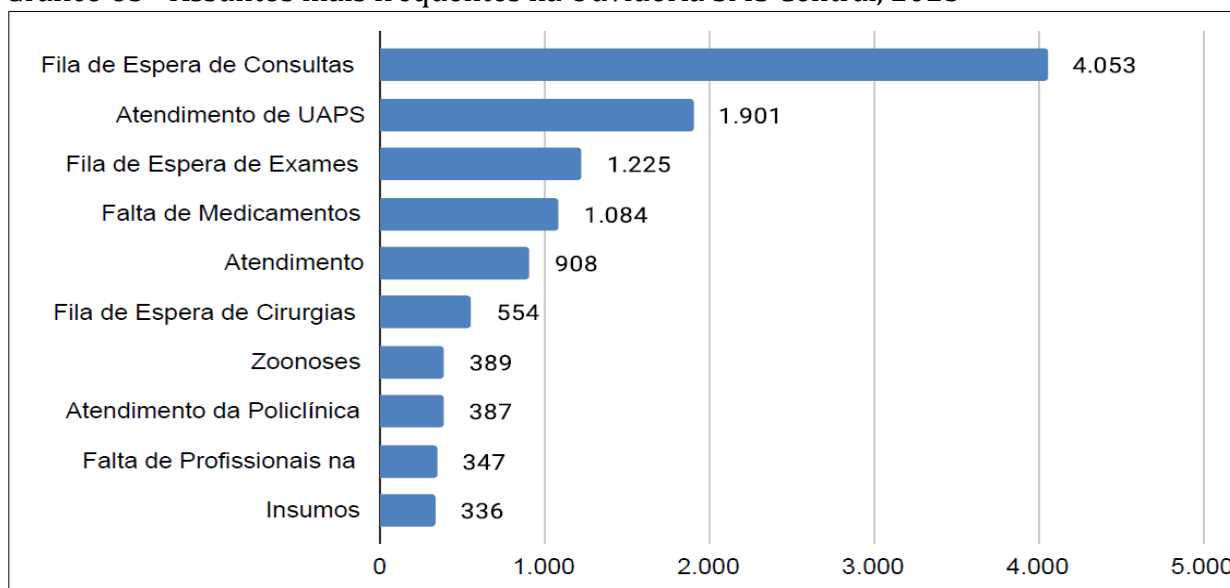
O SISCOM realiza a unificação da base de dados utilizada pelas Ouvidorias das unidades do município de Fortaleza, possibilitando manter um histórico das manifestações por tipo e nível de serviço, dentre outros requisitos necessários à efetividade de um sistema integrado e on-line. Neste sistema o usuário acompanha o trâmite de sua manifestação. Por meio da plataforma é possível externar sugestões, elogios, solicitação de informações sobre os serviços, reclamação ou denúncia.

Os canais de atendimento disponíveis são:

- ✓ <https://ouvidoria.cgm.fortaleza.ce.gov.br/portal>
- ✓ ouvidoria.sms@sms.fortaleza.ce.gov.br
- ✓ Rua Barão do Rio Branco, 910 – Centro
- ✓ Aplicativo Mais Saúde Fortaleza
- ✓ 156 ou <http://ouvprod01.saude.gov.br/ouvidor/LoginAtendimento.do>

Em 2025, manteve-se elevada a recorrência de manifestações relacionadas às filas de espera para consultas e exames, bem como ao atendimento nas UAPS, consolidando esses temas como os principais focos de insatisfação dos usuários da Rede Municipal de Saúde. Nesse contexto, destacaram-se como assuntos mais recorrentes; i) fila de espera de consultas que concentrou 4.053 registros (28,35%); ii) atendimento das UAPS com 1.901 manifestações (13,3%); iii) fila de espera de exames que totalizou 1.225 registros (8,57%) (Gráfico 63).

Gráfico 63 - Assuntos mais frequentes na Ouvidoria SMS Central, 2025



Fonte: SISCOP, acesso em 09/01/2026.

No âmbito das Ouvidorias Descentralizadas, vinculadas às unidades hospitalares, o IJF concentrou o maior volume de demandas, com 507 manifestações, sendo o atendimento o assunto mais recorrente, responsável por 61,2% do total.

Sobre os canais de atendimento, em 2025, o canal eletrônico (internet) consolidou-se como o principal meio de acesso dos cidadãos à Ouvidoria, concentrando 9.040

manifestações, correspondendo a 63,2% do total de registros. Em seguida, destacou-se o atendimento presencial, com 4.861 manifestações (34,0%), evidenciando a predominância dos meios digitais no relacionamento com o cidadão.

Em relação à identificação do manifestante, constatou-se equilíbrio entre manifestações identificadas e anônimas, indicando que parcela significativa dos cidadãos ainda opta pelo anonimato, especialmente em registros de natureza mais sensível, como as denúncias.

No que se refere à tipologia das manifestações, registrou-se em 2025, um aumento expressivo no número de denúncias, que totalizaram 1.429 registros. Esse cenário demandou o fortalecimento de ações voltadas à qualificação técnica das equipes e ao aprimoramento dos fluxos de apuração. Paralelamente, observou-se incremento relevante no número de elogios, que alcançaram 968 registros, evidenciando o reconhecimento dos usuários quanto às boas práticas desenvolvidas no âmbito da Rede Municipal de Saúde.

Ressalta-se, entretanto, que apenas 91 denúncias deram origem à abertura de processo no Sistema de Protocolo Único (SPU), em razão, principalmente, da reclassificação de manifestações inicialmente registradas como denúncias, mas que, após análise técnica, foram enquadradas como reclamações, em virtude da ausência de informações mínimas que possibilitassem a apuração formal dos fatos.

Diante do crescimento das denúncias registradas em 2025, tornou-se imprescindível o alinhamento estratégico com a Ouvidoria Geral do Município, para qualificar os(as) técnicos(as) da Ouvidoria Setorial da SMS sobre a adequada aplicação da Instrução Normativa Conjunta n.º 0001/2024/CGM-PGM, de 13 de junho de 2024, que regulamenta os procedimentos para o recebimento, tratamento e apuração de manifestações tipificadas como denúncia no âmbito da PMF.

Adicionalmente, foi intensificado o processo de qualificação das respostas e de monitoramento sistemático junto às Áreas competentes, considerando não apenas o cumprimento dos prazos, mas, sobretudo, a qualidade, a clareza e a efetividade das respostas encaminhadas ao cidadão, com foco na ampliação da resolutividade, no fortalecimento da transparência institucional e na melhoria contínua da gestão pública em saúde.

3.5 Financiamento

3.5.1 Contextualização

Conforme definido na Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com o §1º do artigo 198, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) advém dos recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. As receitas são oriundas, principalmente, de fonte do Tesouro Municipal, do Estado e de transferências Fundo a Fundo do MS.

No orçamento geral da União existem duas formas de transferências de recursos, sendo estes recursos de Programas/Ação ou recursos de Emendas Parlamentares. Os recursos de Programas têm como característica o cadastramento de propostas de projetos das entidades públicas ou privadas a partir de programas previamente elencados pela administração federal e as Emendas Parlamentares, instrumento pelo qual os parlamentares buscam aperfeiçoar a proposta apresentada pelo Poder Executivo.

Ressalta-se que as Emendas Constitucionais n.º 86 de 17 de março de 2015, e n.º 100 de 26 de junho de 2019, trouxeram à Constituição Federal novos textos para os Artigos 165 e 166, que tornam obrigatórias as execuções orçamentária e financeira das emendas individuais e de bancadas estaduais e do Distrito Federal. Além disto, destaca-se que metade do valor destinado às Emendas Parlamentares tem por obrigação serem destinadas às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

A Portaria n.º 3992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da alteração das normas sobre financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. A principal mudança envolve os repasses dos recursos financeiros destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferido aos entes federados na modalidade Fundo a Fundo, que passam a ser organizados e transferidos nos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio) e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento).

Cabe destacar que o bloco de Custeio é composto pelos grupos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência

Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS, enquanto o Bloco de Investimento é composto pelos grupos da Atenção Básica, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde, Gestão e desenvolvimento de Tecnologias em Saúde no SUS e Gestão do SUS.

Ressalta-se que as mudanças propostas pela Portaria n.º 3992/2017 são direcionadas à otimização da gestão financeira dos recursos recebidos Fundo a Fundo pelo MS, entretanto a gestão deve efetuar o controle interno rigoroso na correta execução por bloco e grupo, assim como respeitar os termos previstos na Lei Complementar n.º 141/2012 para a devida qualificação e continuidade dos serviços de saúde do município de Fortaleza.

O financiamento da Saúde no município de Fortaleza em 2025 apresenta composição fortemente dependente das transferências intergovernamentais, com predominância da participação da União e significativa contribuição da receita própria municipal.

Observa-se que, embora a arrecadação própria tenha se mantido elevada, o ritmo de crescimento das despesas supera a evolução das receitas, configurando um cenário de pressão orçamentária no segundo semestre. A seguir apresenta-se a avaliação do ano de 2025, bem como a apresentação da projeção com base nos dados disponíveis.

3.5.2 Receitas de Transferência em Saúde

Conforme dados consolidados, a receita total destinada à saúde no período atingiu R\$ 3.843.689.285,34, distribuída da seguinte forma:

Tabela 8 - Receitas de Transferência em Saúde

FONTES DE RECURSOS	JAN A DEZ/2025
MUNICÍPIO	1.757.724.502,59
ESTADO	177.177.188,57
UNIÃO	1.908.100.386,41
DEMAIS FONTES	687.207,77
TOTAL	3.843.689.285,34

A participação municipal (45,73%) tem uma parcela tão significativa em relação à parcela federal (49,64%), reforçando o papel do Tesouro Municipal no custeio e manutenção dos serviços. A contribuição estadual permanece reduzida, limitando a capacidade de ampliação do cofinanciamento tripartite do SUS.

3.5.3 Percentual de Receita Própria Aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde

O percentual de recursos próprios aplicados em ASPS é um indicador crucial do comprometimento do ente federativo com a saúde. Demonstra-se a seguir o percentual de recursos próprios do município de Fortaleza aplicado em ASPS no período de janeiro a dezembro de 2025.

Tabela 9 - Percentual de Receita Própria Aplicada (ASPS)

PERCENTUAL DE RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM ASPS	JAN A DEZ/2025
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais Vinculadas à Saúde	7.366.074.398,90
*Despesas Próprias em Ações e Serv. Públicos de Saúde (em R\$)	1.762.924.850,86
Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Ações e Serviços de Saúde	23,93%

O percentual de 23,93% supera o mínimo constitucional de 15% que os municípios devem aplicar em saúde demonstrando um forte investimento de recursos próprios acima do limite obrigatório, indicando uma alta prioridade da gestão municipal para a área da saúde.

3.5.4 Execução Orçamentária por Grupo de Despesa (Despesas Liquidadas)

A análise da execução financeira mostra como os recursos foram distribuídos entre os principais grupos de despesa, totalizando R\$ 3.703.648.931,66.

Tabela 10- Execução Orçamentária por Grupo de Despesa

DESPESAS LIQUIDADAS	JAN A DEZ/2025
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	1.725.817.761,39
OUTRAS DESPESAS CORRENTES	1.957.589.203,50
INVESTIMENTOS	20.241.966,77
DESPESA TOTAL EM ASPS	3.703.648.931,66

Nota explicativa: Consolidação de dados da função 10 – Saúde.

O gasto com "Outras Despesas Correntes" representa a maior parcela (aproximadamente 52,86%), que inclui custos com manutenção, insumos, contratos de serviços, entre outros. A segunda maior despesa abrange "Pessoal e Encargos Sociais" (aproximadamente 46,60%), seguida de despesas com investimentos (aproximadamente 0,55%).

3.5.5 Demonstrativo por Subfunção - Despesas Liquidadas

A análise por subfunção detalha a alocação de despesas entre as diferentes áreas da saúde, totalizando R\$ 3.703.648.931,66.

Tabela 11- Demonstrativo por Subfunção - Despesas Liquidadas

AÇÃO	JAN A DEZ/2025
ADMINISTRATIVO	313.309.895,84
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1.530.867,00
ATENÇÃO PRIMÁRIA	883.917.911,25
ASSISTÊNCIA HOSP. E AMBULATORIAL	2.211.730.298,49
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	104.212.555,25
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	2.388.813,52
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	171.424.840,55
OUTROS ENCARGOS ESPECIAIS	15.133.749,76
TOTAL	3.703.648.931,66

Nota explicativa: consolidação de dados da função 10 – Saúde.

A maior parte dos recursos foi destinada à Assistência Hospitalar e Ambulatorial (aproximadamente 59,72%), comum em sistemas de saúde que priorizam a média e alta complexidade. A Atenção Primária, embora essencial para o sistema de saúde, recebeu cerca de 23,87% das despesas, reflexo da necessidade de direcionar mais recursos para os níveis de média e alta complexidade.

3.5.6 Demonstrativo por Unidade Orçamentária

O demonstrativo por unidade orçamentária detalha como os recursos de despesas liquidadas foram distribuídos entre as diferentes entidades da saúde, totalizando R\$ 3.703.648.931,66.

Tabela 12- Demonstrativo por Unidade Orçamentária

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	JAN A DEZ/2025
Instituto Dr. José Frota	776.410.046,20
Fundo Municipal da Saúde	2.824.612.925,19
Fundo Municipal da Saúde - Infra	13.995.611,68
Hosp. Dist. Gonzaga Mota Barra do Ceará	7.827.324,07
Hosp. Dist Evandro Ayres de Moura	14.451.127,68
Hosp. Dist Maria José Barroso de Oliveira	14.169.000,67
Hosp. Dist Gonzaga Mota José Walter	13.522.666,22
Hosp. Dist Gonzaga Mota Messejana	1.628.063,40
Hosp. Dist Edmilson Barros de Oliveira	10.982.474,68
Hosp. e Maternidade Dra Zilda Arns	26.049.691,87
TOTAL LIQUIDADOS	3.703.648.931,66

Nota explicativa: consolidação de dados da função 10 – Saúde.

A maior parte dos recursos foi gerenciada pelo FMS, considerado o principal órgão responsável pelo financiamento das ações e serviços de saúde no Município.

O IJF é a segunda maior unidade em termos de despesas, indicando sua importância como hospital de referência. Em seguida aparece o Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns (HMDZAN), com a terceira maior execução, em razão da complexidade de serviços realizados no citado hospital. As despesas dos demais hospitais distritais são menores, refletindo sua capacidade e papel na Rede Municipal de Saúde.

A unidade *Fundo Municipal da Saúde - Infra* com R\$ 13.995.611,68 (treze milhões, novecentos e noventa e cinco mil, seiscentos e onze reais e sessenta e oito centavos) indica que há investimentos diretos em infraestrutura e equipamentos, considerado fundamental para a modernização da Rede Municipal de Saúde.

3.5.7 Projeção

A projeção de financiamento para o restante do ano de 2025 indica um aumento significativo dos recursos provenientes das esferas federal e estadual, em comparação com o mesmo período de 2024. Por outro lado, observa-se uma pequena queda no financiamento municipal em virtude da redução do custo na folha de pagamento. Essa dinâmica revela a crescente dependência do município dos aportes externos para o financiamento da saúde pública.

Tabela 13- Financiamento por Fonte

FONTE	VALOR MENSAL (2024)	VALOR MENSAL (2025)
Federal	112.281.834,80	134.865.112,32
Estadual	9.576.907,99	13.578.026,40
Municipal	110.014.738,84	90.305.750,45
TOTAL	231.873.481,63	238.748.889,17

Nota Explicativa: Composição dos valores previstos de receita da fonte Federal considerando as fontes de recursos 160000000000 (Custeio SUS), 160400000000 (Folha ACS e ACE) e 160500000000 (Piso da Enfermagem).

A participação da receita total em relação a fonte federal, em 2025, corresponde a 56,50%, seguido da municipal que corresponde a aproximadamente 37,81% e da estadual, com a participação de 5,69%.

No âmbito do financiamento federal, durante o exercício financeiro de 2025, houve um aumento expressivo no valor do Teto MAC, principalmente relacionado a recursos do custeio do IJF. Apesar deste incremento, o montante ainda não é suficiente para cobrir integralmente as demandas crescentes de despesas da saúde pública, evidenciando a necessidade de maior alocação de recursos para suprir os gastos efetivos.

Tabela 14 – Financiamento Federal por Grupo

GRUPO	AÇÃO	VALOR (2024)	VALOR (2025)
Média e Alta Complexidade	Teto MAC	64.175.959,27	88.129.132,55
	SAMU	1.168.200,80	1.168.200,80
	FAECS	8.143.700,49	8.743.527,21
TOTAL MAC			73.487.860,56
Atenção Primária	Atenção Primária	18.826.906,37	17.235.118,16
	ACS	5.362.070,00	6.063.595,65
TOTAL AP			24.188.976,37
Vigilância	Vigilância	1.493.364,19	1.615.008,10
	ACE	3.457.282,00	3.685.971,31
TOTAL VIG			4.950.646,19
Assistência Farmacêutica	Assist. Farm.	1.477.764,04	1.679.856,40
Gestão SUS	Gestão SUS	8.176.587,64	6.547.702,14
TOTAL GERAL		112.281.834,80	134.865.112,32

Nota Explicativa: Composição dos valores previstos da receita considerando as fontes de recursos 160000000000 (Custeio SUS), 160400000000 (Folha ACS e ACE) e 160500000000 (Piso da Enfermagem); No valor mensal de 2025 da Fonte Federal está sendo considerado o valor previsto mensal de R\$ 14.500.000,00 oriundo da incorporação de aumento do Teto MAC, conforme Portaria GM/MS n.º 8.001, de 20 de agosto de 2025. A composição no exercício de 2025 dos valores previstos mensais por fonte são os seguintes: 160000000000 (Custeio SUS): R\$ 118.567.843,22; 160400000000 (Folha ACS e ACE): R\$ 9.749.566,96 e 160500000000 (Piso da Enfermagem): R\$ 6.547.702,14.

O financiamento estadual apresentou crescimento, concentrado exclusivamente no



IJF, hospital referência em ortopedia e centro de queimados, que gera uma elevada demanda de despesas voltadas ao atendimento da população do território de Fortaleza e de todo o Estado do Ceará. Contudo, o IJF não representa a totalidade das necessidades do município.

Ressalta-se a carência de um aporte maior do Estado para a Assistência Farmacêutica e para o financiamento de serviços de média e alta complexidade da Rede de Saúde do município de Fortaleza, considerando que a Rede Municipal e Conveniada atende uma demanda de pacientes oriundos de outros municípios do Estado do Ceará.

Tabela 15- Financiamento Estadual

RESOLUÇÃO/FAVORECIDO	VALOR REPASSADO (2024)	VALOR REPASSADO (2025)
Resolução CESAU Nº 40/2024 e 72/2024 - Hospital Estratégico São Vicente	60.000,00	60.000,00
Resolução CESAU Nº 40/2024 e 72/2024 - Hospital Estratégico- São Camilo	120.000,00	120.000,00
Resolução CESAU Nº 40/2024 e 72/2024 - Hospital Estratégico - Santa Casa	390.000,00	390.000,00
Resolução CESAU Nº 40/2024 e 72/2024- Hospital Polo – SOPAI	873.330,00	873.330,00
Resolução CESAU Nº 40/2024 e 72/2024 - Hospital Polo – MEAC	373.320,00	373.320,00
Resolução CESAU Nº 40/2024 e 72/2024 - Hospital Polo - IJF	6.000.000,00	10.000.000,00
Resolução CESAU Nº 13/2024 – SAMU	425.587,00	425.587,00
Resolução CIB Nº 48/2025 - PPI Medicamentos – BASICA	889.780,66	890.526,27
Resolução CIB Nº 47/2025 - PPI Medicamentos - SECUNDARIA	444.890,33	445.263,13
TOTAL GERAL	9.576.907,99	13.578.026,40

Nota Explicativa: Os recursos mensais destinados ao custeio do IJF tiveram um incremento de aproximadamente 67% quando comparado com os exercícios de 2023 e 2024; Os recursos listados acima são vinculados respectivamente ao pactuado em suas resoluções.

A maior parte dos recursos municipais é direcionada para o pagamento da folha de pessoal. Mesmo assim, o Município realiza aportes mensais para o custeio das demais

despesas, evidenciando a limitação orçamentária local e a necessidade de maior equilíbrio entre as fontes de financiamento.

Considerando ainda que houve um decréscimo das despesas decorrentes da extinção da Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (FAGIFOR), ainda não foi suficiente para reduzir as despesas realizadas nesse âmbito.

Tabela 16 - Financiamento Municipal

DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL (2024)	VALOR MENSAL (2025)
Fluxo Mensal	17.676.759,53	17.676.759,53
Folha	89.575.088,72	72.628.990,92
FAGIFOR	2.762.890,59	-
TOTAL	110.014.738,84	90.305.750,45

Nota Explicativa: Não consta mais fluxo mensal destinado FAGIFOR no exercício de 2025 em virtude da sua extinção conforme Lei Complementar n.º 422, de 20 de março de 2025; Fluxo Mensal do Tesouro Municipal não teve incremento/atualização em seus valores mensais desde o exercício financeiro de 2017.

As despesas de maior volume são atribuídas à folha de pagamento e aos contratos de gestão. Observa-se, entretanto, uma redução significativa desses gastos de 2024 para 2025, em resposta a medidas de contenção de gastos decretadas pela Gestão.

Tabela 17 - Despesa mensal consolidada por tipo de despesa detalhada por fontes de custeio Federal, Estadual e Municipal

TIPO DE DESPESA	VALOR MENSAL (2024)	VALOR MENSAL (2025)
FOLHA	99.012.490,15	85.384.440,07
OSS	53.871.307,56	59.982.996,05
PRESTADOR	38.348.238,58	43.269.828,54
REPASSE IJF	14.849.459,07	24.437.208,61
TERCEIRIZADA	14.142.203,04	12.213.056,01
REPASSE HOSPITAIS	7.754.936,77	8.205.787,51
COOPERATIVA	8.072.906,64	8.074.625,85
SERVIÇO	3.507.824,12	3.139.057,37
MATERIAL	2.132.337,48	1.800.396,58
SENTENÇA	2.137.497,25	1.407.442,53
IMPOSTO (INSS E PASEP)	39.303,46	1.196.136,95
OBRIGATORIA	908.953,06	929.950,39
VALE TRANSPORTE	978.879,37	806.020,20
ALUGUEL	490.0141,47	596.459,80
CONVENIO	104.519,07	301.917,01
RESSARCIMENTO	257.524,04	257.062,45
PESSOA FISICA	185.961,27	209.500,00
FAGIFOR	2.762.890,59	-
TOTAL	249.557.245,99	252.211.885,92

Nota Explicativa: Despesa mensal consolidada pelas fontes de custeio Federal, Estadual e Municipal. No exercício 2025 não está considerando novos aditivos e contratos que existiram no decorrer do exercício.

Ao analisar as despesas por fonte de recurso, verifica-se que um volume considerável é custeado com verbas federais. Entretanto, o Município arca com a maior parte das despesas relacionadas à folha de pagamento, enquanto os recursos federais são majoritariamente direcionados aos contratos de gestão, cooperativas, prestadores, convênios e manutenção da Rede Hospitalar Municipal.

No detalhamento das despesas da fonte federal por grupo, a maior parcela continua sendo destinada à manutenção dos serviços de média e alta complexidade, reforçando a importância de um financiamento adequado para essa área crítica da Saúde Pública.

Tabela 18 – Consolidação da Despesa Total por Tipo de Despesa e grupo de Financiamento

TIPO DE DESPESA	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
FOLHA	12.775.449,15	-	72.628.990,92	85.384.440,07
OSS	52.291.746,63	1.335.789,40	6.355.460,02	59.384.440,07
PRESTADOR	39.811.304,54	1.816.650,00	1.641.874,00	43.269.828,54
REPASSE IJF	14.437.208,61	10.000.000,00	-	24.437.208,61
TERCEIRIZADA	6.531.129,69	-	5.681.927,12	12.213.056,01
REPASSE HOSPITAIS	8.205.787,51	-	-	8.205.787,51
COOPERATIVA	8.074.625,85	-	-	8.074.625,85
SERVIÇO	2.592.548,73	-	120.921,64	3.139.057,37
MATERIAL	1.740.054,43	-	60.342,15	1.800.396,58
SENTENÇA	-	-	1.407.442,53	1.407.442,43
IMPOSTO (PASEP)	-	-	1.196.136,95	1.196.136,95
OBRIGATORIA	817.446,12	-	112.504,27	929.950,39
VALE TRANSPORTE	507.859,00	-	298.161,20	806.020,20
ALUGUEL	261.032,60	-	335.427,20	596.459,80
CONVENIO	301.917,01	-	-	301.917,01
RESSARCIMENTO	-	-	257.062,45	257.062,45
PESSOA FISICA	-	-	209.500,00	209.500,00
FAGIFOR	-	-	-	-
TOTAL	148.328.109,07	13.152.439,40	90.305.750,45	252.211.885,92

Nota Explicativa: Despesa mensal do exercício de 2025 não está considerando novos aditivos e contratos que vierem a existir no decorrer do exercício; Composição dos valores da despesa da fonte Federal considerando as fontes de recursos 160000000000 (Custeio SUS), 160400000000 (Folha ACS e ACE) e 160500000000 (Piso da Enfermagem).

3.5.8 Análise Técnica – Receita x Despesa

A análise da relação entre receitas e despesas demonstra que, embora o Município tenha ampliado sua participação no financiamento, o crescimento das despesas correntes, especialmente aquelas relativas a pessoal, contratos de gestão, serviços de terceiros (terceirização e cooperativas) e custeio de insumos, tem superado proporcionalmente a

evolução da arrecadação.

Essa discrepância impõe uma pressão crescente sobre o orçamento municipal, exigindo que recursos próprios cubram lacunas de financiamento deixadas pela insuficiência dos repasses federais e estaduais.

Soma-se a isso a concentração de grande parte da execução orçamentária e financeira no último quadrimestre, quando ocorre as possíveis limitações quanto à possibilidade de empenhar, liquidar e efetuar os pagamentos devidos, elevando significativamente a pressão sobre o fluxo de caixa e aumenta o risco de desequilíbrios na execução orçamentária.

3.5.9 Desafios

O cenário atual revela como problemática central a manutenção de um crescimento de despesas em ritmo superior ao da arrecadação, comprometendo a sustentabilidade orçamentária e financeira da saúde municipal.

A baixa participação das transferências estaduais agrava o quadro, ampliando a dependência de recursos próprios e reduzindo a margem de custeio em áreas estratégicas da saúde. Além disso, a concentração da execução orçamentária no encerramento do exercício compromete a regularidade da programação financeira e expõe o Município ao risco de atrasos ou reprogramações de pagamentos.

O desafio para os próximos exercícios abrange reverter essa tendência, buscando ampliar o financiamento por parte do governo estadual, solicitando incremento de recursos federais, diversificando as fontes de receita, e distribuindo a execução financeira de forma mais equilibrada ao longo do ano, garantindo maior previsibilidade e estabilidade ao fluxo de caixa do Município que não gere impacto negativo na área assistencial.

Diante dessa conjuntura, sugere-se intensificar a articulação com o governo estadual, de modo a ampliar a participação estadual no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, da mesma forma instigar o governo federal a realizar ações de incremento de verbas para custeio federal para conseguir realizar as atividades necessárias, e dessa forma existir ferramentas para realizar uma ocorrência de superávit financeiro e equilibrar a situação financeira e orçamentária do município.

É igualmente necessário adotar ajustes na programação orçamentária, compatibilizando o volume de despesas projetadas com a capacidade real de arrecadação e

buscando reduzir a concentração de liquidações no final do exercício.

Recomenda-se também o monitoramento contínuo da relação entre receita e despesa, com aplicação de medidas preventivas de contingenciamento sempre que forem identificadas divergências significativas.

Por fim, é fundamental ampliar a captação de recursos oriundos da esfera estadual e federal e promover revisões contratuais e administrativas que permitam a otimização da despesa e a redução de custos, preservando a qualidade dos serviços ofertados à população.

3.6 Gestão de Pessoas

A Gestão de Pessoas da SMS requer o reconhecimento das diversas dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores, pois é responsável por organizar os métodos e práticas dos serviços de saúde, com foco no planejamento, desenvolvimento, valorização, dimensionamento e admissão de pessoal. Essa atuação deve fundamentar-se nos pilares da legislação de pessoal, especialmente no Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) desta municipalidade.

Para esse fim, a COGEP, integrante da estrutura da SMS, tem a função de coordenar e implementar as políticas de gestão de pessoas no âmbito da Rede Municipal de Saúde.

O aprimoramento da gestão do Sistema Municipal de Saúde deve partir do princípio de que se trata de uma política de Estado e de Governo, decorrente da necessidade contínua de incorporar práticas e instrumentos capazes de identificar as reais demandas de saúde da população. Essa organização encontra-se estruturada na SMS, conforme o Decreto n.º 15.353, de 4 de julho de 2022, que dispõe sobre sua estrutura administrativa.

A Rede de Saúde de Fortaleza possui características peculiares, sendo densa e complexa, exercendo impacto direto sobre o planejamento e o dimensionamento de pessoal.

Nos últimos anos, a ampliação de serviços e equipamentos tem repercutido significativamente no desempenho das próprias unidades de saúde, sobretudo no aumento dos procedimentos cirúrgicos e internações. Essas ações visam aprimorar a atenção aos pacientes do Município, ampliando a capacidade de atendimento e elevando a qualidade dos serviços prestados, por meio da atuação de colaboradores especializados. Diante desse cenário, a SMS busca, de forma contínua, aperfeiçoar seus processos de gestão de pessoas,

assegurando o suprimento adequado de profissionais e o fortalecimento da Rede assistencial.

Um dos maiores desafios contemporâneos das organizações públicas é a gestão de pessoal, especialmente no que se refere à comunicação, à mediação de conflitos, ao acolhimento e à satisfação dos servidores.

A Força de Trabalho da SMS de Fortaleza é composta por servidores públicos efetivos, cargos comissionados, profissionais contratados por seleção pública, profissionais vinculados a programas de governo, como o Mais Médicos Brasil (PMMB) e o Mais Médicos pelo Brasil (PMPB), além de profissionais vinculados ao MS. Integram ainda essa força de trabalho os profissionais terceirizados, que desempenham atividades de apoio, como portaria, limpeza, vigilância, motoristas, recepção, assessorias e suporte técnico-administrativo, contratados mediante processo licitatório, bem como os profissionais das Organizações Sociais de Saúde (OSS), vinculados por meio de Contratos de Gestão e as Cooperativas. Compõem também essa estrutura os residentes e estagiários, que contribuem para o fortalecimento e a continuidade das ações desenvolvidas na Rede Municipal de Saúde.

O somatório de todos os vínculos descritos totaliza uma Força de Trabalho de 18.627 profissionais, conforme dados referentes à competência de julho de 2025, detalhados na Tabela a seguir:

Tabela 19 - Força de trabalho geral da SMS de Fortaleza por categoria.

FORÇA DE TRABALHO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Servidores Efetivos	9.356	50,23%
Contratos de Gestão	5.691	30,55%
Terceirizados	2.106	11,31%
Seleção Pública	865	4,64%
Cargos Comissionados Exclusivos	211	1,13%
Ministério da Saúde	82	0,44%
Programas Mais Médicos Brasil e pelo Brasil	209	1,12%
Residentes	69	0,37%
Estagiários	38	0,20%
TOTAL	18.627	100,0%

Fonte: COGEP; COGES; CORAPP; COREPH; Sistema Eletrônico de Controle de Frequências (SECOF); Sistema ConsistHR. Dados referentes ao mês de julho de 2025.

A despesa com pessoal da SMS totalizou, até julho de 2025, o montante de R\$ 950.864.281,66, conforme comparativo com o exercício de 2024 (Tabela 20).

As informações provenientes da COREPH sobre a despesa com pessoal das Cooperativas abrangem R\$ 26.858.713,04 entre os meses de ago. a nov. de 2025.

Tabela 20 - Despesa com Pessoal na SMS de Fortaleza, no período de 2024 a 2025

FORÇA DE TRABALHO	2024		2025*	
	R\$	%	R\$	%
Folha Saúde	1.060.767.065,98	66,43%	582.420.354,23	61,25%
Contratos de Gestão	343.085.977,69	21,49%	218.805.739,91	23,01%
Terceirizados	154.156.795,65	9,65%	84.373.004,67	8,87%
FAGIFOR	38.838.450,79	2,43%	65.265.182,85	6,86%
Cooperativas	-	-	-	-
TOTAL	1.596.848.290,11	100%	950.864.281,66	100%

Fonte: COGEP; COGES; CORAPP; COREPH; SECOF; Sistema ConsistHR. *Dados até julho/2025.

3.6.1 Força de Trabalho por Áreas de Atenção à Saúde

3.6.1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, tratando-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS.

Os profissionais vinculados à APS estão distribuídos conforme exposto na Tabela abaixo, referente à competência de julho de 2025.

Tabela 21 - Força de trabalho distribuída por categorias e por CORES, vinculada à Atenção Primária, incluindo carências.

FORÇA DE TRABALHO/ATENÇÃO PRIMÁRIA	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Servidores Efetivos	4231	55,97%
Contratos de Gestão	2772	36,67%
Terceirizados	7	0,09%
Seleção Pública	260	3,44%
Cargos Comissionados Exclusivos	65	0,86%
Ministério da Saúde	14	0,19%
Programas Mais Médicos Brasil e pelo Brasil	209	2,76%
Residentes	1	0,01%
Estagiários	0	0,00%
TOTAL	7.559	100%

Fonte: COGEP; COGES; CORAPP; SECOF; Sistema ConsistHR. Dados referentes ao mês de julho/2025.

A APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a ESF, que disponibiliza serviços multidisciplinares às comunidades por meio das UAPS.

Atualmente, o município de Fortaleza possui 134 UAPS e os profissionais vinculados à ESF estão distribuídos conforme exposto abaixo, referente à competência de dezembro de 2025, evidenciando-se também as carências de cada categoria, enfatizando-se a dinamicidade do atual perfil de vinculação dos profissionais.

Tabela 22 (continua) - Força de trabalho distribuída por categorias e por CORES, vinculada à Atenção Primária, incluindo carências.

CORES	UAPS	Nº EQPS	N.º Méd ESF	N.º Enf ESF	N.º Aux Enf	N.º Téc Enf	N.º Dent ESF	N.º ASB ESF	N.º Téc SB	N.º ACS ESF
I	18	76	75	66	0	74	46	25	16	377
II	14	56	56	54	0	50	44	20	15	180
III	20	83	83	80	0	83	51	36	16	359
IV	15	60	59	57	0	60	38	28	7	181
V	32	130	130	125	2	128	74	39	37	449
VI	35	154	154	144	0	152	102	54	21	449
TOTAL	134	559	557	526	2	547	355	202	112	1995

CORES	N.º Eq ESF	N.º Eq SB	N.º Eq INCOMPL	N.º Eq INCPL/SB	N.º EQ EAP
I	66	41	10	5	0
II	48	34	8	9	0
III	80	50	3	3	0
IV	54	34	4	5	2
V	121	70	5	10	4
VI	133	72	11	32	10
TOTAL	502	301	41	64	16

Carências						
CORES	Med	Enf	Aux Enf	Dent.	ASB	ACS
I	1	10	2	0	5	57
II	0	2	6	-1	8	88
III	0	3	0	2	1	45
IV	1	3	0	1	4	120
V	0	5	0	6	4	235
VI	0	10	2	2	29	230
TOTAL	2	33	10	10	51	775



3.6.1.2 Atenção Secundária à Saúde:

No que concerne à Atenção Secundária, a SMS de Fortaleza possui Rede estruturada especificada abaixo:

- ✓ Atenção hospitalar: 09 hospitais municipais;
- ✓ Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU): 14 bases descentralizadas;
- ✓ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): 03 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS Infantil), 06 CAPS Geral, 07 CAPS Álcool e Drogas (AD) e 05 Unidades de Acolhimento (UA);
- ✓ Policlínicas: 04 unidades;
- ✓ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): 04 unidades;
- ✓ Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): 06 unidades no território de Fortaleza.

Os profissionais vinculados à Atenção Secundária à Saúde estão distribuídos conforme exposto na Tabela abaixo, referente à competência de julho de 2025:

Tabela 23 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área Pré-Hospitalar.

FORÇA DE TRABALHO / PRÉ-HOSPITALAR	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Servidores Efetivos	279	20,65%
Contratos de Gestão	889	65,80%
Terceirizados	157	11,62%
Seleção Pública	24	1,78%
Cargos Comissionados Exclusivos	2	0,15%
Ministério da Saúde	0	0,00%
Programas Mais Médicos Brasil e pelo Brasil	0	0,00%
Residentes	0	0,00%
Estagiários	0	0,00%
TOTAL	1.351	100%

Fonte: COGEP; COGES; COREPH; SECOF; Sistema ConsistHR. Dados referentes ao mês de julho/2025.

Tabela 24 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área Hospitalar.

FORÇA DE TRABALHO / HOSPITALAR	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Servidores Efetivos	2657	51,17%
Contratos de Gestão	967	18,62%
Terceirizados	1030	19,84%
Seleção Pública	507	9,77%
Cargos Comissionados Exclusivos	20	0,39%
Ministério da Saúde	8	0,15%
Programas Mais Médicos Brasil e pelo Brasil	0	0,00%
Residentes	0	0,00%
Estagiários	3	0,06%
TOTAL	5.192	100%

Fonte: COGEP; COGES; COREPH; SECOF; Sistema ConsistHR. Dados referentes ao mês de julho/2025.

Tabela 23 (continua) - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área Hospitalar

FORÇA DE TRABALHO / HOSPITALAR (COOPERADOS)	QTD. PLANTÕES (12HRS/MÊS)	PERCENTUAL DE PLANTÕES CONTRATUALIZADOS X CATEGORIA FUNCIONAL
Técnicos de Enfermagem	7.594	43,56%
Enfermeiros	6.660	38,21%
Clínicos	734	4,21%
Médicos SAMU (Intervencionistas e Regulação)	620	3,56%
Anestesistas	436	2,50%
Ginecologistas / Obstetras	421	2,42%
Neonatalogistas	403	2,31%
Cirurgiões	324	1,86%
Traumatologistas	187	1,07%
Pediatras	53	0,30%
Total de plantões contratualizados	17.432	100%

Fonte: COREPH (dados referentes ao mês de fevereiro de 2026).

Obs.: Estes dados referem-se à contratação de Cooperativas destas categorias funcionais, para disponibilizar plantões de 12 horas mensais, para serem utilizados pela SMS de acordo com necessidade de suprir esta força trabalho, responsável pelos atendimentos nos setores de Emergência das Unidades.

Tabela 25 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área da Saúde Mental.

FORÇA DE TRABALHO / SAÚDE MENTAL	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Servidores Efetivos	300	46,88%
Contratos de Gestão	175	27,34%
Terceirizados	107	16,72%
Seleção Pública	50	7,81%
Cargos Comissionados Exclusivos	8	1,25%
Ministério da Saúde	0	0,00%
Programas Mais Médicos Brasil e pelo Brasil	0	0,00%
Residentes	0	0,00%
Estagiários	0	0,00%
TOTAL	640	100%

Fonte: COGEP; COGES; COREPH; SECOF; Sistema ConsistHR. Dados referentes ao mês de julho/2025.

Tabela 26- Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área Especializada.

FORÇA DE TRABALHO / ESPECIALIZADA	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Servidores Efetivos	43	4,61%
Contratos de Gestão	888	95,18%
Terceirizados	0	0,00%
Seleção Pública	2	0,21%
Cargos Comissionados Exclusivos	0	0,00%
Ministério da Saúde	0	0,00%
Programas Mais Médicos Brasil e pelo Brasil	0	0,00%
Residentes	0	0,00%
Estagiários	0	0,00%
TOTAL	933	100%

Fonte: COGEP; COGES; COREPH; SECOF; Sistema ConsistHR. Dados referentes ao mês de julho/2025.

Tabela 27 - Força de trabalho distribuída por categorias, vinculada à área da Vigilância.

FORÇA DE TRABALHO / VIGILÂNCIA	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Servidores Efetivos	1.355	89,44%
Contratos de Gestão	0	0,00%
Terceirizados	94	6,20%
Seleção Pública	3	0,20%
Cargos Comissionados Exclusivos	10	0,66%
Ministério da Saúde	53	3,50%
Programas Mais Médicos Brasil e pelo Brasil	0	0,00%
Residentes	0	0,00%
Estagiários	0	0,00%
TOTAL	1.515	100%

Fonte: COGEP; COGES; SECOF; Sistema ConsistHR. Dados referentes ao mês de julho/2025.

3.7 Tecnologia da Informação

A COGETI atua para prover e implantar soluções tecnológicas que possam favorecer e colaborar o cumprimento da missão da SMS de Fortaleza.

As ações da COGETI são baseadas em boas práticas da governança em Tecnologia da Informação (TI), aliadas às decisões estratégicas, pautando soluções viáveis para atender necessidades internas e externas. Em cooperação com as demais Coordenadorias, promove o redesenho dos processos de trabalho dos sistemas de informação.

A COGETI prima reconhecimento por qualidade, efetividade e satisfação na prestação dos serviços ofertados, estruturando-se em seis Células operacionais vinculadas à uma Coordenação.

3.7.1 Coordenação:

Coordena atividades rotineiras ou relacionadas aos projetos estratégicos, inovações tecnológicas relacionadas à TI, referentes ao escopo das políticas determinadas pela gestão da SMS. Apoia tecnicamente o Gabinete da SMS e demais Coordenadorias de Saúde, disponibilizando dados e informações.

3.7.2 Núcleo Administrativo:

Tem como foco principal as atividades voltadas aos processos de licitação e aquisição, pagamentos, gestão de contratos e acompanhamento das atividades realizadas pelo setor de desenvolvimento. Realiza levantamento de requisitos, políticas de proteção de dados em especial, demandas relacionadas ao Ministério Público, além de assessorar a Coordenação no acompanhamento de projetos em andamento.

3.7.3 Gerência de Helpdesk

A Célula do Helpdesk é a principal porta de entrada das demandas atendidas pela COGETI, garantindo o suporte técnico de primeiro nível, treinamento e implantação de sistemas e ferramentas desenvolvidas e de sistemas de terceiros utilizados pela SMS.

3.7.4 Gerência de Suporte Técnico

Executa o atendimento ao cliente em segundo nível, interno e externo, envolvendo as UAPS, CAPS, Hospitais, CORES, Células e as Áreas Técnicas sediadas na SMS. Realiza suporte técnico do parque tecnológico e equipamentos do SECOF, além de visitas técnicas aos equipamentos de saúde, quando necessário.

3.7.5 Gerência de Infraestrutura em TI

Mantém os serviços de TI acessíveis aos clientes, garantir a qualidade da rede, manter hardware e software dos servidores e bancos de dados em funcionamento. Além de zelar pela segurança dos dados, implementar soluções para melhor desempenho da rede, bem como viabilizar acesso aos dados necessários quando solicitados pela gestão.

3.7.6 Núcleo de Gestão e Análise dos Sistemas Ministeriais

Atua na manutenção dos bancos de dados e nas importações de arquivos para centralizadores do MS, garantindo o envio da produção das unidades de saúde, através dos sistemas centralizadores ministeriais, realizando análise crítica dos dados enviados, gerando devolutivas para as Áreas assistenciais de eventuais correções, garantindo uma proximidade do setor com as Áreas Finalísticas.

3.7.7 Gerência de Desenvolvimento e Pesquisa de Sistemas

A principal atividade envolve a criação e o desenvolvimento de sistemas e ferramentas, atuando no levantamento de requisitos, prototipação consoante às normas e regulamentos.

3.7.8 Registro Eletrônico de Saúde

O Registro Eletrônico em Saúde (RES) inclui o histórico médico do paciente, a fim de

subsidiar informações aos profissionais de saúde, sobre o histórico completo de saúde, incluindo diagnósticos, medicamentos, imunizações, alergias, exames de imagem e laboratoriais e tratamentos, otimizando a segurança no atendimento ao paciente.

Cabe ressaltar a diferenciação entre o RES e o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). O PEP é considerado um registro de atendimento que agrega informações locais de determinada instituição, no qual somente o médico e pessoas autorizadas possuem acesso, enquanto o RES é uma Rede integrada com informações de atendimentos em vários locais com possibilidade de acesso externo.

O RES em Fortaleza é acessado principalmente através do Aplicativo Mais Saúde Fortaleza para o cidadão, no qual pode-se cadastrar, agendar serviços e acompanhar solicitações. Na Plataforma digital da PMF: Fortaleza Digital, pode-se criar um cadastro (necessário CPF e data de nascimento) para obter acesso a diversos serviços públicos, incluindo os de saúde e por último, a plataforma Ouvidoria da Saúde, pela qual é possível fazer manifestações ou acompanhar trâmites pelo Portal da Ouvidoria pelo Aplicativo, ou presencialmente.

O município de Fortaleza possui a Rede de APS informatizada como participante do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS). Nesse Rede funcionam: o Prontuário Eletrônico do Paciente, sistema gerenciado por empresa terceirizada, devidamente certificado pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SIBS).

Os desafios da COGETI dividem-se em: i) continuidade das ações iniciadas; ii) garantir recursos para iniciar as ações que demandam aquisições de equipamentos, softwares, licenças, entre outros insumos da área de TI.

4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

4.1 Escola de Saúde Pública do Município de Fortaleza Dr. Juraci Vieira de Magalhães

A SMS tem como missão formular e gerir políticas públicas voltadas às necessidades de saúde da população fortalezense, assegurando os princípios constitucionais do SUS, tendo o compromisso com a excelência na atenção à saúde. A SMS organiza e oferta atendimentos nos três níveis de atenção – primária, secundária e terciária – por meio de ampla Rede de serviços, sustentada por uma vasta força de trabalho.

Considerando a importância da qualificação contínua na formação em saúde, constitui-se responsabilidade da Gestão Municipal incentivar a Educação Permanente em Saúde (EPS), concebida como um processo educativo constante e integrado ao cotidiano do trabalho. A EPS parte das necessidades concretas dos serviços e dos sujeitos envolvidos para promover a transformação das práticas, fundamentando-se em uma aprendizagem significativa, crítica e dialógica, objetivando qualificar os profissionais e fortalecer o SUS.

A SMS de Fortaleza, reorganizou a sua estrutura organizacional administrativa, a partir da criação da ESPFOR, em face da necessidade de ampliação das ações previstas nas diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a fim de inovar e potencializar a oferta de programas educacionais para os trabalhadores da RAS de Fortaleza, por meio do Decreto n.º 15.870, de 04 de janeiro de 2024.

A ESPFOR nasce com a missão de “promover a educação permanente, a pesquisa básica ou aplicada e a extensão na área da saúde, por meio de processos educativos interprofissionais, com ênfase na produção e disseminação de conhecimentos, a partir das necessidades sociais e do SUS, na busca da implementação de programas inovadores e a produção tecnológica, integrando ensino-serviço-comunidade e fortalecendo o sistema municipal de saúde escola.”

Sua atuação prioriza a produção e disseminação de conhecimentos baseados nas necessidades sociais e do SUS, incentivando a implementação de programas inovadores, o desenvolvimento tecnológico e o fortalecimento do Sistema Municipal de Saúde-Escola, com vistas à qualificação crítica dos profissionais e à transformação das práticas nos serviços de saúde.

A estrutura organizacional da ESPFOR está constituída por:

I - Órgão de Deliberação Superior

a) Conselho Consultivo

II - Órgão de Gestão Colegiada

a) Conselho Gestor

III - Órgão de Direção Superior

a) Direção

IV - Órgãos de Assessoramento

a) Assessoria Jurídica

b) Assessoria de Planejamento e Administração

- c) Assessoria de Comunicação
- d) Assessoria de Tecnologia da Informação

V - Órgão de Ouvidoria

VI - Órgãos de Execução Programática

- a) Núcleo de Desenvolvimento Educacional em Saúde (NUDED)
 - i. Assessoria Pedagógica
 - ii. Secretaria Acadêmica
 - iii. Biblioteca
- b) Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NUEPS)
 - i. Núcleo de Educação em Urgências (NEU SAMUFOR)
- c) Núcleo de Educação à Distância (NEADI)
- d) Núcleo de Residências em Saúde (NURES)
 - i. Comissão de Residência Médica (COREME)
 - ii. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)
- e) Núcleo de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde (NUPOG)
- f) Núcleo de Educação Profissional em Saúde (NEPRO)
- g) Núcleo de Integração da Educação na Saúde (NIEDS)
- h) Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde (NUPEX).

A ESPFOR tem por finalidade desenvolver e implementar políticas de Educação Permanente e formação profissional contínua para os trabalhadores do SUS, por meio de ensino, pesquisa aplicada e extensão; planejar, coordenar e apoiar atividades educativas presenciais e virtuais (Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA), utilizando tecnologias da informação, mídias digitais e redes sociais para capacitação e valorização dos profissionais; qualificar a gestão, o trabalho em saúde e estimular práticas colaborativas, participação social, integração ensino-serviço-comunidade na RAS; promover inovação, produção de tecnologias em saúde e agenda de pesquisa alinhada às necessidades epidemiológicas municipais, em parceria órgãos de fomento; articular e negociar parcerias com Instituições de Ensino, movimentos sociais, entidades sindicais e conselhos profissionais para estágio, regulação e desenvolvimento profissional; planejar, monitorar e avaliar Programas Especiais em Saúde e ações de humanização e integralidade do cuidado, integrando práticas tradicionais e populares; incentivar a participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e na regulação profissional; e disseminar conhecimentos sobre direitos à saúde,

acesso aos serviços e fortalecer a cidadania, o Controle Social e a excelência do trabalho.

A estruturação da proposta de educação da ESPFOR organiza-se em Núcleos, que correspondem aos eixos de atuação desenvolvidos pela instituição, os quais são instituídos de acordo com as competências e os seus respectivos processos de trabalho (Figura 12).

Figura 12 - Núcleos ESPFOR



As competências dos Núcleos envolvem:

I) NUDEP: unidade de apoio estratégico aos processos formativos da ESPFOR, alinhado à PNEPS, responsável pelo alinhamento pedagógico e pela adequação metodológica na orientação do desenho dos currículos dos cursos e programas educacionais; ao processo de ensino-aprendizagem; à produção de material didático-pedagógico; à definição do sistema de avaliação dos programas educacionais; à análise e avaliação dos planos dos cursos; ao acompanhamento e apoio às atividades do corpo docente.

II) NUEPS: responsável pela articulação técnica, planejamento, apoio, execução e avaliação das ações de EPS, de forma compartilhada e descentralizada, com os Núcleos Regionais de Educação Permanente (NUREPS), Núcleos Hospitalares de Educação Permanente (NUHEPS) e Núcleo de Educação Permanente do SAMU Fortaleza (NEP SAMUFOR), bem como apoio à implementação das ações da PNEPS. Coordena o processo de elaboração quadrienal do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde e sua execução, em

parceria com os demais Núcleos da ESPFOR; as Áreas Técnicas da SMS, os profissionais de saúde, as instituições de ensino e o Controle Social.

III) NEADI: busca garantir a ampliação das oportunidades de formação dos trabalhadores, permitindo o alcance em larga escala, sem a interferência das limitações de tempo e barreiras geográficas, sendo responsável pela formulação, implementação e desenvolvimento dos processos educacionais mediados por tecnologias digitais de comunicação e informação na saúde; pela gestão do AVA; pela incorporação de novas metodologias educacionais e pedagógicas dentro do domínio da Educação à Distância, como também pela promoção da inclusão digital para os profissionais da área da saúde. A ESPFOR dispõe de uma Plataforma Virtual de Aprendizagem Moodle, abrigando os cursos direcionados aos profissionais, aos estudantes da saúde das faculdades conveniadas, à comunidade em geral e aos demais interessados nos temas apresentados. Esse Núcleo responde pela produção e diagramação dos materiais técnicos científicos utilizados nas atividades e programas de ensino à distância e pela supervisão dos projetos que utilizam a modalidade de EAD.

IV) NURES: desenvolve Programas de Residência, sendo responsável pela organização e coordenação dos Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional em Saúde, mantidos no âmbito das instituições vinculadas à SMS, por meio de ações direcionadas ao contínuo aprimoramento desses Programas. O Núcleo é responsável pela adoção de estratégias de estímulo ao exercício da preceptorial pelos profissionais que atuam nos Programas de Residências, por meio de estruturação de um programa de treinamento e aprimoramento desses preceptores; a fim de contribuir para a sua formação em educação na saúde, capacitando-os nos processos de ensino e cuidado à saúde em que estão inseridos.

V) NUPOG: atua na coordenação, planejamento, apoio, avaliação e execução de ações no âmbito dos Programas Educacionais de Pós-Graduação, nas modalidades de pós-graduação *lato sensu* (especialização), aperfeiçoamento, atualização, livres e de curta duração, desenvolvidos pela ESPFOR e/ou em parceria com outras Instituições de Ensino Superior (IES). Desenvolve Programas de Pós-Graduação *lato sensu* inovadores, na perspectiva de promover a transformação e o aprimoramento das práticas de saúde e a resolubilidade dos serviços, incorporando os avanços relevantes no campo da saúde às práticas dos profissionais da RAS do Município.



VI) NEPRO: coordena, planeja, apoia, avalia e executa ações no âmbito dos cursos técnicos e pós-técnicos para os profissionais de nível médio das diversas áreas de atenção à saúde, conectando a formação técnica de nível médio da SMS às necessidades reais dos serviços de saúde, atuando em consonância com as Diretrizes Nacionais para a Formação Técnica na Saúde, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio (PROFAPS) e a PNEPS.

VII) NIEDS: responsável por implementar estágios orientados ao trabalho em saúde, regular e distribuir vagas de prática profissional, formalizar parcerias institucionais, supervisionar contratos e garantir qualidade das práticas, promover fóruns de reflexão e alinhamento das atividades educativas e integrar-se à gestão institucional da ESPFOR.

VIII) NUPEX: articula pesquisa, inovação e extensão com o contexto da Saúde Pública municipal. Garante a incorporação ética e estratégica da pesquisa à RAS, formação de uma agenda e parcerias robustas, suporte técnico e regulação de projetos científicos, capacitação e integração institucional, produção de evidências para políticas públicas, disseminação e mobilização comunitária do conhecimento, sustentabilidade por meio de recursos e monitoramento.

Entre as principais ações da ESPFOR realizadas durante o ano de 2025 destacam-se:

- ✓ Articulação e gerenciamento de três Residências Médicas (Medicina de Família e Comunidade, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia) e oito Residências Multiprofissionais (Saúde da Família; Saúde Mental Coletiva; Saúde Coletiva; Vigilância em Saúde; Saúde do Trabalhador; Saúde Bucal; Saúde do Idoso; Saúde e Esporte) com mais de 200 residentes;
- ✓ Planejamento e execução de duas especializações: Saúde do Adolescente e Saúde na Primeira Infância;
- ✓ Regulação dos estágios e outras práticas de ensino na saúde: 32 instituições de ensino e aproximadamente 8.400 alunos por semestre;
- ✓ Avaliação e monitoramento da Plataforma de Educação Permanente para validação das certificações dos servidores e comprovação da carga horária destinada à Educação Permanente, em consonância com a Portaria n.º 1.436, de 12 de dezembro de 2019. Em julho de 2025, registram-se: 1.243 adesões ao Programa de Educação Permanente;
- ✓ Projeto ESPFOR Itinerante: visitas técnicas semestrais aos NUREPS e NUHEPS;
- ✓ Planejamento e execução da Trilha do Conhecimento da Odontologia e Planejamento da Trilha para Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal;

- ✓ Planejamento, elaboração e execução do curso de Educação Permanente para APS - ValorizaGETSUS/MS, contemplando 44 municípios da Macrorregião de Fortaleza;
- ✓ Elaboração da matriz curricular e planejamento do Curso de Segurança do Paciente na APS na Macrorregião de Fortaleza (CEVISA/SESA);
- ✓ Execução e gerenciamento do Curso Saúde e Bem Viver, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (ObservaPICS) com a participação de 306 trabalhadores da APS e equipes multiprofissionais na APS (eMulti) de Fortaleza e 98 do Estado do Ceará;
- ✓ Construção da matriz e parceria na realização do Curso de Qualificação na Abordagem de pessoas com deficiência e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na APS – Rede Girassol;
- ✓ Estruturação da Especialização em Preceptoria na Educação Profissional – Mais Saúde com Agente/MS - EdProfSUS;
- ✓ Planejamento, articulação e execução da Capacitação do Projeto “Nós na Rede” para o fortalecimento da RAPS;
- ✓ Realização dos cursos: Detecção Precoce de Câncer Infanto-Juvenil em parceria com a Associação Peter Pan; Curso de Saúde Mental nas Relações de Trabalho, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME); Curso de Comunicação Não-Violenta, em parceria com a SEPOG e o Instituto Municipal de Pesquisa Administração e Recursos Humanos (IMPARH); Cursos de Libras Intermediário (SEPOG/IMPARH);
- ✓ Coordenação, articulação e capacitação para construção do Plano de Ação e Monitoramento para fins da Certificação da Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI);
- ✓ Organização do Fórum Trimestral de Pesquisa Translacional sobre Sazonalidades e Arboviroses e Nutrição e Saúde, reunindo mais de 180 profissionais;
- ✓ Análise dos projetos de pesquisa com coleta de campo nos equipamentos da Rede Municipal para emissão dos Termos de Anuência Institucional e Termos de Fiel Depositário;
- ✓ Desenvolvimento dos manuais para padronização do processo de atualização/construção das Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínicas da SMS;
- ✓ Programa Conectados pelo Conhecimento, no formato Webinar, com apresentação de pesquisas e experiências exitosas;
- ✓ Projeto CINE SUS em parceria com o PET- SAÚDE EQUIDADE/Universidade Federal do Ceará (UFC)/Universidade Estadual do Ceará (UECE)/Universidade de Fortaleza (UNIFOR)



para construir diálogos sobre temas de saúde e equidade com trabalhadores, estudantes e comunidade;

- ✓ Participação na Comissão de Titulação Acadêmica para receber, analisar e aprovar os Certificados e/ou Diplomas relativos a cursos de pós-graduação dos servidores lotados na SMS que pleiteiam a Gratificação de Titulação Acadêmica (GTA);
- ✓ Coordenação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS.

Apesar dos avanços, a ESPFOR ainda enfrenta desafios estruturais e operacionais, como a necessidade de criação de canais de comunicação próprios, estruturação do estúdio de gravações e implantação do sistema de secretaria acadêmica, bem como o aprimoramento dos sistemas de monitoramento das ações de EPS e da regulação de estágios.

Entre as potencialidades, destaca-se a capacidade da ESPFOR em articular múltiplas frentes de atuação e sua estrutura organizacional que permite uma gestão integrada e estratégica da educação na saúde, favorecendo a inovação e o alinhamento das ações às necessidades do SUS.

5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A participação da sociedade na gestão do SUS é uma diretriz constitucional efetivada por meio dos Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas que atuam no processo de formulação e controle da execução da política de saúde, incluindo a execução orçamentária financeira, assegurando o Controle Social, a governança na saúde, a gestão democrática e participativa para garantia do direito à saúde e bem-estar da população.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, tendo como atribuições desses colegiados entre outras, a definição de prioridades e o controle das políticas públicas de saúde e a apreciação dos recursos econômicos e financeiros envolvidos, reconhecidos como espaços institucionais e deliberativos para o exercício da democracia participativa e o Controle Social da administração pública na área da saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Na perspectiva da cogestão e da corresponsabilidade da gestão do SUS, os Conselhos

de Saúde consistem nos principais atores da governança em saúde cabendo ao gestor planejar com base nas diretrizes e prioridades definidas pelo principal ator de governança, executar o planejamento, controlar a execução conjuntamente para que ocorra conforme o planejado, e agir no sentido de corrigir o planejamento e execução, caso seja encontrada alguma discrepância capaz de impactar o alcance das metas e objetivos da organização e oferta de cuidados em saúde integral e equânime à população.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o Controle Social no SUS e um desafio apresentado à gestão participativa e governança em saúde, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular, estimulando a atuação democrática entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS e ampliando os espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo, a construção da gestão descentralizada e democrática, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento do sistema público de saúde.

5.1 Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza

A Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza é composta pelo CMSF, seis CRS vinculados às seis CORES e os CLS nos equipamentos de saúde que compõe o Sistema de Saúde de Fortaleza (UAPS, CAPS, Policlínicas, UPA 24h e Hospitais), perfazendo um total em 2025 de 170 CLS.

O CMSF, instituído pelo Decreto nº 8.417 de 1990, reestruturado pela Lei Municipal nº 11.532, de 16 de maio de 2025, é um órgão colegiado, permanente e deliberativo do SUS, que integra a estrutura organizacional da SMS de Fortaleza. Sua atuação se baseia nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, previstos na Constituição Federal e regulamentados pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e Lei Complementar 141/2012.

Composto por 32 conselheiros(as) titulares e seus respectivos suplentes, o CMSF possui uma composição paritária, assegurando 50% de representação do segmento de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços. Essa estrutura plural garante a representatividade de todos os segmentos sociais envolvidos na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde.

O município de Fortaleza também adota o modelo de descentralização do Controle Social com a criação dos CLS e CRS, integrantes da estrutura organizacional do CMSF,

constituem a Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza, configurando um conjunto de instâncias colegiadas para efetivar a participação popular em todos os territórios da cidade. Essa capilaridade torna o Controle Social um instrumento ainda mais eficaz na escuta ativa da população e no monitoramento das políticas públicas em cada CORES.

Os CRS e os CLS, instituídos, respectivamente, pela Lei n.º 8.092, de 21 de novembro de 1997, e pelo Decreto n.º 10.842, de 31 de julho de 2000, são instâncias colegiadas de caráter permanente, propositivo, consultivo e fiscalizador, integrantes da estrutura organizacional do CMSF, compostos paritariamente por representantes dos usuários, do governo, dos prestadores de serviços da área de saúde e dos profissionais de saúde, com atribuições, estrutura, composição e funcionamento definidos pelo CMSF.

5.2 Funcionamento da Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza

O CMSF realiza eleições a cada três anos, conforme regulamentação da Lei n.º 11.532/2025 e seu Regimento Eleitoral, para escolha dos representantes da sociedade civil e do poder público.

Entre suas atribuições, destacam-se: a convocação e realização das Conferências Municipais de Saúde e temáticas; a promoção de fóruns de participação social; a aprovação e acompanhamento da execução orçamentária da saúde; a fiscalização dos contratos de gestão e convênios celebrados com organizações sociais; e a avaliação periódica da execução da política de saúde por meio dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS.

O Plenário do CMSF é instância máxima, integrada pelos conselheiros titulares e suplentes, que se reúnem ordinariamente, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário.

O CMSF é constituído por Comissões permanentes com a finalidade de assessorar ao Pleno do Colegiado, que trabalham e reiteram os princípios do SUS e do Controle Social, devendo analisar as políticas e os programas de suas respectivas áreas, bem como acompanhar sua implementação, e emitir pareceres e relatórios para subsidiar o posicionamento do Pleno.

Como parte da estrutura do CMSF, a Secretaria Executiva, subordinada ao Pleno e à Mesa Diretora, constitui-se por multiprofissionais, proporcionando assessoria técnica, jurídica e administrativa ao CMSF, aos CRS e aos CLS, composta por, no mínimo: assessoria de planejamento e gestão em saúde; assessoria de contabilidade; assessoria jurídica;

assessoria de comunicação e informação em saúde; assessores técnico-administrativos.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Para que esse direito seja plenamente garantido, o Controle Social precisa ser exercido com responsabilidade, autonomia e compromisso.

5.3 Principais ações do CMSF no último quadriênio

- **2022:**

- Realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde Mental;
- Processo de Eleição da Rede de Conselhos de Saúde do município de Fortaleza (mandato 2022-2025);
- Conferências Livres Democráticas e Populares de Saúde do Ceará (Frente Cearense em Defesa do SUS e contra a privatização da saúde);
- Discussão da Minuta da Lei do CMSF;
- Audiência Pública: Reestruturação Administrativa e Implicações no Sistema de Saúde;
- Seminário: O Papel do Controle Social no Planejamento e Financiamento da Saúde.

- **2023:**

- Audiência Pública: Crise no Sistema de Saúde de Fortaleza;
- Capacitação para a Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza sobre formação para o Controle Social no SUS, 12 turmas com 296 participantes;
- Curso de qualificação as Assessorias da rede de conselho em parcerias com órgãos públicos e privados;
- Seis Conferências Regionais de Saúde;
- Realização da 9ª Conferência Municipal de Saúde;
- Seminário sobre Modelos de Gestão e os Desafios para Garantir os Princípios do SUS;
- Oficina sobre os Instrumentos de Planejamento e Gestão no SUS, DigiSUS e a importância da Participação Social na Fiscalização e no Acompanhamento da Execução da Política de Saúde;
- Roda de Conversa sobre Instrumentos de Gestão do SUS, Contratos de Gestão com Organizações Sociais e suas Prestações de Contas;
- Roda de Conversa Virtual sobre Orientações para análise dos Instrumentos de Gestão;
- Roda de Conversa Virtual sobre Análise de Prestação de Contas/Execução orçamentária-

financeira.

- **2024:**

- Seis Plenárias Virtuais Regionais e 01 Plenária Virtual para o segmento dos Profissionais;
- Realização da 2ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;
- Conferência Livre de Odontologia;
- I Congresso ESPFOR (IV EXPO SAÚDE 2024).

- **2025:**

- Seis Plenárias Virtuais Regionais e uma Plenária Geral para todas as pessoas;
- Realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- Publicação da Lei do CMSF n.º 11.532, de 16 de maio de 2025;
- Processo de Eleição da Rede de Conselhos de Saúde do Município de Fortaleza, mandato 2025-2028;
- Oficina de Análise de Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS;
- Seminário sobre o Papel do Controle Social no Planejamento e Financiamento da Saúde;
- Roda de Conversa sobre Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde;
- Capacitação para as assessorias administrativas sobre o Sistema de Monitoramento da Rede de Conselhos de Saúde de Fortaleza.

PARTE III:
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA,
VIGILÂNCIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA,
SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS



6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Apresenta-se, nesta seção, a caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Fortaleza no âmbito da Atenção Primária e Psicossocial.

A APS é responsável por fornecer cuidados primários à população brasileira, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e doenças, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde no SUS (Brasil, 2021).

Diante da necessidade de consolidar a APS como principal ordenadora do sistema de saúde, especialmente por meio de um financiamento mais equitativo e orientado às necessidades do território, o MS instituiu, a partir de 2025, um novo modelo de financiamento da APS, em substituição ao Programa Previne Brasil. Esse modelo estrutura o repasse de recursos federais com base em componentes de qualidade, um dos pilares da nova metodologia de cofinanciamento federal da APS.

O atual modelo considera o desempenho das equipes e a oferta efetiva de ações e serviços como critérios para a definição do valor mensal repassado aos municípios. A mensuração considera os resultados alcançados em cada indicador, envolvendo todos os membros da equipe na oferta do cuidado integral à população. A nova lógica de financiamento busca induzir o acesso universal, a ampliação da cobertura efetiva da APS e a qualificação da atenção, com foco na integralidade do cuidado, na atuação de equipes multiprofissionais e no fortalecimento do cuidado longitudinal centrado nas pessoas e nas comunidades, reforçando o vínculo territorial das pessoas, as equipes e tendo a satisfação do usuário como um dos objetivos principais, além de garantir atenção aos principais grupos populacionais e principais agravos da população.

O município de Fortaleza tem nas equipes de Saúde da Família (eSF) a coordenação do cuidado em saúde, assumindo o propósito de oferecer o serviço da forma descentralizada e capilarizada, por meio das UAPS. Assim, a ESF atua como ordenadora das RAS, buscando adaptar o próprio sistema de saúde às características de saúde e doença da população.

Nesse sentido, a APS compreende o primeiro nível de atenção entre os diferentes pontos de atenção da RAS, que se configuram como os lugares institucionais nos quais são ofertados serviços de saúde, assim como, pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS como centro de comunicação; os pontos



de atenção secundária e terciária; o sistema de governança; os sistemas de apoio (apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde) e os sistemas logísticos (transporte sanitário, acesso regulado, prontuário clínico e cartão SUS), sendo a integração das Redes garantida pela ação combinada de seus componentes.

A estrutura desses níveis ocorre mediante arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), densidade tecnológica intermediária (Atenção Secundária) e de maior densidade tecnológica (Atenção Terciária).

No município de Fortaleza, a gestão da APS, bem como, da RAPS é de competência da CORAPP, responsável pela gestão de uma Rede de equipamentos e serviços de saúde destinados ao atendimento da população em seu território adscrito, sendo composta, atualmente, por 134 UAPS, quatro CEO e quatro Policlinicas e seis equipes de CnR.

A RAPS é composta por três CAPS Infantil, seis CAPS Geral, sete CAPS AD sendo dois destes CAPS 24 horas e duas UA. Os equipamentos mencionados estão distribuídos nas seis CORES, conforme distribuição territorial da SMS de Fortaleza.

6.1 Cobertura da Estratégia Saúde da Família

Em 2025, o município de Fortaleza alcançou 559 equipes completas da ESF, perfazendo cobertura de 75,67%. A evolução da cobertura da ESF entre as CORES expande em todos os territórios, com destaque para a CORES VI que apresenta a mais elevada cobertura: 91% (Tabela 27).

O percentual de cobertura pode ser explicado em virtude da baixa densidade demográfica da CORES VI e, enquanto a CORES II apresenta alta densidade populacional, porém, tem um quantitativo baixo da população usuária do SUS.

O indicador de cobertura populacional estimada na Atenção Básica atualmente é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS.

Tabela 28 - Percentual de cobertura* da Estratégia Saúde da Família por CORES. Fortaleza, 2018 a 2025

CORES	ANOS				
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2025 (%)
I	61	61	72	73	84
II	42	42	48	62	53
III	70	70	79	79	89
IV	59	55	65	66	79
V	57	57	66	64	80
VI	74	73	85	86	91

Fonte: Atesto da Secretaria Municipal da Saúde.

*Método do cálculo: n.º de pessoas por equipe: 3.500. Cobertura Potencial Estimada = (n.º de equipes x 3.500) + (população eCR vinculado no Sisab) x 100/população estimada do IBGE do Município.

O fortalecimento das eSF ocorre por meio de programas e convênios nas esferas federal e estadual, tais como: PMMB e o Médico Família Fortaleza (MFF). No período de maio e junho de 2021, foram contratados 89 médicos do PMMB e 61 médicos do MFF, permitindo que o Município mantenha as equipes completas, conforme preconiza o MS.

Tabela 29 - Número de médicos da Estratégia Saúde da Família por vínculo empregatício e por CORES. Fortaleza, 2025

CORES	Servidor	PMPB	PMMB	Seleção	Terceirizado	Cooperado	Residente	Total
I	7	04	25	03	15	16	00	70
II	18	04	18	03	06	06	12	67
III	13	01	36	01	21	09	00	81
IV	06	01	24	02	09	14	04	60
V	13	10	37	02	63	02	0	127
VI	39	04	50	04	30	20	26	173
Total	96	24	190	15	144	67	42	578

Fonte: Atesto da Secretaria Municipal da Saúde.

6.2 Saúde Bucal

Na APS são realizados procedimentos odontológicos, incluindo restaurações, tratamento periodontal e exodontias. As equipes de Saúde Bucal (eSB) da ESF desenvolvem ações de promoção e prevenção, como orientação de higiene bucal, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, atividades educativas e exame de prevenção ao câncer de boca.

Quando há necessidade de serviços especializados não ofertados na APS, o usuário é encaminhado para a Atenção Especializada em Saúde Bucal. No município de Fortaleza, a

Rede conta com quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): Floresta, Messejana, Nascente e Dr. Luiz Nogueira. Há, ainda, parceria com unidades estaduais: CEO Centro, CEO Joaquim Távora e CEO Rodolfo Teófilo. As situações de maior complexidade são encaminhadas para a Atenção Terciária em Saúde Bucal, conforme regulação.

De acordo com os registros de 2025, a cobertura populacional estimada pelas eSB na APS alcançou 51,9%. A APS possui 134 UAPS, destas, 132 possuem equipamento odontológico instalado e eSB em funcionamento, somente as UAPS Maria Cirino (CORES I) e Jangurussu (CORES VI) ainda não possuem equipamento odontológico instalado.

Sobre a estrutura física instalada, em 2013, o Município contava com 166 cadeiras odontológicas instaladas. Em outubro de 2024, registraram-se 281 cadeiras odontológicas nas UAPS, com substituição de cerca de 50 cadeiras odontológicas por equipamentos novos no período.

Os atendimentos clínicos são registrados em Prontuário Eletrônico, utilizado na APS e nos CEO. As eSB realizam atividades clínicas e extra-clínicas. No atendimento clínico, constam como grupos acompanhados: gestantes, crianças de 0 a 3 anos, pessoas com diabetes e pessoas com necessidades especiais. Os agendamentos são realizados de acordo com a parametrização das agendas de cada UAPS, considerando a organização local dos serviços. Nas atividades extra-clínicas, são realizadas ações no Programa Saúde na Escola (PSE) e grupos de educação em saúde nas UAPS, incluindo grupos como adolescentes, gestantes, fumantes e idosos.

As eSB atuam de forma integrada com as eSF, incluindo atividades multiprofissionais e visitas domiciliares para acompanhamento de pessoas conforme organização do território.

6.2.1 Indicadores de Monitoramento da Saúde Bucal

Os indicadores de Saúde Bucal são monitorados no âmbito da gestão municipal, refletindo o acesso e a resolutividade da assistência. Com base nos registros do sistema de informação, apresentam-se os seguintes indicadores:

- ✓ Cobertura populacional: a cobertura estimada pelas eSB abrange 51,9%;
- ✓ Resolutividade na Atenção Primária: a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas é de 0,37, ou seja, a cada 100 pacientes que iniciam

tratamento, 37 chegam até o final³;

- ✓ Assistência ao pré-natal: a proporção de gestantes cadastradas com consultas odontológicas realizadas atinge 68,66%;
- ✓ Atenção Domiciliar (Melhor em Casa): o percentual de pacientes assistidos com avaliação odontológica pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP) foi de 66% em 2024 e os procedimentos odontológicos em 2025 totalizaram 1.601;
- ✓ Acesso à Atenção Especializada:
 - Proporção de absenteísmo/agendamento para consultas especializadas (CEO): 78,8%;
 - Encaminhamentos para Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial com agendamento confirmado: 91,7%;
- ✓ Vigilância Epidemiológica: prevalência de diagnóstico positivo para neoplasia maligna de boca em pacientes submetidos a biópsia: 7,69%.
- ✓ Indicador UAPI (Primeira Infância): taxa de acesso odontológico precoce, mensurada pelo número de crianças com, no mínimo, uma consulta realizada até os 12 meses de vida: 37,5%.

6.2.2 Bebê Clínica Odontológica: o papel estratégico na Primeira Infância

A Bebê Clínica Odontológica constitui um dispositivo estratégico da RAS de Fortaleza, estruturado especificamente para o acompanhamento integral de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos.

Sua atuação fundamenta-se na odontologia para bebês, priorizando a intervenção no "período de ouro" do desenvolvimento infantil para a consolidação de hábitos saudáveis e a prevenção de agravos bucais precoces.

O modelo assistencial da Bebê Clínica transcende o tratamento clínico convencional, focando em: i) Educação em Saúde: empoderamento de pais e responsáveis por meio de orientações sobre higiene bucal, uso racional do flúor e dieta não cariogênica; ii)

³ A razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas é o principal indicador de resolutividade da APS no Brasil. A OMS não estabelece um "número fixo" global para esta razão, pois depende do perfil epidemiológico de cada região (se a população tem muita ou pouca necessidade de tratamento). Média Nacional: Historicamente, a média das capitais brasileiras oscila entre 0,25 e 0,45. Fonte: Manual Instrutivo de Indicadores de Saúde Bucal; Nota Metodológica B2 - Tratamento Concluído - Portal Gov.br (2025).



Desenvolvimento estomatognático: monitoramento das funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala, garantindo o crescimento harmônico das estruturas orofaciais; iii) Acolhimento e prevenção: realização de profilaxias, aplicações de selantes e monitoramento do desenvolvimento da dentição decídua; iv) Assistência curativa e de urgência: oferta de procedimentos resolutivos e suporte em situações de dor ou trauma, garantindo o manejo adequado do comportamento infantil.

Alinhadas às diretrizes das UAPI, as Bebês Clínicas Odontológicas funcionam como centros de referência técnica, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a APS. A distribuição geográfica dessas unidades obedece a uma lógica de descentralização por meio das CORES, facilitando o acesso da população:

CORES	UAPS de Referência
CORES I	UAPS Virgílio Távora
CORES II	UAPS Célio Brasil
CORES III	UAPS Anastácio Magalhães
CORES V	CEO Dr. Luiz Nogueira
CORES VI	UAPS Otoni Cardoso

6.2.3 Programa Melhor em Casa

O Programa Melhor em Casa oferta cuidado domiciliar para pessoas que necessitam de atenção contínua e apresentam limitações temporárias ou permanentes para deslocamento até unidades de saúde. O cuidado domiciliar é organizado para acompanhamento no ambiente familiar, conforme critérios definidos pela equipe.

O Município possui 26 equipes do Melhor em Casa e 9 EMAP. Destas, 5 EMAP possuem cirurgião-dentista para cuidados de saúde bucal. Entre os serviços odontológicos realizados, constam atividades de promoção de saúde, raspagem, restaurações atraumáticas, exodontias, aplicação de flúor e de cariostático.

Em 2024, as equipes receberam consultório odontológico portátil para apoio à realização de procedimentos no domicílio e em 2025 foram realizados 1.601 procedimentos odontológicos pelo Programa Melhor em Casa.

6.2.4 Saúde que Cuida

Oferta atendimentos itinerantes (carretas) em diferentes locais. O Município possui duas carretas, sendo uma com consultório odontológico e a outra (maior aporte) com três

consultórios odontológicos, realizando procedimentos de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

6.2.5 Atendimento Odontológico na Linha de TEA

O TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento, caracteriza-se pela incapacidade de se comunicar e interagir apresenta comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo não manifestar interesses e atividades. A pessoa com TEA necessita realizar acompanhamento de forma longitudinal por não apresentar possibilidade de alta do tratamento.

Compreendendo a necessidade diferenciada, durante a construção da Linha de Cuidado da Pessoa com TEA, foi construído o seguinte fluxo para o acompanhamento odontológico:

- Crianças com TEA de menor gravidade (grau I): devem ser acompanhadas na APS;
- Se necessário, os pacientes com graus II e III deverão ser encaminhados para a especialidade de Odontopediatria; casos de 0 a 6 anos, e para Pessoas com Necessidades Especiais (PNE), a partir de 7 anos.

6.2.6 Tratamento Restaurador Atraumático

Diante da necessidade de oferta de tratamento restaurador para uma grande parcela da população do município de Fortaleza, o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) passa a ser preconizado em alguns casos específicos.

O ART consiste no tratamento restaurador de caráter definitivo das lesões cáries utilizando apenas instrumentos manuais na remoção parcial da dentina atingida pela cárie, seguida do selamento da cavidade com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV). Esse tratamento objetiva paralisar com celeridade lesões cáries, diminuir o grau de severidade da doença cárie e ampliar a oferta da assistência à Saúde Bucal em espaços sociais, no domicílio e nas unidades de saúde.

O grau de sucesso do ART está vinculado à associação com ações educativas, adoção de sistemas de prevenção das doenças bucais, desenvolvimento de hábitos de autocuidado, envolvimento da família, bem como a dieta com baixa ingestão de sacarose. Portanto, é fundamental a associação da ART com atividades de promoção de saúde para obter o

sucesso do tratamento odontológico. Finalmente, ressalta-se a importância de solicitar a autorização do responsável pela criança para a realização do procedimento ART.

As CORES iniciaram o processo de treinamento e execução do ART nas escolas assistidas pelas eSB da ESF.

6.2.7 Programa Saúde na Escola

Trata-se de uma política intersetorial da Saúde e da Educação voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos para promover saúde e educação integral. A articulação intersetorial das Redes Públicas de Saúde e de Educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que oferta de serviços em um mesmo território, propiciando a sustentabilidade das ações, a partir da conformação de Redes de corresponsabilidade.

As eSB realizam suas atividades no ambiente escolar, destacando-se aquelas relacionadas à promoção de saúde, reforçando os cuidados com a Saúde Bucal das crianças e adolescentes. Algumas CORES realizaram oficinas de produção de material educativo com os profissionais das eSB, fortalecendo a promoção de saúde no ambiente escolar.

6.2.8 Parcerias com as IES

A Célula de Saúde Bucal realiza forte parceria com as IES, ou seja, entre ensino e serviço, com significativa representatividade na formação do cirurgião-dentista.

A cada semestre são disponibilizadas vagas para a realização de estágio nas UAPS e nos CEO. Cumpre ressaltar a existência de um estágio específico na gestão da Saúde Bucal, em parceria entre a PMF e o Centro Integrado Empresa-Escola (CIEE) de caráter extracurricular e remunerado, cuja seleção é realizada através da empresa CIEE. Participam graduandos em Odontologia com lotação na gerência de Saúde Bucal da SMS e nas Coordenações Regionais de Saúde Bucal.

6.3 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa social do governo federal, instituído pela Lei n.º 14.601, de 19 de junho de 2023. Seu objetivo é garantir renda básica para as famílias em situação de pobreza, busca integrar políticas públicas, fortalecendo o acesso das famílias a direitos básicos como saúde, educação e assistência social. O PBF contribui

para o resgate da dignidade e da cidadania das famílias pela atuação em ações complementares, por meio de articulação com outras políticas para a superação da pobreza e transformação social, tais como Assistência Social, Esporte, Ciência e Trabalho.

O PBF prevê o cumprimento de condicionalidades nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social, representando compromissos compartilhados entre as famílias beneficiárias e o poder público.

No âmbito da Saúde, as ações estão voltadas para a oferta de serviços do SUS, especialmente o acompanhamento de gestantes e crianças menores de sete anos. As gestantes devem realizar o pré-natal completo, enquanto as crianças precisam ter assegurado o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e com o calendário vacinal atualizado. As famílias são acompanhadas por eSF, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou UAPS, responsáveis por garantir o acesso aos serviços necessários para o cumprimento dessas exigências.

O monitoramento das condicionalidades ocorre de forma sistemática e periódica. Na Saúde, o acompanhamento é realizado semestralmente, em duas vigências: a primeira de janeiro a junho e a segunda de julho a dezembro. Nesses períodos, são registrados os dados sobre o cumprimento das ações, como a realização do pré-natal, o crescimento e o desenvolvimento infantil e a situação vacinal.

Tabela 30 - Percentual de acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família. Fortaleza, 2022 a 2025

ANO	META	1º vigência (jan a jun)
2022	80%	78,24
2023	80%	85,00
2024	80%	81,09
2025	80%	81,63

Fonte: e-Gestor AB/Ministério da Saúde/Ministério da Cidadania.

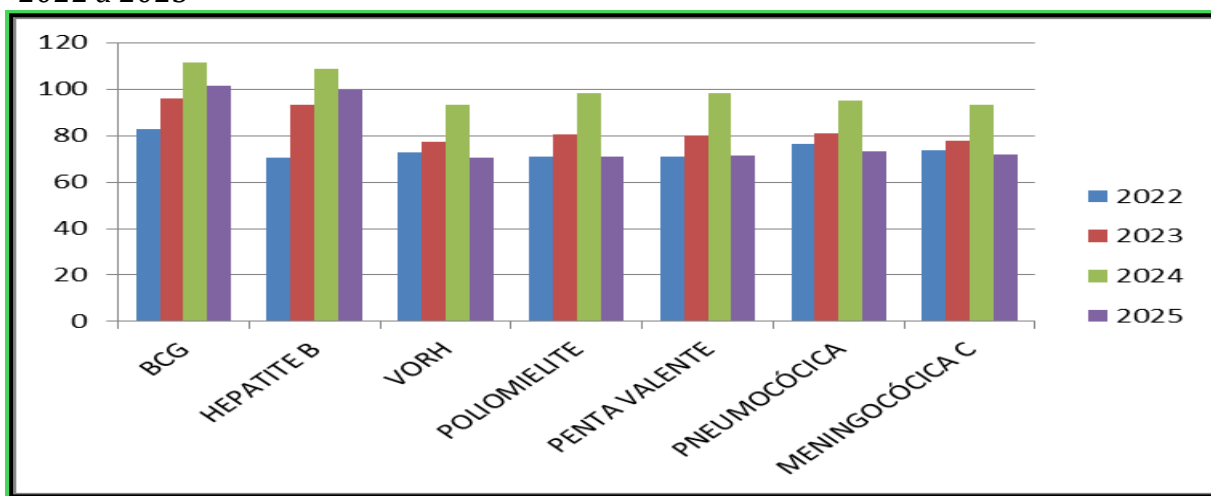
6.4 Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é uma das mais bem sucedidas ações de prevenção e controle de doenças do mundo. Este Programa foi criado há 52 anos (18/09/1973) pelo MS e as atividades de imunização no município de Fortaleza são coordenadas pela SMS, no âmbito da CORAPP, contribuindo de forma decisiva para a proteção e promoção da saúde da população.

O PNI organiza toda a Política Nacional de Vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É considerada uma das principais e mais relevantes intervenções em Saúde Pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas. Visa reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções provocadas por agentes infecciosos circulantes no meio ambiente, promover ações para melhoria das coberturas vacinais, mobilizando a população sobre a importância da proteção adquirida pelas vacinas. Além disso, realiza campanhas de vacinação programadas, intensificação e bloqueio, conforme a situação epidemiológica; Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) para resgate de doses.

As coberturas vacinais apresentaram queda brusca durante a pandemia do SARS-CoV-2, no entanto, após várias intervenções, as coberturas apresentaram tendência de progressão, a partir de 2022.

Gráfico 64 - Percentual de cobertura vacinal entre crianças menores de 1 ano. Fortaleza, 2022 a 2025*

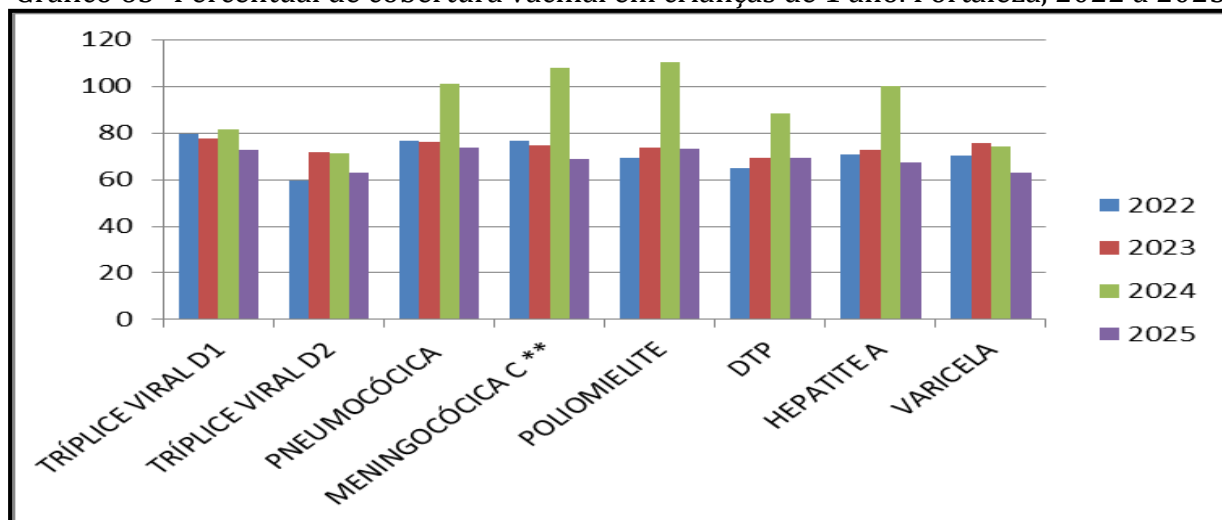


Vacinas	2022	2023	2024	2025
BCG	82,8	95,9	117,9	101,6
Hepatite B	70,4	93,0	115,4	99,6
Menigocócica conjugada C	73,8	77,8	79,5	71,8
Pentavalente	70,4	80,1	84,9	71,6
Pneumocócica	76,2	80,8	88,8	73,1
Poliomielite	71,1	80,6	84,6	71,1
Rotavírus humano	72,6	77,3	84,8	70,7

Fonte: SIPNI/MS.

*O ano de 2025 está disponível até julho. Dados sujeitos a alterações, extraídos em 07/10/2025.

Gráfico 65- Percentual de cobertura vacinal em crianças de 1 ano. Fortaleza, 2022 a 2025*



Fonte: SIPNI/MS.

*O ano de 2025 está disponível até julho. Dados sujeitos a alterações, extraídos em 07/10/2025.

Vacinas	2022	2023	2024	2025
Tríplice viral d1	79,5	77,5	81,7	72,7
Tríplice viral d2	59,4	71,5	71,1	62,9
Pneumocócica	76,4	76,1	101,1	73,6
Meningocócica C	76,6	74,9	108,1	68,9
Poliomielite	69,1	73,5	110,1	73
DTP	64,9	69,3	88,1	69,2
Hepatite A	70,6	72,9	100,1	67,2
Varicela	70,1	75,6	74,3	62,9

6.5 Saúde do Adolescente

Para a OMS e MS, a adolescência corresponde à faixa etária dos 10 aos 19 anos, sendo dividida em duas fases: pré-adolescência (10 aos 14 anos), adolescência (15 aos 19 anos). No entanto, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência compreende ao período entre os 12 e os 18 anos de idade, sendo essa a faixa etária designada para criação de leis relacionadas aos adolescentes (ECA, 1990; WHO, 2017; SBP, 2019).

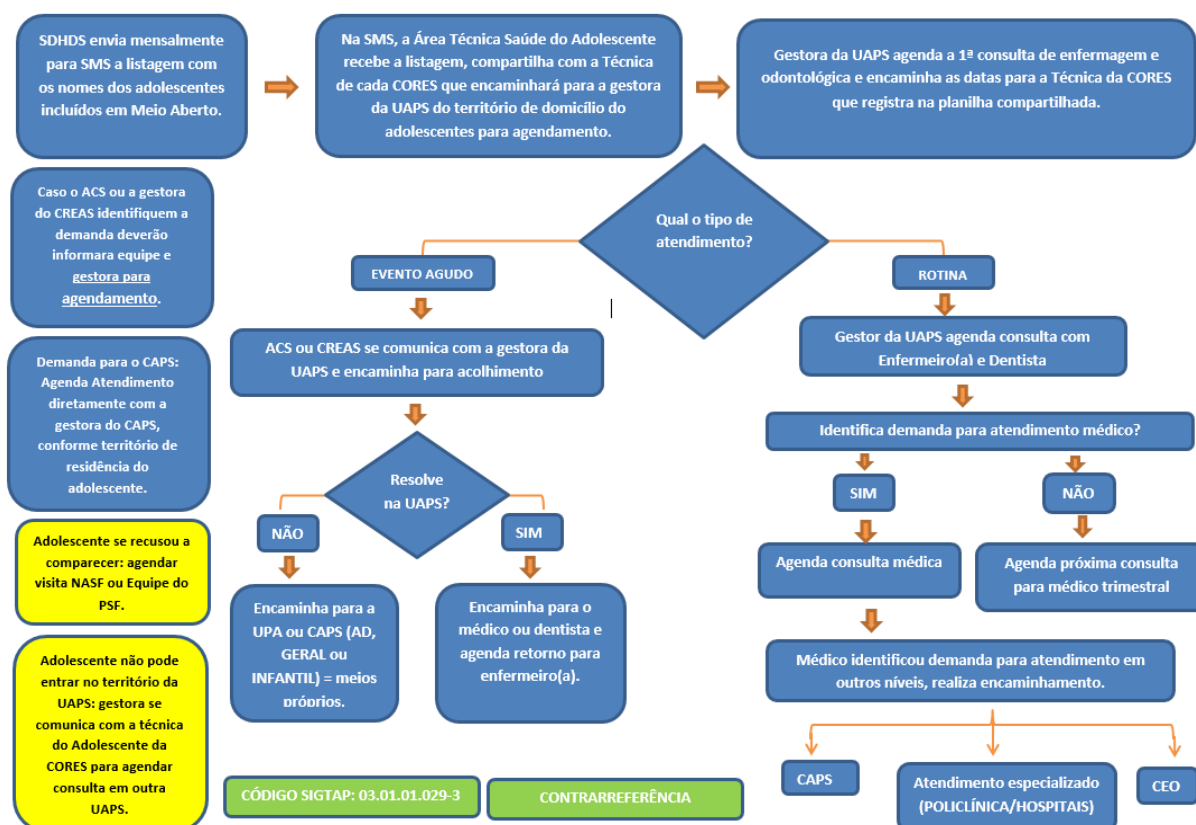
Considerando a importância do olhar atento para essa faixa etária, assim como a necessidade da oferta de atenção integral à saúde dos adolescentes, a fim de contribuir para o pleno desenvolvimento e em consonância com as orientações técnicas do MS, o município de Fortaleza planeja ações direcionadas aos adolescentes.

Dentre essas ações, instituiu-se em setembro de 2021, o Programa Gente Adolescente, objetivando fortalecer a atenção integral à saúde aos adolescentes em 80 UAPS, com ações orientadas para o alcance das seguintes metas: i) aumentar o número de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e dos demais profissionais das UAPS, por meio da parametrização das agendas com destinação de vagas ao atendimento de Hebicultura; ii) aumentar as coberturas vacinais das vacinas HPV e Meningite ACWY; iii) fortalecer as ações coletivas por e meio da realização de grupos de adolescentes nas escolas parceiras do Programa; iv) apoiar o fortalecimento das notificações e atendimento às vítimas de violência; v) fortalecer as ações de prevenção da gravidez na adolescência; vi) oferecer atendimento integral aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Com o intuito de implementar o atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, conforme preconizado pela Portaria n.º 1.082 do MS, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória (PNAISARI) e em efetivação aos Planos Municipais de Atendimento à Saúde para Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa (quadrienal e anual), a SMS executa as seguintes ações:

- ✓ Ampliação das eSF das UAPS, cujos territórios possuem um dos 10 Centros Socioeducativos do Município, por meio da vinculação de profissionais de Saúde Mental, que oferecem apoio matricial aos profissionais das eSF, assim como, das equipes de saúde dos Centros Socioeducativos;
- ✓ Inclusão ao Prontuário Eletrônico do Paciente do código do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) que identifica os atendimentos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa;
- ✓ Construção do fluxo de atendimento à saúde para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto em conjunto com a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), para que seja garantida a esses adolescentes o acesso ao sistema de saúde a partir da APS como porta de entrada (Figura 13).

Figura 13 - Fluxo de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em “Meio Aberto” dentro das Redes de Atenção à Saúde de Fortaleza-CE.



Fonte: CORAPP/SMS Fortaleza.

O monitoramento do atendimento aos adolescentes na APS e nos CAPS foi iniciado em 2021, com sua inclusão no PMS, evidenciando o compromisso da gestão municipal para a saúde do adolescente. O resultado demonstra um avanço expressivo no fortalecimento das ações de cuidado integral voltadas à adolescência, com impacto positivo na ampliação do acesso e na qualidade da assistência promovida pelas UAPS e CAPS.

Tabela 31 - Percentual de adolescentes envolvidos em ações de promoção à saúde. Fortaleza, 2022 a 2024

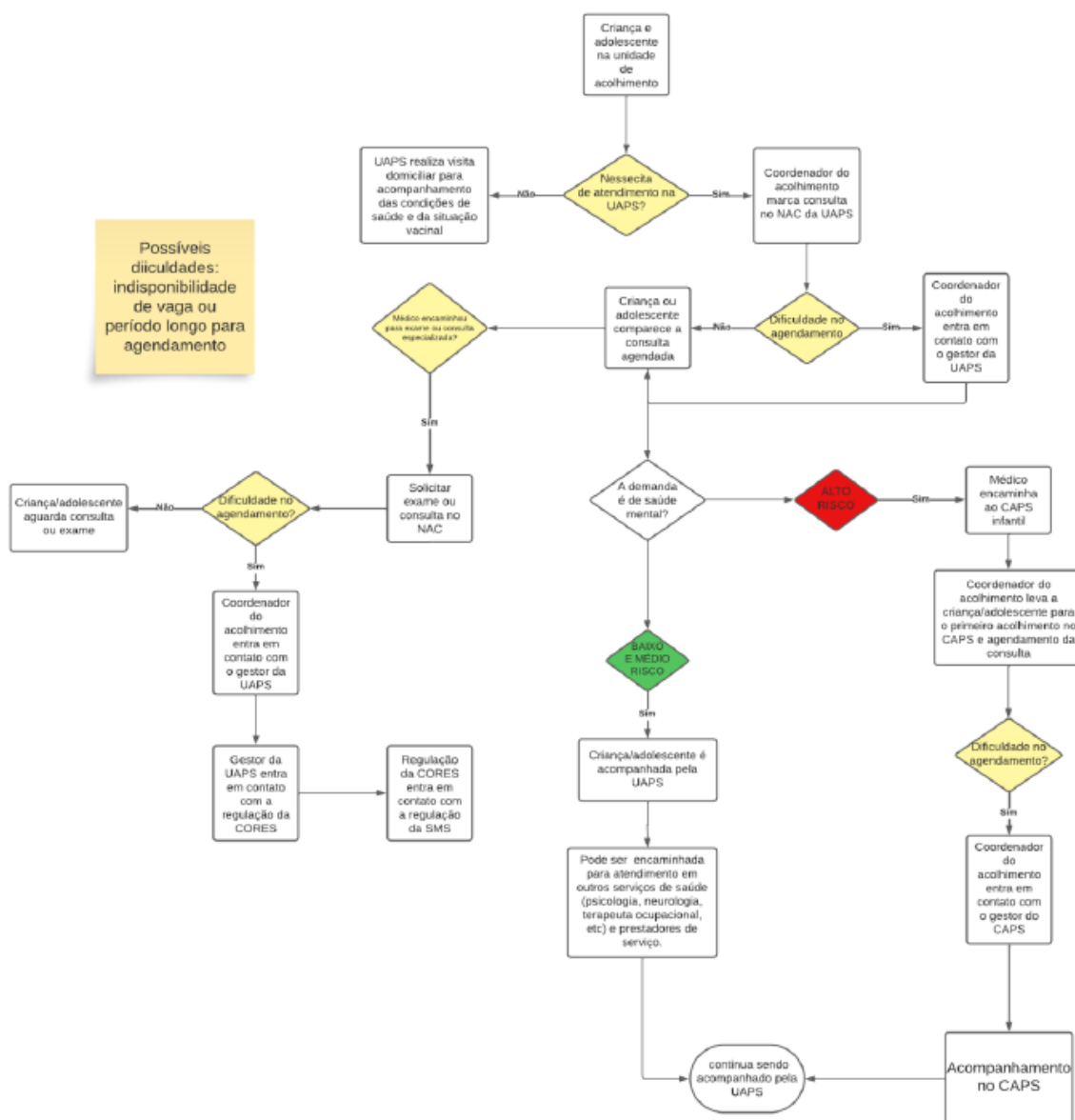
Ano	Percentual de adolescentes envolvidos em ações de promoção à saúde
2022	8,2
2023	8,2
2024	57,59

Fonte: Prontuário Eletrônico *Fast Medic*, 2024.

Entre os principais avanços alcançados para a ampliação do acesso à saúde dos

adolescentes, destaca-se o fluxo de atendimento oftalmológico e auditivo para estudantes das escolas públicas municipais e a implementação do fluxo de atendimento voltado à saúde de adolescentes em acolhimentos institucionais (Figura 14). Essas iniciativas promoveram equidade no acesso aos serviços, além do fortalecimento da Rede de cuidados, ampliando a articulação entre a APS e Atenção Especializada e integrando ações de saúde mental e integralidade do cuidado, consolidando práticas fundamentais para a promoção da saúde e a qualidade de vida dos adolescentes.

Figura 14- Fluxo para atendimento de crianças e adolescentes residentes nos Acolhimentos Institucionais da SDHDS



Fonte: CORAPP/SMS Fortaleza.

6.5.1 Programa Saúde na Escola

O PSE é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituída pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, executada em nível municipal pela SMS e SME para atender a comunidade escolar com ações coletivas e de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes da rede pública de ensino.

A adesão ao Programa acontece bienalmente sendo realizada pelo MS a partir da vinculação das escolas a serem beneficiadas e formalizada por meio do Termo de Compromisso Municipal do PSE. No município de Fortaleza, nas últimas três adesões, observa-se ampliação das escolas beneficiadas, bem como, do quantitativo de atividades realizadas e escolares envolvidos, demonstrando uma qualificação das equipes de saúde para a execução das ações e registro no Prontuário Eletrônico (*Fast Medic*).

Tabela 32 - Acompanhamento do Programa Saúde na Escola por Adesão. Fortaleza, 2021/2022, 2023/2024 e 2025/2026

ADESÃO	Nº DE ESCOLAS NA ADESÃO	ANO 1		ANO 2		TOTAL POR ADESÃO	
		Nº AÇÕES COLETIVAS REALIZADAS	Nº PARTICIPANTES	Nº AÇÕES COLETIVAS REALIZADAS	Nº PARTICIPANTES	Nº AÇÕES COLETIVAS REALIZADAS	Nº PARTICIPANTES
2021/2022	198	52	1.148	954	24.558	1.006	25.706
2023/2024	202	1.065	51.739	2.688	79.020	3.753	130.759
2025/2026*	274	2.598	70.471			2.598	70.471

Ressalta-se que esse resultado advém do fortalecimento da parceria entre a SMS, SME e Secretaria da Educação do Ceará (SEDUC), a partir do Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal de Fortaleza (GTIM).

Em 2025, o município de Fortaleza iniciou a execução da adesão referente ao biênio 2025/2026, formalizado por meio do Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola n.º 023044038541, contemplando 274 escolas, sendo: 220 escolas municipais e 54 escolas estaduais, e estão vinculadas a 131 UAPS. Para definição das escolas foram considerados a territorialização das UAPS e os seguintes critérios de priorização orientados pelo MS: escolas que atendem estudantes de famílias beneficiárias do PBF (com mais de 50% do corpo discente); escolas com Educação de Jovens e Adultos (EJA); escolas que atendem adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Nesse sentido, 91% das escolas beneficiadas pelo PSE são prioritárias, conforme critérios

do MS para adesão 2025/2026.

Tabela 33 - Distribuição do número de escolas, alunos e Unidades de Atenção Primária à Saúde pactuadas no Programa Saúde Escola em Fortaleza segundo a CORES e Rede de Ensino Municipal. Fortaleza, 2025

CORES	Nº de escolas pactuadas	Nº de alunos pactuados	Nº de UAPS que atendem as escolas pactuadas
I	32	13.901	15
II	21	9.449	13
III	29	18.232	18
IV	22	13.235	11
V	56	36.457	30
VI	60	40.477	33
Total	220	131.751	120

Fonte: PSE/MS.

Tabela 34 - Distribuição do número de escolas, alunos e Unidades de Atenção Primária à Saúde pactuadas no Programa Saúde Escola em Fortaleza segundo a CORES e Rede de Ensino Estadual. Fortaleza, 2025

CORES	Nº de escolas pactuadas	Nº de alunos pactuados	Nº de UAPS que atendem as escolas pactuadas
I	6	2.197	5
II	5	3.277	5
III	8	4.647	8
IV	7	3.201	6
V	7	3.661	7
VI	21	14.832	21
Total	54	31.815	52

Fonte: PSE/MS.

O município de Fortaleza conta com 795 escolas, sendo: 624 municipais e 171 estaduais, portanto, o Programa encontra-se em 34% das escolas atendendo uma população de 163.566 crianças e adolescentes, bem como, a comunidade escolar.

Atualmente, o PSE conta com 14 temas desenvolvidos nas escolas vinculadas ao Programa:

I - Saúde Ambiental;

II - Promoção da atividade física;

III - Alimentação saudável e prevenção da obesidade;

IV - Promoção da cultura de paz e direitos humanos;

- V - Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI - Prevenção de doenças negligenciadas;
- VII - Verificação da situação vacinal;
- VIII - Saúde sexual e reprodutiva;
- IX - Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas;
- X - Saúde Bucal;
- XI - Saúde auditiva;
- XII - Saúde ocular;
- XII - Prevenção à covid-19;
- XIV - Saúde Mental.

Dos temas destacadas acima, são considerados prioritários conforme Nota Técnica n.º 30/2024-CGEDESS/DEPPROS/SAPS/MS, os seguintes: a) III - Alimentação saudável e prevenção da obesidade; b) IV - Promoção da cultura de paz e direitos humanos; c) VII - Verificação da situação vacinal; d) VIII - Saúde sexual e reprodutiva; e) XIV -Saúde Mental; f) X - Saúde Bucal, pois buscam impactar positivamente sobre a cobertura vacinal, a diminuição da gravidez na adolescência e as IST, além da melhoria do acesso aos serviços de Saúde Mental, ampliação do acesso ao cuidado em Saúde Bucal e prevenção da obesidade infanto juvenil.

Diante dessa priorização, no biênio de 2025/2026 a SMS acompanha, no âmbito do PSE, a realização de ações coletivas com abordagem dos temas prioritários. Nesse sentido, no período de janeiro a setembro de 2025, verificou-se que das 274 escolas vinculadas, 44% tiveram pelo menos uma atividade com o tema III, 19% tiveram pelo menos uma atividade com o tema IV, 30% tiveram pelo menos uma atividade com o tema VII, 23% tiveram pelo menos uma atividade com o tema VIII, 25% tiveram pelo menos uma atividade com o tema Saúde Mental e 61% tiveram pelo menos uma atividade com o tema X. No mesmo período, o quantitativo de vezes que o tema foi abordado nas ações, constatou-se que os temas Saúde Bucal e Alimentação Saudável são os que mais aparecem nos registros (Tabela 34).

Tabela 35 - Quantitativo de atividades por tema prioritário do Programa Saúde na Escola, janeiro a setembro de 2025. Fortaleza, 2025

TEMAS PRIORITÁRIOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	TOTAL
III - Alimentação saudável e prevenção da obesidade	0	45	44	78	96	85	0	52	54	454
IV - Promoção da cultura de paz e direitos humanos V - Prevenção das violências e dos acidentes	0	0	2	8	55	16	0	16	13	110
VII - Verificação da situação vacinal	0	2	8	63	75	12	0	18	12	190
VIII - Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST	0	78	13	4	25	19	0	4	11	154
XIV - Saúde Mental	0	2	14	21	23	69	0	9	58	196
X - Saúde Bucal	0	135	222	360	303	276	0	199	303	1.798

Fonte: Prontuário Eletrônico de Fortaleza – *Fast Medic*.

Para garantia da execução do PSE são realizadas parcerias entre os serviços, programas e projetos desenvolvidos pelas SMS e SME e de outras Secretarias que também compõem o GTIM, como: Secretaria de Juventude, Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, e Secretaria do Esporte e Lazer. Portanto, a intersetorialidade é uma prática cotidiana do Programa e imprescindível para sua efetividade.

6.6 Saúde da Mulher

A Área Técnica de Saúde da Mulher executa as políticas de saúde para mulheres baseada nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde das Mulher (PNAISM), que busca garantir uma assistência integral e inclusiva, ultrapassando os aspectos reprodutivos, com foco nas necessidades e individualidades de cada mulher ao longo de sua vida.

O cuidado das mulheres visa buscar a melhoria da qualidade de vida, com

humanização e ampliação do acesso aos serviços de saúde, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde de acordo com as especificidades de acordo com o ciclo de vida que a mulher esteja inserida.

As principais diretrizes da PNAISM voltam-se para: a integralidade do cuidado nos diferentes ciclos de vida da mulher; a intersetorialidade, visando a articulação da Educação, Assistência Social, Justiça e Direitos Humanos para garantir a integralidade do cuidado; a participação social e a redução das iniquidades com enfrentamento das desigualdades com foco em gênero e raça.

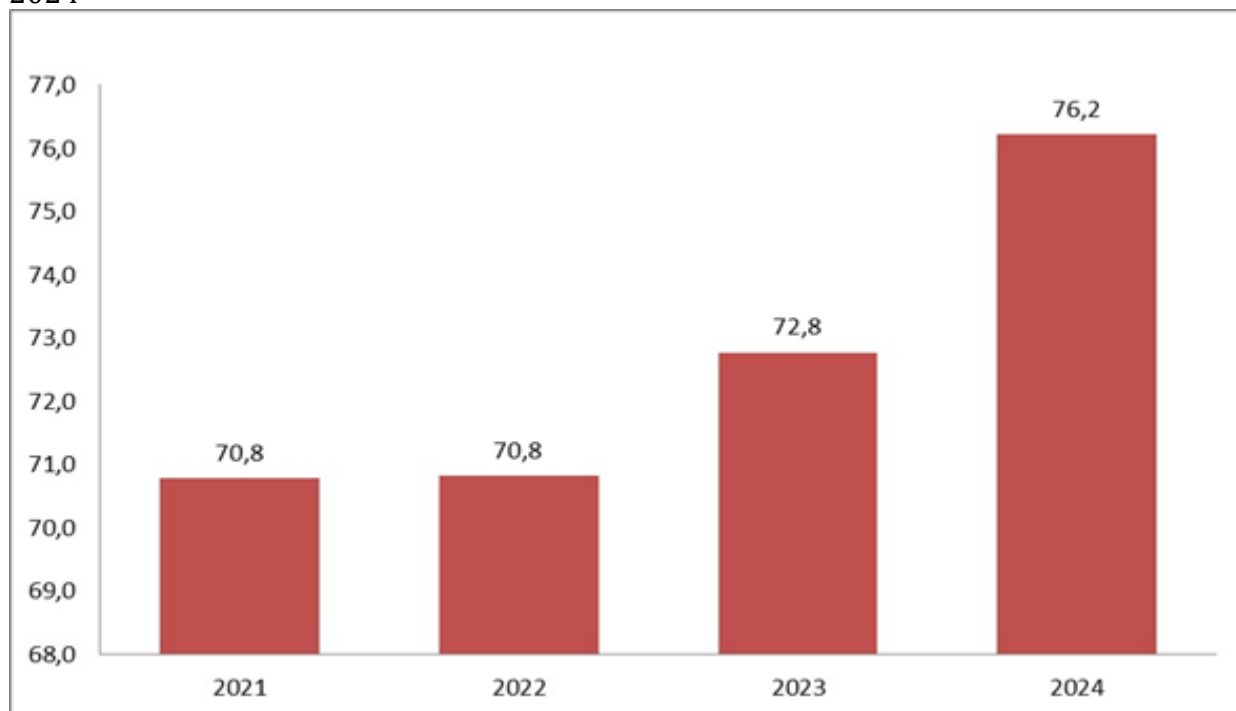
Os eixos prioritários para garantir a atenção integral e as necessidades de acordo com o ciclo de vida das mulheres estão voltados para: a atenção obstétrica e neonatal que envolve as ações do cuidado pré-natal, parto e puerpério com ênfase na redução da mortalidade materna e infantil, planejamento sexual e reprodutivo com garantia de acesso aos diferentes métodos contraceptivos; a atenção à saúde nas diferentes fases da vida, incluindo climatério e envelhecimento saudável, prevenção e controle de câncer de mama e colo de útero, das IST, do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), violência doméstica e doenças crônicas; a atenção as mulheres em situação de vulnerabilidade e ações de prevenção à saúde e prevenção de agravos com ações educativas e intersetoriais voltadas para os determinantes sociais em saúde.

Para o acompanhamento da execução do cuidado integral à saúde das mulheres, acesso aos serviços e efetividade das ações em saúde faz-se necessário processos contínuos de monitoramento e avaliação, através do acompanhamento de indicadores de saúde para mensurar o alcance de metas, identificar desigualdades e subsidiar a tomada de decisão.

Na atenção obstétrica os indicadores elencados para monitoramento são: i) proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal; ii) proporção de gravidez na adolescência; iii) RMM e TMI. Os dados de RMM e TMI estão descritos na *Parte I – Análise Situacional e Condições de Saúde da População de Fortaleza* deste volume.

O indicador de proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal reflete o acesso e a continuidade do cuidado pré-natal no âmbito da APS com foco na qualidade e integralidade da assistência para uma gestação saudável e experiência positiva no parto.

Gráfico 66 - Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal 2021-2024



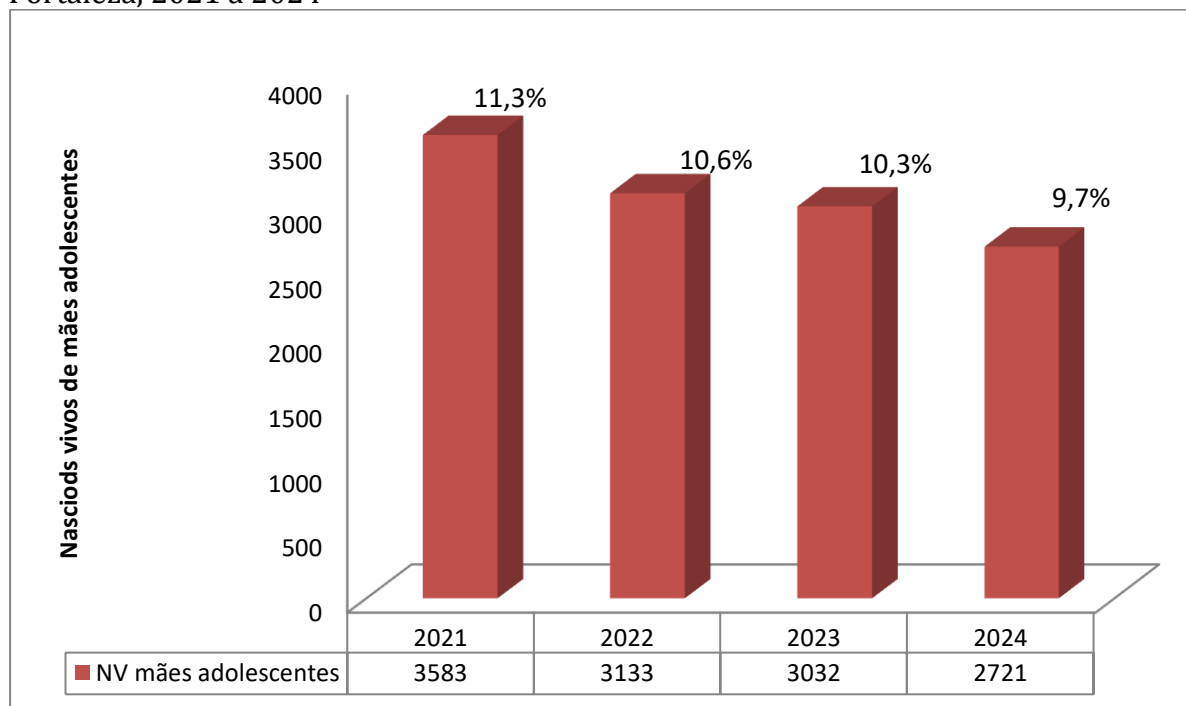
Fonte: Tabnet SINASC.

A análise da série histórica evidência que, nos últimos três anos, houve aumento progressivo no percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Esse indicador reflete positivamente o acesso oportuno e a continuidade do cuidado durante o ciclo gestacional, demonstrando o fortalecimento das ações da APS.

Durante as consultas de pré-natal são desenvolvidas ações essenciais para o acompanhamento da gestação, como: i) o rastreamento precoce de patologias; ii) a solicitação e interpretação de exames laboratoriais e de imagem; iii) atividades educativas voltadas à promoção da saúde da gestante e de sua família.

Os anos de 2023 e 2024 apresentam os maiores percentuais de cobertura, indicando avanço no cumprimento das metas assistenciais relacionadas ao acompanhamento pré-natal. Ressalta-se, entretanto, que além do número de consultas, é fundamental assegurar a qualidade do atendimento prestado para garantir a integralidade do cuidado e o alcance dos objetivos propostos para a atenção à saúde materna.

Gráfico 67 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos, Fortaleza, 2021 a 2024



Fonte: Tabnet SINASC.

A análise da série histórica dos últimos quatro anos demonstra uma tendência de redução no percentual de nascidos vivos de mães adolescentes. A gravidez na adolescência configura-se como um fenômeno multifatorial, associado a contextos de vulnerabilidade social, limitações no acesso a métodos contraceptivos, insuficiência de oportunidades educacionais e restrição às informações qualificadas sobre saúde sexual e reprodutiva.

Nesse contexto, a articulação intersetorial assume papel estratégico na redução da gravidez na adolescência, com destaque para a implementação e fortalecimento das ações do PSE, que contempla em um de seus eixos temáticos a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

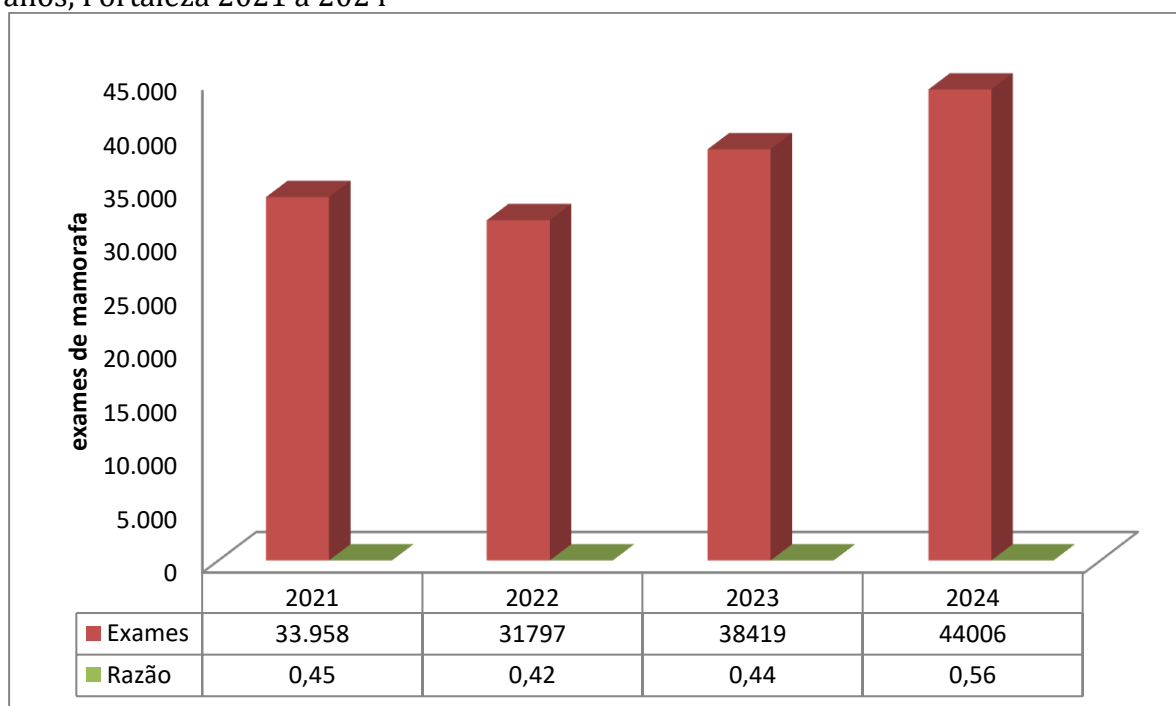
Em 2024, o percentual de nascidos vivos de mães adolescentes alcançou 9,7%, representando uma redução em relação ao ano de 2021. Ainda em 2024, o Município ampliou o acesso ao método contraceptivo de longa duração e efeito reversível (implante subdérmico), voltado especificamente para adolescentes, disponível nas maternidades e na APS.

Para o exercício de 2025, o eixo de saúde sexual e reprodutiva permanece como

prioridade na agenda municipal, com foco na ampliação das ações educativas e na garantia do acesso equitativo a informações e métodos contraceptivos, contribuindo para a consolidação de políticas públicas voltadas à autonomia reprodutiva e à redução da gravidez na adolescência.

A situação de saúde relacionada ao acesso aos exames de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero são monitorados os seguintes indicadores: i) razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos; ii) razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.

Gráfico 68 - Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, Fortaleza 2021 a 2024



Fonte: Siscan.

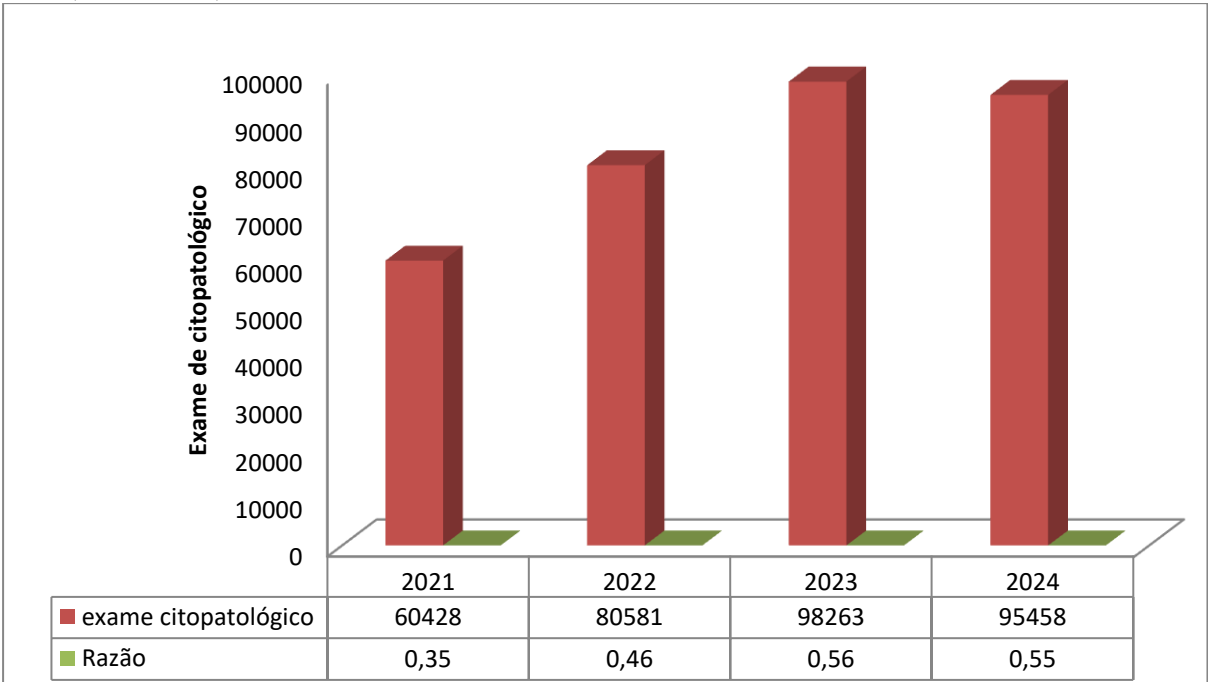
O indicador de razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos expressa a capacidade da APS em garantir o acesso oportuno das mulheres ao rastreamento do câncer de mama. Conforme as diretrizes do MS, o rastreamento é recomendado para mulheres nessa faixa etária, assintomáticas, e deve ser realizado com periodicidade bianual, desde que o exame anterior apresente resultado negativo.

A análise da série histórica evidencia um aumento progressivo na realização de mamografias nos últimos quatro anos, refletindo positivamente no desempenho do

indicador e na ampliação do acesso ao rastreamento do câncer de mama a partir das ações desenvolvidas na APS.

Entretanto, persistem desafios relacionados à cobertura do exame, uma vez que os dados indicam a realização em pouco mais de 50% das mulheres elegíveis. Entre as estratégias adotadas e a serem fortalecidas, destacam-se: i) a ampliação da oferta de exames; ii) a regionalização dos serviços de mamografia; iii) a redução do absenteísmo; iv) o fortalecimento das ações de educação em saúde voltadas à conscientização das mulheres sobre a importância do rastreamento para o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade por câncer de mama.

Gráfico 69 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, Fortaleza, 2021 a 2024



Fonte: Relatório Administrativo Saúde da Mulher.

O indicador de razão de exames citopatológicos reflete a capacidade da APS em garantir o acesso das mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos ao rastreamento do câncer do colo do útero, por meio da realização periódica do exame citopatológico. Este exame permite a detecção de alterações celulares precursoras do câncer cervical, possibilitando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, com impacto direto na redução da morbimortalidade por esta neoplasia.

A estratégia de rastreamento é fortalecida pela oferta da vacinação contra o

Papilomavírus Humano (HPV) para meninos e meninas de 9 a 14 anos, medida fundamental para a prevenção primária e a redução futura da incidência de casos de câncer do colo do útero.

A análise da série histórica de 2021 a 2024 demonstra aumento progressivo na realização de exames citopatológicos nos últimos anos, evidenciando o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde desenvolvidas no âmbito da APS. Esse avanço amplia a capacidade de identificação precoce de lesões, favorece intervenções imediatas e reafirma o papel estratégico da APS na Linha de Cuidado Integral à Saúde da Mulher.

6.7 Saúde da Pessoa Idosa

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a velhice, envolvendo todos os ciclos de vida. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de autonomia, independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, determinados pela ONU.

Segundo os dados do MS, o perfil epidemiológico prevalente no Brasil referente às condições de saúde da população de 60 anos e mais, refletem três tipos de desafios a serem superados: a prevalência das doenças crônicas e suas consequências precocemente incapacitantes, problemas de saúde complexos decorrentes de causas externas e agudização ou agravamento das condições crônicas.

Portanto, a Rede de Atenção à Pessoa Idosa tem por finalidade promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, ao passo que se estende a manter e recuperar a saúde, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2006).

O município de Fortaleza vem promovendo ações de fortalecimento da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, a partir de ações intersetoriais que permeiam e desafiam o cuidado integral, nesse grupo populacional, destacando-se a vinculação das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) às UAPS de seus territórios adscritos, possibilitando a aplicabilidade do princípio de equidade, estruturante do SUS (Quadro 1).

Quadro 1 - Instituições de Longa Permanência para Idosos e vinculação às Unidades de Atenção Primária à Saúde por território adscrito. Fortaleza, 2025.

CORES I	ILPI	Nº RESIDENTES	UAPS REFERÊNCIA	ESF REFERÊNCIA
	Lar Torres de Melo	188	UAPS Carlos Ribeiro	Equipe 152
	Espaço de Bem-estar Socorro Oliveira (FECHADA)	09	UAPS Carlos Ribeiro	Equipe 166
	Casa de repouso São Gabriel (FECHADA)	65	UAPS Carlos Ribeiro	Equipe 149
CORES II	ILPI	Nº RESIDENTES	UAPS REFERÊNCIA	ESF REFERÊNCIA
	Associação Regional da Caridade São Vicente de Paulo	32	UAPS Irmã Hercília Aragão	Equipe 235
	Flor de Lótus	36	UAPS Geraldo Sobrinho (Pio XII)	Equipe 239
	Vitta Residencial Sênior	08	UAPS Liduina Maria	Equipe 255
	Arte de Cuidar	20	UAPS Liduina Maria	Equipe 255
	Terça da Serra Residencial Sênior	42	UAPS Benedito Arthur de Carvalho	Equipe 201
	Lar da Imaculada (PRIVADA)	11	UAPS Miriam Porto Mota	Equipe 220
	Casa do Pobre Missionárias Jesus Crucificado	16	UAPS Miriam Porto Mota	Equipe 220
	Casa de Apoio das Irmãs do Colégio Santa Cecília	09	UAPS Miriam Porto Mota	Equipe 221
	Casa da Mãe Josefina	29	UAPS Paulo Marcelo	Equipe 255
	Instituto Josefino - Divina Providência	23	UAPS Paulo Marcelo	Equipe 223
	Comunidade Noêmia Cabral	10	UAPS Paulo Marcelo	Equipe 222
	Instituto Getsêmani	09	UAPS Miriam Mota	Equipe 220
	Naim Residencial	35	UAPS Geraldo Sobrinho	Equipe 239
	Terça da Serra Residencial Sênior - Dunas	28	UAPS Fátima Quezado	Equipe 258
	Residencial Primavera	26	UAPS Geraldo Sobrinho	Equipe 247
	Érico Mota (FECHADA)	06	UAPS Irmã Hercília Aragão	Equipe 235
CORES III	ILPI	Nº RESIDENTES	UAPS REFERÊNCIA	ESF REFERÊNCIA
	Unidade de Abrigo do Idoso Olavo Bilac	68	UAPS Ivana de Souza Paes	Equipe 367
	Recanto Rei Davi	34	UAPS Waldemar de Alcântara	Equipe 330
	Lar de Idosos Nossa Senhora de Fátima	23	UAPS Sobreira de Amorim	Equipe 348
	Lar Martins	40	UAPS Senador Fernandes Távora	Equipe 333
	Lar Aconchego do Idoso Residencial para Idosos Bom Pastor	30	UAPS Fábio Martins	Equipe 383
	Lar de Amparo ao Idoso Aconchego de Santa Terezinha	20	UAPS Anastácio Magalhães	Equipe 344
	Lar de Amparo ao Idoso Aconchego de Santa Terezinha	45	UAPS Fábio Martins	Equipe 385



CORES IV	ILPI	Nº RESIDENTES	UAPS REFERÊNCIA	ESF REFERÊNCIA
	Casa de Nazaré	76	UAPS Dr. Luís Costa	Equipe 439
	Fraternidade de Aliança Toca de Assis - masculino	07	UAPS Gothardo Peixoto Figueiredo Lima	Equipe 444
	Lar Dois Irmãos	13	UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno	Equipe 446
	Lar Santa Bárbara	21	UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno	Equipe 446
	Vivencie Residencial Sênhor	07	UAPS Dr. Roberto da Silva Bruno	Equipe 446
	Recanto Sagrado Coração	36	UAPS Dr. Luís Costa	Equipe 426
	Lar para Idosos Residencial Coração de Mãe - Masculino	06	UAPS Dr. Luís Costa	Equipe 439
	Lar para Idosos Residencial Coração de Mãe - Feminino	16	UAPS Dr. Luís Costa	Equipe 439
	Jeová Rafah	22	UAPS Antônio Ciríaco	Equipe 434
	Lar de Idosos Vovó Leda	13	UAPS Antônio Ciríaco	Equipe 437
	Residencial Lar Nova Vida Fortaleza	26	UAPS Ocelo Pinheiro	Equipe 415
	Lar três Irmãs	32	UAPS Ocelo Pinheiro	Equipe 439
CORES V	ILPI	Nº RESIDENTES	UAPS REFERÊNCIA	ESF REFERÊNCIA
	Lar de Idosos Cuidar Mais	38	UAPS Siqueira	Equipe 582
	Residencial para Idosos Novo Renascer	27	UAPS Regis Juca	Equipe 595
	Casa do Idoso Jeová Rafah	12	UAPS Jurandi Picanço	Equipe 514
	Abrigo dos Idosos São Pedro e Julião Eymard (FECHADA)	04	UAPS Luciano Torres de Melo	Equipe 558
CORES VI	ILPI	Nº RESIDENTES	UAPS REFERÊNCIA	ESF REFERÊNCIA
	Vertical Assistencial	16	UAPS Galba Araújo	Equipe 629
	Girassol Residencial para Idosos	41	UAPS Prof. Monteiro de Moraes	Equipe 678
	Fraternidade de Aliança Toca de Assis - Feminino	07	UAPS Edmar Fujita	Equipe 652
	Extensão Lar Residencial Sênior	23	UAPS Monteiro de Moraes	Equipe 678
	Hibisco	15	UAPS Galba Araújo	Equipe 628
	Conviver Residence Lar para idosos	18	UAPS Manoel Carlos	Equipe 644
	Recanto Verde Vida (FECHADA)	38	UAPS Galba Araújo	Equipe 628
	Recanto Do Bem Viver (FECHADA)	38	UAPS Monteiro de Moraes	Equipe 678
	Lar de Idosos Santa Terezinha de Lisieux (FECHADA)	20	UAPS Hélio Góes	Equipe 709

Fonte: Área Técnica Saúde do Idoso/SMS.

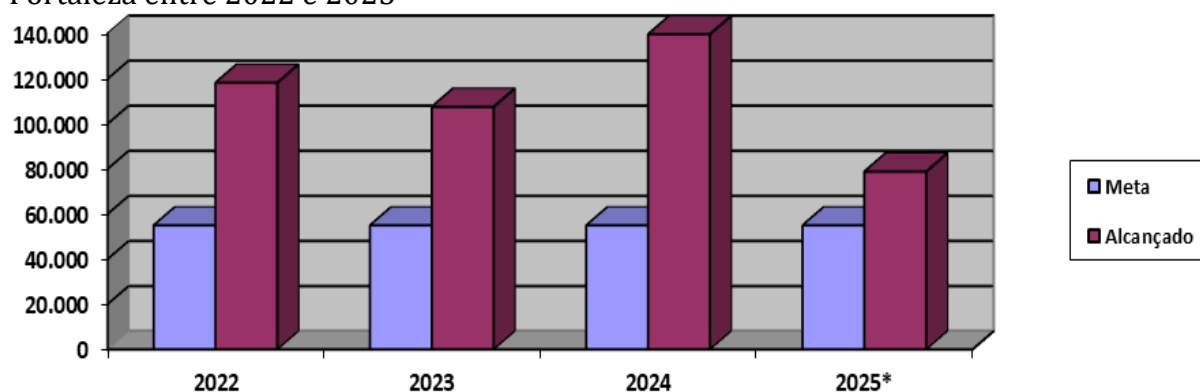
6.8 IST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose

A Área Técnica de IST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose é responsável pelas



políticas voltadas às populações acometidas por alguma dessas patologias. Entre as suas atribuições, destacam-se as ações de: i) prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio do fornecimento de preservativos para a população nos serviços de saúde ou em locais cadastrados como bancos de preservativos, bem como, realização de ações voltadas para a população em períodos como carnaval e pré carnaval; ii) diagnóstico oportuno, com a oferta de testes rápidos para HIV, sífilis, Hepatites B e C para os serviços de saúde de Fortaleza; iii) tratamento nos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), que ofertam o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/aids em Fortaleza; iv) capacitação profissional realizada por meio de ações de formação presenciais ou educação à distância; v) apoio à sociedade civil organizada por meio de convênios para realização de projetos; vi) apoio às pessoas vivendo com HIV/aids pelo fornecimento passagens nos bilhetes únicos e cestas básicas.

Gráfico 70- Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, no município de Fortaleza entre 2022 e 2025



Fonte: CEGEAD/SMS. *Dados sujeitos a alterações.

As principais ações conduzidas para a oferta dos testes para diagnóstico de HIV incluíram: i) distribuição mensal dos insumos necessários para realização da testagem rápida do HIV, sífilis e Hepatites B e C; ii) monitoramento mensal da distribuição e realização de testes rápidos nas UAPS, através de mapa de acompanhamento enviado pelas seis CORES; iii) incentivo à testagem através do Projeto *A Hora É Agora*; iv) ampliação da PrEP, que tem a testagem regular para o HIV como condição para a dispensação.

A análise do quadriênio 2022 – 2025 demonstra que a meta em relação ao número de testes para diagnóstico de HIV foi atingida. Ressalta-se que a principal dificuldade para o

alcance do indicador envolve a inconsistência no registro dos testes no Prontuário Eletrônico (*Fast Medic*).

Um ponto importante no processo de testagem envolveu a saída do período de pandemia de covid-19 e, mesmo durante a pandemia, os serviços não pararam o atendimento, mas houve uma redução nos mesmos.

6.8.1 Número de casos de aids em menores de 5 anos de idade

As principais ações desenvolvidas para o alcance da meta (zero) em relação ao número de casos de aids em crianças menores de cinco anos compreenderam: i) Garantia de atendimento integral aos usuários dos serviços, assim como, de infraestrutura e de insumos necessários para funcionamento dos SAE; ii) Realização de testes rápidos para HIV no pré-natal nas 116 UAPS para todas as gestantes durante o 1º e 3º trimestre de gestação e nas salas de parto das maternidades públicas e conveniadas com o SUS para todas as parturientes; iii) Garantia de atendimento em serviço especializado para acompanhamento da gestante vivendo com HIV; iv) Acompanhamento em serviço especializado da criança exposta.

Tabela 36 - Número de casos de aids em menores de 5 anos de idade por ano. Fortaleza, 2022 a 2025*

Ano	Meta	Alcançado
2022	00	04
2023	00	01
2024	00	01
2025	00	00*

Fonte: SINAN NET. * Dados até outubro/2025 (sujeitos a alteração).

Com a oferta da testagem rápida para HIV na primeira consulta de pré-natal e Tratamento com Terapia Antirretroviral (TARV), o MS estabeleceu meta para zerar a transmissão vertical do HIV em todo o país.

A partir dos casos identificados em 2018, todos investigados pelo Comitê Municipal de Transmissão Vertical, realizou-se reuniões e sensibilizações para os profissionais de saúde, especialmente para os que atuam na APS, realizando consulta pré-natal.

Tabela 37 - Percentual de UAPS com oferta de testagem rápida para HIV/sífilis/Hepatites B e C. Fortaleza, 2022 a 2025*

Ano	Meta	Alcançado
2022	100%	100%
2023	100%	100%
2024	100%	100%
2025	100%	100%

Fonte: SMS/Relatório de Gestão/CORAPP. Área Técnica IST/aids.

As principais ações implementadas para ampliar a oferta de testagem rápida para HIV/sífilis/Hepatites B e C foram: i) oferta de curso *on-line* do MS sobre testagem rápida; ii) garantia da distribuição mensal dos insumos necessários à realização da testagem rápida; iii) incentivo à testagem através do Projeto *A Hora É Agora*; iv) ampliação da PrEP, cuja testagem regular para o HIV é condição para a dispensação.

O abastecimento das UAPS para oferta de testagem rápida permanece sendo realizada mensalmente.

Tabela 38 - Percentual de UAPS com manejo clínico para HIV/Aids. Fortaleza, 2021 a 2024

Ano	Meta	Alcançado
2021	40%	0
2022	20%	0
2023	35%	0
2024	35%	0

Fonte: SMS/Relatório de Gestão/CORAPP. Área Técnica IST/aids.

Apesar da impossibilidade do alcance da meta anual em relação ao percentual de UAPS com manejo clínico para HIV/aids, foram desenvolvidas as seguintes ações: i) sensibilização de gestores e profissionais de saúde para implantação do manejo clínico do HIV/aids; ii) capacitação de profissionais de saúde utilizando a metodologia PACK Brasil, que entre outros atendimentos, possibilita o manejo clínico do HIV. Foram conduzidas as sensibilizações e capacitações com profissionais das UAPS selecionadas, contudo, muitos profissionais de saúde capacitados não permaneceram nas unidades.

A coordenação do PACK tem buscado alternativas para novos treinamentos de profissionais para o ano de 2026, garantindo que a APS organize atendimentos às pessoas vivendo com HIV/aids.

Outro ponto que merece destaque: a parceria com a Rede Nacional de Pessoas

Vivendo com HIV/aids, que tem projeto em convênio com a SMS para visitar as UAPS e discutir temas como estigma, discriminação e o atendimento às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA).

É preciso ressaltar que, mesmo sem o atendimento nas UAPS, é possível garantir que todas as PVHA diagnosticadas em Fortaleza recebam atendimento de forma mais rápida e com qualidade.

7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

O município de Fortaleza adota como modelo de organização do serviço de saúde as RAS. Tem como propósito oferecer cuidado contínuo e integral a população, assegurando os princípios do SUS e assumindo o compromisso de buscar a excelência na atenção à saúde, respeitando os valores de: competência, responsabilização, cooperação, transparência e humanização.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, que buscam a integralidade do cuidado, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (Mendes, 2011). Nas RAS, todos os pontos de atenção são igualmente importantes e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. O centro de comunicação é a APS, sendo esta ordenadora do cuidado (Mendes, 2015).

O MS consolida as normas sobre as Redes do SUS, dividindo-as em:

- i) Rede Alyne, estabelecida por meio das Portarias GM/MS nº 5.349/2024 e GM/MS nº 5.350/2024;
- ii) RAPS, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- iii) Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), por meio da Portaria GM/MS nº 6.213/2024;
- iv) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/2012;
- v) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASDC), pela Portaria GM/MS nº 438/2014;
- vi) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/2011.

vii) Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC), estabelecida pela Portaria GM/MS n.º 6.591/2025.

7.1 A Rede Alyne

A Atenção à Saúde Materno-Infantil é um dos eixos estruturantes da APS e constitui prioridade estratégica para a consolidação da Atenção Integral à Mulher e à Criança.

A Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS n.º 5.350 de 12 de setembro de 2024, representa o principal arranjo organizativo, tendo como propósito fortalecer as ações e os serviços voltados à redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, por meio da integração entre os diferentes níveis de atenção do SUS.

A Rede é composta por componentes interligados, que englobam a atenção ao pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à criança até os dois anos de idade, articulando-se também com os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, regulação, vigilância em saúde e gestão do cuidado. Essa estrutura visa assegurar a continuidade e integralidade do cuidado, garantindo acesso oportuno e qualificado às gestantes, puérperas e RN em todo o ciclo de atenção.

Entre as principais ações preconizadas pela Rede, destacam-se: a ampliação do acesso ao pré-natal na APS; o fortalecimento dos mecanismos de vinculação prévia da gestante à maternidade de referência; a qualificação da assistência ao parto e nascimento com base em boas práticas e protocolos assistenciais; o monitoramento dos óbitos maternos e infantis e a implementação de planos de ação para prevenção de mortes evitáveis; promoção da humanização do cuidado e da participação ativa da mulher nas decisões relacionadas à sua saúde.

A Rede Alyne no município de Fortaleza é composta por 134 UAPS que realizam o pré-natal, atenção à criança através da puericultura e atenção puerperal. O cuidado para gestantes de alto risco é ofertado pelos serviços da Atenção Especializada à Saúde através de consulta com especialista e equipe multiprofissional nas Policlínicas e ambulatórios das maternidades de alto risco.

A assistência ao parto de risco habitual ocorre em seis maternidades de risco habitual, com atuação da enfermeira obstetra, ambientes individualizados e com a implantação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A atenção ao parto de alto risco, existem três maternidades com estrutura de alto risco para melhor assistência.

No Município, existem duas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) vinculadas às maternidades de alto risco (Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC) e ao Hospital Geral de Fortaleza (HGF), que ofertam cuidado em um ambiente acolhedor, com rotinas diferenciadas do ambiente hospitalar, essenciais para a assistência integral da gestante, puérpera e criança.

O cuidado ao RN é estruturado de forma progressiva: RN de baixo risco são assistidos em Unidades de Cuidado Convencional (UCINCo), enquanto casos de alto risco transitam entre a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e a Unidade Canguru (UCINCa). A prematuridade permanece como o principal desafio neonatal, considerada a maior causa de internações e óbitos infantis. Esse cenário gera longos períodos de hospitalização, resultando em superlotação das unidades e sobrecarga da Rede, comprometendo a segurança e a qualidade da assistência.

O Município qualificou a atenção à gestante no pré-natal com a vinculação prévia à maternidade, conforme estabelecido pela Lei Federal n.º 11.634/2007, que garante o direito de conhecimento e acesso à unidade de parto e intercorrências. Esta estratégia foi reforçada pela Portaria Municipal SMS n.º 261/2021.

Entre as estratégias exitosas, destaca-se a redução da gravidez na adolescência, alcançada por meio de ações intersetoriais, como o fortalecimento do PSE e a ampliação do acesso a contraceptivos subcutâneos de longa duração. Em 2024, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 9,7%, representando redução de 1,6% em relação a 2021.

No entanto, a Rede Alyne enfrenta o desafio da alta taxa de parto cesáreo, que alcançou 65,9% do total de partos em 2024, mesmo com a implantação de Centros de Parto Normal e a atuação de enfermeiras obstetras em maternidades de risco habitual. É crucial estabelecer diretrizes para a redução dessas taxas, visando minimizar complicações a longo prazo decorrentes da recorrência de cesarianas.

A consolidação da Rede Alyne no município de Fortaleza reforça o compromisso com a redução da mortalidade materna e infantil, a partir da organização da RAS, da qualificação dos serviços e da integração das ações assistenciais e de vigilância. Essa abordagem sistêmica e intersetorial contribui para o fortalecimento da atenção integral à saúde da mulher e da criança, garantindo o cuidado contínuo, equânime e humanizado, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

7.2 Rede de Atenção Psicossocial

A RAPS no município de Fortaleza está balizado pelas normativas que constituem o arcabouço da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Destacam-se os marcos legais: i) Lei n.º 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; ii) Portaria GM/MS 3.088/2011 que institui a RAPS como modelo assistencial em Rede de cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS; iii) Portaria de Consolidação n.º 3/2017 que equivale ao instrumento jurídico que reúne e organiza as normas sobre as RAS no âmbito do SUS.

No âmbito Regional, o Município é norteado pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas cuja concepção visa fortalecer a gestão estadual e governança, a fim de estabelecer diretrizes, ordenar as Linhas de Cuidado e ampliar o acesso às ações e serviços em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, de forma descentralizada e regionalizada, no estado do Ceará.

A dimensão territorial de Fortaleza, o volume populacional e as complexidades que representam o contexto social da capital impactam sobre a área de Saúde Mental e apontam para a necessidade de organização da Política Municipal de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que tramita junto ao CMSF, constituindo-se como desafio para homologação da referida política.

7.2.1. Promoção da Equidade em Saúde

A promoção da equidade é um dos princípios do SUS e tem relação direta com o conceito de justiça social, assegurando um acesso sem barreiras aos serviços de saúde para populações vulnerabilizadas. As atuais normativas indicam como populações vulnerabilizadas: adolescentes em medida socioeducativa; povos ciganos/romani; população em situação de rua; vítimas de tráfico de pessoas; populações migrantes, refugiadas e apátridas; população LGBTQIAPN+; povos e comunidades tradicionais; e população itinerante circense.

A Portaria de Consolidação n.º 02/2017, no que compete a política de promoção da equidade em saúde normatizam quatro políticas específicas: a Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA); a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

A PMF prioriza a temática da equidade entre os eixos estratégicos do Plano Plurianual de Fortaleza de 2026-2029, no que se refere a atuação para redução das desigualdades sociais e em prol da inclusão. O eixo sobre equidade social e territorial objetiva a redução das desigualdades sociais, visando à diminuição da extrema pobreza e da fome e a promoção da equidade para grupos de pessoas mais vulneráveis. Além disso, o eixo sobre acolhimento inclusivo e qualidade nos serviços municipais, tem como pilares: a inclusão e o bem-estar de grupos mais vulneráveis como população em situação de rua e LGBTQIAPN+.

Considerando a vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, destaca-se que o governo federal, por meio do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, desenvolveu o Relatório Técnico – População em Situação de Rua (Brasil, 2023), que revelou os desafios estruturais atualmente enfrentados por esse segmento.

Conforme os dados do referido Relatório, em 2022 existiam 236.400 pessoas em situação de rua, cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), número que equivale a 1 em cada 1.000 habitantes do Brasil em situação de rua. Ressalta-se que tais dados contemplam as pessoas com documentação e registro civil regularizados, apontando para um possível número real, maior que o apresentado (Saraiva, Barros, Noronha, 2026).

O referido Relatório apresenta algumas demarcações referentes ao perfil, principais violências sofridas, oferta e abrangência dos serviços de saúde e socioassistenciais, que possibilitou a identificação de dinâmicas desafiadoras que persistem no país. Dentre essas, destacam-se algumas para a reflexão sobre essa temática, tais como os 10 municípios com maior número de pessoas em situação de rua, que juntos concentram aproximadamente 48% dessas pessoas: São Paulo (SP) 53.853, Rio de Janeiro (RJ) 13.566, Belo Horizonte (MG) 11.826, Brasília (DF) 7.924, Salvador (BA) 7.909, Fortaleza (CE) 7.909, Curitiba (PR) 3.477, Porto Alegre (RS) 3.189, Campinas (SP) 2.457 e Florianópolis (SC) 2.020. Entre esses municípios, São Paulo registrou uma pessoa em situação de rua superior à população total de 89% dos municípios do país. Conforme dados do Relatório, Fortaleza é a segunda capital do Nordeste com maior quantidade de pessoas em situação de rua, ficando atrás de

Salvador (Brasil, 2023).

O município de Fortaleza figura entre os 10 municípios com maior número pessoas em situação de rua. Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, apontam que Fortaleza, no ano de 2024, apresentou a quinta maior população de rua no país, com 8.404 pessoas vivendo nessa situação, gerando acréscimo desde os dados oficiais apresentados do último relatório oficial em 2022 pelo Ministério do Desenvolvimento Social.

Em relação ao dimensionamento no âmbito nacional, o perfil das pessoas em situação de rua, de acordo com o Relatório publicado em 2023, se apresenta majoritariamente masculino (87%), adulto (55% têm entre 30 e 49 anos) e de pessoas negras (pardas - 51%; pretas - 17%). A maioria sabe ler e escrever (90%) e 68% esteve empregado com carteira assinada (Saraiva, Barros, Noronha, 2026).

Os dados ainda indicam que, referente aos processos de escolarização e inserção no mercado de trabalho, 10% das pessoas em situação de rua cadastradas no país são analfabetas, com percentuais mais elevados no Nordeste (19%) e os mais baixos no Sul (7%). Quanto à participação no mercado de trabalho, 14% declararam ter trabalhado na semana anterior do levantamento dos dados. Os maiores percentuais foram apresentados nas Regiões Norte (25%) e Nordeste (21%), e o menor percentual na Região Sul (12%). Aos que declararam exercer alguma atividade, 97% desenvolveram atividades por conta própria, em trabalhos informais ou autônomos, compreendendo catação de materiais recicláveis (17%) como principal fonte de renda. No que se refere ao emprego formal como atividade desenvolvida em algum momento da vida, a proporção mais elevada concentra-se na Região Sudeste (79%), enquanto a Região Norte apresenta o menor índice (36%), revelando desigualdades regionais nas oportunidades relacionadas a esse segmento (Saraiva, Barros, Noronha, 2026).

Quanto aos dados do estado do Ceará, em consonância com os dados nacionais, o perfil das pessoas em situação de rua é semelhante. O Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com População em Situação de Rua da UFMG, elaborou o Informe Técnico: Perfil da População em Situação de Rua no Estado do Ceará, em dezembro/2023, quando foi identificada uma população estimada de 10.550 pessoas em situação de rua no Estado. Quanto ao quesito raça/cor, observou-se que a predominância é de pessoas negras, representando 8.750 do total de pessoas referentes ao estado do Ceará. Em referência ao

gênero das pessoas em situação de rua, no Ceará, observa-se que a maioria é composta por homens (9.083) e 1.467 mulheres. As faixas etárias predominantes situam-se entre 18 e 39 anos (4.709 pessoas) e 40 e 59 anos (4.785 pessoas), indicando uma concentração significativa de adultos em idade produtiva. Referente aos processos de escolarização, a maioria das pessoas relatou ter ensino fundamental incompleto (4.080), seguida por aquelas sem instrução (2.050), com ensino médio completo (1.706) e ensino fundamental completo (1.443), evidenciando baixos níveis de escolarização nesse segmento populacional (Saraiva, Barros, Noronha, 2026).

No Ceará a cidade que mais concentra a população em situação de rua é a capital Fortaleza, com população de 8.222, número que corresponde a 77,93% do total do Estado. Esse fato evidencia a centralização desse fenômeno nas áreas urbanas de maior porte e dinâmica socioeconômica (Saraiva, Barros, Noronha, 2026).

Outro documento que tem similaridade tanto com o mapeamento nacional, quanto com o estadual é o Censo 2021 da População em Situação de Rua, da cidade de Fortaleza, que apresentou crescimento de 54,4% da população que vive em situação de rua, se comparado ao resultado de 2014. Em Fortaleza a distribuição espacial das pessoas em situação de rua ocorre: Secretaria Executiva Regional 12 (SER 12), com 36,7% das pessoas recenseadas, seguida pela SER 2 e SER 4, com 17,9% e 15,3%, respectivamente. Somada a população em situação de rua dessas três Regionais alcança 69,9% da população em situação de rua da cidade.

Dados referentes a esse mapeamento demonstram que havia 1.462 pontos com a presença de pessoas em situação de rua, em 3,6% deles (53 pontos) foram encontradas crianças ou adolescentes acompanhadas de adultos e em 0,6% desses pontos (9 pontos), foram encontradas crianças ou adolescentes sozinhas. Quanto ao gênero, em Fortaleza a tendência é a mesma das apurações nacionais e estaduais: forte presença de homens (81,5%) com idade mediana de 31 a 49 anos, sendo estes 49,1% da amostra censitária. No que se refere ao quesito raça/cor/etnia 57,5% das pessoas entrevistadas se declararam pardas, 19,5% pretas, 19,4% brancas, 2,0% indígenas e 1,7% amarelas. A soma de pretos e pardos alcançou 77% da população em situação de rua na Cidade (Saraiva, Barros, Noronha, 2026).

Na pesquisa realizada pelo III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (LENUD) demonstra que Fortaleza expressa de forma contundente o

uso de drogas. A Capital também foi incluída no Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA), por concentrar áreas que frequentemente apresentam uso de drogas em público. Foram identificados e caracterizados nove territórios críticos na Cidade: Papicu (Lixão/Comunidade dos trilhos), Oitão Preto (Moura Brasil), Parangaba (Terreno Betel), dentre outros, analisando perfis dos usuários, padrões de consumo e determinantes socioeconômicos. Foi observado que nesses territórios havia confluência de fatores como a extrema pobreza, rupturas familiares, ausência de políticas habitacionais e insuficiência de redes de proteção social. Nesse contexto também se apresentam problemáticas, juntos a esses frequentadores, no campo da saúde, com índices que tangenciam: tuberculose (53,9%); HIV (61,2%); Sífilis (47,7%) e Hepatite B (36,2%) e Hepatite C (32,3%) entre a população da amostra da pesquisa (Saraiva, Barros, Noronha, 2026).

No campo psicossocial, as mulheres apresentaram maiores prevalências em todos os indicadores, com ideação suicida de 62,16%, frente a 27,5% entre os homens. O histórico de tentativa de suicídio foi referido por 54% das mulheres, em comparação a 20% dos homens, enquanto comportamentos de autolesão foram relatados por 37,84% delas, contra 11,25% dos homens. A indicação de quadro psicótico (avaliado pelo relato de “ver ou ouvir coisas sem estar sob o efeito da droga”) foi mencionada por 35,4% das mulheres, frente a 21,2% dos homens (Leuca, 2021).

Em relação à população em situação de rua, a SMS vem trabalhando com a estratégia Consultório na Rua (CnR) desde 2017, inicialmente com uma única equipe composta por três enfermeiras, uma psicóloga e duas técnicas de enfermagem, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção integral em saúde para esse público, em articulação com a RAS. Em 2021 devido a baixa produção registrada, resultou na descontinuidade temporária do serviço. Em 2023, reconhecendo a ampliação expressiva da população em situação de rua e a necessidade de fortalecimento das estratégias de cuidado territorializadas, o Município retomou e ampliou a política do CnR, implantando cinco novas equipes. Com a reativação da equipe anteriormente inativa, Fortaleza passou a contar com um total de seis equipes de CnR. Atualmente, as equipes são compostas por médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, assistente social e psicólogo, garantindo maior resolutividade clínica, fortalecimento do cuidado psicossocial e ampliação da articulação intersetorial no território. O cadastro constante no Fast Medic, atualmente conta com 8.875 pessoas, evidenciando um aumento expressivo e reforçando a importância estratégica do



Consultório na Rua como dispositivo fundamental da Atenção Primária à Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial para a garantia do cuidado integral, equânime e contínuo a essa população em extrema vulnerabilidade.

A equidade em saúde como eixo estratégico da política de saúde é desenvolvida pela CORAPP que atualmente abrange as Células de Atenção Primária, Saúde Mental, Atenção Especializada e Saúde Bucal. Alinhada ao posicionamento do MS, a pauta direciona-se para APS para melhorar o acesso e proporcionar assistência qualificada, buscando as demandas específicas que necessitem de organização de Linhas de Cuidado que proporcionem o cuidado integral e a efetivação da longitudinalidade de cuidados, integrando os níveis assistenciais para a oferta de resposta às necessidades de atenção à saúde de cada população específica.

Até 2025, o município de Fortaleza realizou ações para os seguintes grupos vulnerabilizados:

- **População LGBTQIAPN+:** sensibilização de Articuladores Regionais sobre a pauta no sistema de serviços de saúde das CORES; articulação intersetorial com a Coordenadoria LGBTQIA+ para o desenvolvimento de ações formativas e de alinhamento de fluxos com o Centro de Referência Janaína Dutra; reorganização do GT de Saúde LGBTQIAPN+; apoio ao desenvolvimento das ações do ambulatório trans do Centro de Saúde Antônio Ciríaco; discussão de casos clínicos junto aos diversos serviços da saúde (APS, Atenção Especializada e Saúde Mental); participação no Conselho Municipal de Promoção dos Direitos LGBT+. As limitações dessa pauta incluem: a necessidade de ampliação de serviço ambulatorial para o processo transexualizador; fortalecer a atuação da APS e Saúde Mental para as demandas clínicas e psicossociais da população LGBTQIAPN+.
- **População negra:** promover a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), principalmente com a sensibilização junto aos serviços da APS, educação em saúde e o desenvolvimento de ações de Educação Permanente; aproximações intersetoriais com a Coordenadoria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da SDHDS, participação Conselho Municipal de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (CMPPIR).
- **População em Situação de Rua:** trata-se de um público em evidência que teve seu volume amplificado com as políticas macroeconômicas de gestões anteriores e estratégias incipientes do desenvolvimento de ações de Assistência Social e Direitos Humanos. A

elevação das pessoas em situação de rua ou em superação de rua aponta para necessidades específicas para as quais a SMS tem como estratégia principal: CnR.

Até o final de 2025, o município de Fortaleza contava com 06 (seis) CnR, distribuídos por CORES e organizados em horários de trabalho diferenciados (7h às 13h ou 13h às 19h) conforme a orientação/situação do território, potencializando o acesso da população aos serviços de saúde.

Analizou-se o modo de trabalho, as limitações de acesso ainda existentes, desenvolvendo-se alinhamentos com a Organização da Sociedade Civil, sendo a instituição contratada responsável pelo desenvolvimento das ações deste serviço.

▪ **Adolescentes em conflito com a Lei:** o desenvolvimento de ações para esse público é complexo pois, os adolescentes em medida socioeducativa podem ser encontrados em diversas condições: meio aberto, meio fechado e semifechado, cada um apresentando necessidades comuns e específicas, gerando múltiplos planejamentos para a promoção eficaz da saúde física e psicossocial. O trabalho da saúde sobre essa temática envolve a necessidade de estruturar um diálogo amplo sobre violências, territórios e famílias que são essenciais para o desenvolvimento de ações e práticas empáticas e menos estigmatizantes.

Em 2025, ações foram desenvolvidas: parceria entre Saúde Mental e APS para estruturação das equipes da PNAISARI que atuam sobre a demanda de adolescentes em sistema fechado; promoção sistemática de ações de Educação Permanente sobre os modos de atuação junto aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa em meio fechado, proporcionando uma articulação com o território e *tecendo* a transição de cuidados ampliados em saúde em liberdade; acompanhamento pela APS e Saúde Mental de adolescentes em abrigos; desenvolvimento de ações formativas com os profissionais dos serviços de saúde, com discussão de casos clínicos de situações de maior complexidade; e ações intersetoriais com a educação, por meio do PSE, com temáticas sobre Saúde Mental, álcool e outras drogas, violência e projetos de vida são abordados com adolescentes em meio aberto.

No que se refere a atuação intersetorial, evidencia-se a articulação e participação em discussões com a área de Segurança Cidadã para a discussão integrada das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado dessa população.

A principal limitação identificada e comum ao acompanhamento das diversas populações alvo da Política de promoção da equidade em Fortaleza ainda é a produção de

informações específicas relacionadas ao cuidado. Existem dificuldades na qualidade do cadastro dos públicos junto ao sistema informatizado de Prontuário; limitações na interoperabilidade para tratamento dos dados e no acesso eficiente de informações do sistema, tornando pouco funcional o resgate das informações relacionadas aos diversos grupos que compõem a pauta da equidade.

Assinala-se a necessidade de avançar na abordagem às populações cigana/romani; e migrantes, refugiadas e apátridas. Estudo desenvolvido em 2024, que envolveu o município de Fortaleza, apontou para um número expressivo de contratações de migrantes internacionais, com aproximadamente 1.032 migrantes na capital (Ribeiro, Bomtempo, 2024), em especial, a situação de migrantes, refugiados e apátridas merecem vigilância considerando o atual contexto de tensão na América Latina.

7.2.2 Saúde Mental

A APS é um ponto estratégico para a RAPS sob uma ótica de cuidado em liberdade. A Saúde Mental na APS é representada por cinco elementos estratégicos: i) a inclusão orgânica do cuidado às pessoas que enfrentam situações psicossociais que geram sofrimentos psíquicos ou o uso de substâncias psicoativas na agenda da eSF (organizada como agenda específica para Saúde Mental), ii) Atenção à Saúde Mental no trabalho das eMulti; iii) Saúde Bucal; iv) Consultórios na Rua; v) Matriciamento.

7.2.2.1 Agenda de Saúde Mental na APS

A agenda da APS é compreendida como um dispositivo polissêmico. Nessa lógica, a Saúde Mental atualmente está organizada de forma mais evidente na APS na dimensão de atendimentos individuais. Como parte da semana padrão das UAPS, as pessoas podem agendar atendimento para necessidades que envolvam questões relacionadas a Saúde Mental e o acesso aos territórios para o cuidado das situações: avaliação e continuidade de processos assistenciais que envolvam a farmacoterapia; a identificação de sinais e sintomas de sofrimento, com a devida qualificação da sintomatologia e diferenciação das questões em que a Saúde Mental se apresenta como nível principal de exigência de cuidado; e prevenção em Saúde Mental, com abordagens individuais de contingência às situações contextuais que podem evoluir para condições mais complexas da Saúde Mental e uso problemático de álcool e outras drogas.

Ainda observa-se desafios para o acompanhamento gerencial desses atendimentos. Entre os fatores desafiadores, cita-se: o sistema informatizado atualmente utilizado pela SMS (*Fast Medic*) que necessita ajustes para apresentar dados mais acessíveis sobre os atendimentos e a sensibilização dos profissionais das UAPS para a devida identificação dos atendimentos, para qualificar o banco de dados do sistema informatizado.

Esses eixos de atuação são fundamentais para que seja possível obter informações de qualidade sobre o atendimento de Saúde Mental na APS e planejar o direcionamento das ações, principalmente de forma preventiva e com a potência que a capilaridade de 559 equipes de Atenção Básica (e com projeção de ampliação) pode ofertar.

7.2.2.2 O eixo Saúde Mental no trabalho das eMulti

O município de Fortaleza conta com 19 Assistentes Sociais, 23 Psicólogos e 07 Terapeutas Ocupacionais nas eMulti da APS. Esse é conjunto de profissionais identificados com maior competência para atuar sobre demandas psicossociais nesse ponto de atenção à saúde.

O ano de 2025 representa mais um marco político de normatização dessa estratégia com a publicação da Portaria GM/MS n.º 7.605 de 21 de julho de 2025, pela qual o MS detalha os aspectos financeiros relacionados ao Programa, como o repasse mensal fundo a fundo e os valores orçamentários para o custeio das eMulti em 2025 e 2026, ligando-se à Portaria n.º 635/2023 que institui as equipes, definindo suas modalidades – eMulti Ampliada, Complementar e Estratégica e cria o incentivo financeiro federal para sua implementação, custeio e desempenho.

As eMulti potencializam a APS na abordagem à Saúde Mental principalmente com o desenvolvimento de ações de promoção da Saúde Mental nos territórios e atividades coletivas em múltiplas abordagens. Além disso, as eMulti ainda se apresentam como um apoio na qualificação das discussões de casos, atendimentos individuais para situações de urgência na APS e o desenvolvimento de práticas intersetoriais que potencializem a organização de cuidados entre pontos da Rede, a qualidade de vida e o bem viver.

Considerando a atual situação do volume de equipes e modo de trabalho da eMulti no Município, os desafios se apresentam desde a implantação das equipes, a organização e o gerenciamento/monitoramento do trabalho das equipes para subsidiar a análise de impacto na saúde da população.

7.2.2.3 O eixo Saúde Mental no trabalho da Saúde Bucal

A Saúde Bucal e a Saúde Mental estão intimamente relacionadas, cuja relação exemplifica-se por meio da negligência no autocuidado, desgastes dos dentes devido ao estresse e ansiedade, dores musculares tensionais, boca seca devido uso de medicamentos, desgaste do esmalte dos dentes relacionados a transtornos alimentares, baixa autoestima e de imagem corporal devido perda dos dentes, isolamento devido à dificuldade de comunicação com a perda de dentes, alterações de humor devido dores e desconfortos;

Em 2025, o projeto “Entre o sentir e o sorrir” foi desenhado com foco na sensibilização e estruturação de fluxo de melhoria do acesso das pessoas acompanhadas nos CAPS para o cuidado em Saúde Bucal, envolvendo ações de prevenção relacionadas a higiene bucal, apoio na recuperação do sorriso e sobretudo ao rastreamento de lesões de CA de boca.

7.2.2.4 O eixo saúde mental no trabalho dos CnR

As pesquisas relacionadas ao CadÚnico para o ano de 2024 indicaram que o município de Fortaleza apresentava 10.045 pessoas em situação de rua, posicionando-o entre as cinco capitais do país com maior número de pessoas nessa condição.

O acesso desse público ao SUS se apresenta como um desafio face à singularidade das demandas que apresentam, ao modo como se organizam na cidade e às dificuldades estruturais que envolvem o acesso às políticas públicas para populações vulnerabilizadas.

Os CnR são uma estratégia de ampliação de cuidado na APS que historicamente está relacionada à Saúde Mental. A mudança ocorrida com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011, institucionalizou os CnR e viabilizou a ampliação do escopo de cuidados integrais oferecidos no atendimento *in loco* para o público de pessoas que se encontram sem situação de rua.

A Saúde Mental continua sendo uma dimensão importante do cuidado nos CnR, pois a condição de rua representa específicos riscos e vulnerabilidades que estão intimamente ligados aos sofrimentos psíquicos e uso problemático de álcool e outras drogas. Nesse sentido, os serviços com a proposta de atendimento na rua representam ampliação de acesso à saúde e potencializam o acompanhamento de demandas complexas da Saúde Mental.

Em 2025, o município de Fortaleza dispunha de seis equipes de CnR, sendo uma em cada CORES, e tem sido desenvolvidas aproximações do coletivo que representa as pessoas em situação de rua para identificar os alinhamentos necessários entre serviços ofertados e demanda, as necessidades de ampliação dessa estratégia, assim como para planejar com base em novas demandas.

7.2.2.5 Matriciamento em Saúde Mental

O matriciamento representa a ação estratégica de qualificação do cuidado integral e longitudinal da Saúde Mental que articula as equipes de APS e as equipes dos CAPS. Trata-se de um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Por meio do Matriciamento, busca-se auxiliar os cuidados de saúde dos usuários do território que apresentam algum sofrimento mental e ou em uso abusivo de álcool ou outras drogas, distinguindo-se do modelo tradicional de atendimentos individualizados, caracterizado por ações desagregadas entre as diferentes categorias profissionais e entre serviços. Dessa forma, os matriciamentos nas UAPS visam melhorar o acesso e a resolubilidade da APS em relação às demandas de Saúde Mental, principalmente de situações que demandem atividades de promoção e prevenção de complicações através da abordagem em tempo oportuno.

Nesse sentido, o Matriciamento foi instituído como um indicador estratégico de acesso e qualidade de assistência em Saúde Mental. O Quadro 2 mostra o desenvolvimento do indicador no período de 2022 a 2025.

Quadro 2 - Percentual da meta e do resultado alcançado referente às ações de Matriciamento sistemático realizado por CAPS. Fortaleza, 2022 a 2025

Ano	Meta	Alcançado
2022	50%	66,66%
2023	60%	68,75%
2024	65%	81,25%
2025	70%	81,25%

Fonte: SMS/*Fast Medic*.

Observa-se que os resultados alcançados em relação ao Matriciamento superaram a meta em todos os anos, com o primeiro resultado representando quase a meta final estabelecida. Ao final de 2025 alcançou-se o número de 13 CAPS realizando pelo menos 12 ações de Matriciamento/ano. Além disso, serviços como o CAPS Geral e CAPS AD da CORES I que estavam sem realizar ações de apoio matricial desde o final de 2024, retomaram suas ações, assim como o CAPS Geral e CAPS AD da CORES VI, demonstrando um cuidado em saúde mental territorial e colaborativo.

A partir da análise sobre as ações matriciais, da observação de referenciamentos de situações com perfil inadequado para serviços especializados de Saúde Mental, da dificuldade apontada pelos profissionais matriciadores em efetivar ações matriciais em algumas UAPS e das questões de resistência da continuidade do cuidado em Saúde Mental por algumas eSF, compreende-se a necessidade de repensar os modos de construção da relação do apoio matricial e de avançar no indicador do Matriciamento, não apenas considerando quantitativamente o alcance de 100% de serviços realizando encontros matriciais, mas em especial, qualitativamente, em encontros potentes que amadureçam os cuidados preventivos e a corresponsabilidade com a Saúde Mental no território.

Portanto, considerando o modelo de estruturação da RAPS enquanto Rede Temática prioritária eleita pelo MS, que propõe uma visão conforme a organização dos cuidados na APS, Atenção Especializada, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, discorre-se sobre a Saúde Mental nesses pontos de atenção da Rede.

7.2.3 Atenção Primária à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Para que a Saúde Mental alcance o cuidado em liberdade preconizado pela Política Nacional, faz-se necessário aproximar os modos de produção de vida-saúde-cuidado que se desenvolvem nos territórios, para além do cuidado técnico produzido na institucionalidade de serviços de saúde.

Os cuidados profissionais da APS são imprescindíveis, destacando-se a importância de visibilidade do cuidado em saúde mental nas agendas dos profissionais das UAPS, do trabalho em parceria com as equipes do CnR, da parceria com a Saúde Bucal e a presença de profissionais do Núcleo da Saúde Mental nas eMulti.

Destaca-se ainda o Matriciamento como uma estratégia que exige efetivamente da articulação e participação autêntica dos profissionais dos serviços para a construção de

saberes e práticas que qualifiquem a promoção e prevenção de situações de sofrimento mental, evitando seu agravamento ou cronificação.

No que compete ao conjunto dos dispositivos especializados da Saúde Mental que se direciona para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, acrescenta-se os Centros de Convivência (CECO), os quais durante muito tempo estiveram desenhados na Política Nacional e, desde 2024, passaram por regulamentação, com previsão de financiamento federal, a partir da Portaria GM/MS n.º 5.738 de 14 de novembro de 2024.

Esta Portaria define o CECO como um ponto estratégico de atenção de Saúde Mental que complementa e potencializa ações de cuidados em saúde por meio do desenvolvimento do potencial criativo e produtivo, o fortalecimento de laços sociais e o acesso a direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade social, em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Apresenta-se as Ocas Comunitárias e sua importância na ampliação dos espaços de cuidado e desenvolvimento da convivialidade e relação com as diferenças através do acolhimento e cuidado instrumentalizado pelas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A posição atual desse ponto de atenção tem limitações no que se refere ao seu cofinanciamento nacional, refletindo barreiras para o desenvolvimento de atividades.

A gestão da Saúde Mental vem mantendo, no que se refere a este eixo de atuação, dois projetos de fomento às práticas de cuidado de Saúde Mental territorial: um no Bom Jardim, por meio do Movimento de Saúde Mental (MSM); e outro no Pirambu, por meio do Projeto 4 Varas. Destes, o Projeto do MSM encontra-se ativo e observou-se que o Convênio com o Projeto 4 Varas não foi renovado em 2024.

7.2.4 Atenção Especializada em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

A Atenção Especializada em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas envolve uma ampla integração de serviços e abordagens para demandas específicas que envolvem os públicos-chave da RAPS.

No que compete à estrutura de serviços especializados da RAPS, tem-se os CAPS (em suas diversas modalidades), as UA (em suas diferentes modalidades) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (em suas diferentes tipologias). A nova gestão municipal de Fortaleza assume com uma cobertura de serviço CAPS com índice de 0,65, abaixo dos 0,7 pactuados no Plano Municipal de Saúde anterior.

Observou-se uma precarização estrutural dos serviços que vem sendo abordada com a melhoria das condições estruturais dos equipamentos, chamamento de novos servidores para aporte aos serviços, planejamento de insumos para atividades terapêuticas, entre outros.

Historicamente, a RAPS de Fortaleza no período de 2005 a 2012 ampliou os CAPS para uma estrutura de 06 CAPS Gerais (um por CORES e entre eles um na modalidade de funcionamento 24h), 06 CAPS AD tipo II e 02 CAPS infantojuvenil. O crescimento da Rede CAPS entre 2013 e 2025 envolveu apenas a abertura de 01 CAPS AD tipo II (do Centro da cidade) e 01 CAPS infantojuvenil, além da mudança de modalidade de alguns serviços.

Em 2025, a Rede de serviços CAPS está organizada: 06 CAPS gerais (um por CORES) e com processo de mudança de modalidade de dois desses serviços para tipo III (24 horas); 07 CAPS AD, posicionados com representação em todas as CORES, estando dois funcionantes na modalidade 24horas, um em processo de ajuste para voltar a funcionar 24horas, e um no Centro com foco maior no acolhimento e cuidado de pessoas em situação de rua; e 03 CAPS infantojuvenil, cada um referenciando a população infantojuvenil de duas CORES.

No conjunto de serviços de funcionamento 24horas, o Município conta no momento com 20 vagas de acolhimento noturno para situações biopsicossociais que envolvem o uso problemático de álcool e outras drogas, sendo um espaço de curta permanência, até 10 dias, aponta-se para situações clínicas que precisam de apoio sem complexidade clínica que demande de Atenção Hospitalar ou principalmente de suporte psicossocial relacionado a espaço protegido de supervisão de cuidado e abrigo. Projeta-se seu aumento para 30 vagas relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas, assim como 20 vagas para situações de transtorno mental geral quando for finalizada a reforma e readequação inicial da Rede CAPS. Tais espaços são fundamentais para promover fluxo de cuidado na interrelação com as demandas de urgência/emergência e hospitalares relacionadas à RAPS.

A meta estabelecida no Plano Municipal de Saúde anterior para o número de atendimentos de serviços CAPS foi de 300/dia, representando, com base nos dias úteis mensais, o total de 79.200 atendimentos anuais por serviço e 1.267.200 atendimentos anuais por toda a Rede CAPS. Considerando a projeção baseada nos dados do último semestre de 2025, foi realizado aproximadamente 280.000 atendimentos individuais, sem considerar os atendimentos coletivos e ações de atendimento territorial, que incluem

visitas domiciliares, visitas intersetoriais para articulação de casos clínicos, ações matriciais, entre outros.

Observou-se a partir deste dado a necessidade de discutir sobre o modelo do sistema informatizado de Prontuário utilizado pela Saúde Mental e sua adequabilidade e usabilidade para as ações desenvolvidas pelos equipamentos da Rede, além de melhorar a organização gerencial dos serviços para garantir a adequada qualidade de dados para levantamentos de informações para o desenvolvimento dos planejamentos na Saúde Mental e o estudo da meta estabelecida com base na atual constituição dos serviços (incluindo de modelo assistencial).

Avançando para os equipamentos UA, o Município conta com quatro destes serviços dos quais dois estão em funcionamento. O processo de reformas e manutenção dos serviços associado à requalificação da Rede, aponta para reativação das duas UA atualmente inativas, uma das quais infantojuvenil.

Estes equipamentos são importantes no contexto do cuidado em Saúde Mental em liberdade atendendo a um público específico que necessita continuidade de cuidado de baixa complexidade e que demandaria bloqueio de leitos hospitalares (de maior custo, além de maior efetividade para as situações de crise), tanto quanto das vagas em acolhimento 24horas (previstas para situações de mais curto prazo).

Por fim, existem quatro Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), localizados: dois na CORES I, um na CORES II e um na CORES V. Estes serviços foram estruturados como estratégia para o avanço no fechamento dos leitos em hospital psiquiátricos, garantindo moradia para reabilitação psicossocial às pessoas que se encontram em internação de longa permanência com grave fragilização ou inexistência de vínculos familiares.

Observa-se uma demanda para ampliação de SRT que possam garantir o esgotamento da fila de pessoas desse serviço que precisam avançar em sua desinstitucionalização, a partir do ponto inicial de desospitalização.

O CAPS tem emergido como a principal estratégia para transformação do modelo asilar de assistência à Saúde Mental e para a garantia de direitos aos usuários, pois tem se constituído na Rede como "serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base das ações multiprofissionais" (Tavares; Sousa, 2009).

Em relação à abordagem da Saúde Mental especializada, existem demandas e movimentos que precisam avançar: educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais na Saúde Mental (formações de eixos e temáticas específicas, assim como supervisão clínico-institucional); discutir as questões de violência que atravessam a Saúde Mental; reabilitação psicossocial envolvendo programa articulado envolvendo território, culturas e artes; discutir elementos atuais envolvidos com sofrimento/transtorno mental, a exemplo do uso de telas e proliferação dos jogos de azar digitais; planejamento para minorar o número de judicializações na Saúde Mental; garantir o cuidado em Saúde Mental para pessoas em privação de liberdade; atuação frente às demandas de populações vulnerabilizadas.

7.2.5 Urgências e Emergências na Saúde Mental

As urgências na Rede de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas constituem um amplo leque de situações que envolvem agravos à saúde de natureza psiquiátrica e clínicas.

Dessa forma, a integralidade do cuidado proposto nesta Rede pode envolver clássicas alterações psíquicas ou comportamentais que indiquem risco iminente à integridade física do indivíduo, de pessoas em contato com este ou ao meio em que se encontre. Destaca-se que tais condições podem ser de natureza exclusivamente psiquiátrica ou envolver a clínica geral ou neurológica.

Além disso, outras alterações de natureza clínica podem advir de múltiplos processos que envolvam o uso problemático de álcool ou outras drogas; quer na intoxicação aguda, como também nas alterações clínicas advindas do modo de uso das substâncias de abuso e ainda do processo de desintoxicação, principalmente relacionados a substâncias específicas.

A Política Nacional de Urgências define que a atenção às crises psiquiátricas é de competência do SAMU. Do mesmo modo, a Portaria de Consolidação n.º 3/2017 apresenta a Rede de Atenção às Urgências e Emergências sob responsabilidade integrada de pontos de atenção que envolvem o SAMU, Centrais de Regulação Médica das Urgências, as UPA 24h e o Componente Hospitalar.

Observa-se dificuldade no atendimento às demandas de urgência e emergência em Saúde Mental associados a algumas questões, como: baixa comunicação entre os equipamentos de cuidado continuado em Saúde Mental e a RUE; desalinhamento de fluxos

e protocolos entre serviços pré-hospitalares e equipamentos de cuidado continuado da Saúde Mental (CAPS, CAPS 24h, UA); necessidades de formação para o atendimento e o manejo necessário para cada situação de crise; incipiência no número de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais para garantia do modelo preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental; gerenciamento de demandas que tendem a invisibilizar/minorar as demandas de Saúde Mental na RUE.

7.2.6 Atenção Hospitalar na Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

A Atenção Hospitalar é um componente importante para a RAPS face a necessidade de planejamento para abordagem e cuidado em relação às crises em Saúde Mental, de natureza psiquiátrica ou clínica, principalmente pelo uso problemático de álcool e outras drogas, são um desfecho que não podem ser desconsiderados e que precisam de planejamento para abordagem e cuidado.

Esse componente é ainda mais relevante para a Política de Saúde Mental ao se planejar a reversão de modelo assistencial com extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos ou proibição de internação em instituições com modelo asilares, conforme determinam a Lei n.º 10.216/2001 e a Lei n.º 12.151/1993.

Reforça-se que a RAPS, em 2025, mostrou capacidade para absorver seus munícipes que se encontravam em internação como cumprimento de pena no extinto Instituto Psiquiátrico Governador Estênio Gomes, ocorrido em resposta a Resolução n.º 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que determina o fechamento de instituições de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil e orienta o tratamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei pelo SUS. Cumpre ressaltar que a instituição não se encontrava sob gestão municipal.

O último marco efetivo do município de Fortaleza no que se refere ao fechamento de hospital psiquiátrico ocorreu em março de 2013, com o extinto Hospital Psiquiátrico Mira y López, não se conseguindo avançar na qualificação da Rede e constituição de todos os pontos e fluxos necessários que garantissem o fechamento dos dois últimos hospitais psiquiátricos com contratualização de leitos com o SUS.

Com base nisso, os dados disponíveis apontam que, em 2024, foram identificadas 1.927 internações por transtornos mentais e comportamentais e 31.521 pacientes que realizam acompanhamento nos CAPS.

Durante o ano de 2025, o Município apresentou problemas com o fornecimento dos 10 leitos contratualizados com a Santa Casa de Misericórdia para demandas de desintoxicação em casos de uso problemático de álcool e outras drogas. Além disso, conta-se ainda com 10 leitos de Saúde Mental no HDGMJW para a demanda de pessoas adultas e 25 leitos contratualizados com Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI) para demanda de crianças e adolescentes.

Identifica-se a necessidade de avanço na quantidade de leitos em serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, assim como dos leitos de Saúde Mental em hospital geral para necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Portaria de Consolidação n.º 1/2017 indica a necessidade de 01 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes.

Nos últimos anos, foram realizadas ações para aprimorar o atendimento dos usuários, relacionadas ao objetivo de diminuir o número de internações daqueles acompanhados pelos CAPS. Algumas delas incluíram ações para integração entre hospitais, UPA 24h e CAPS e planejamento para ampliação de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais.

As ações para integração entre hospitais, UPA 24h e CAPS são importantes para promover uma melhor coordenação e comunicação entre essas instituições, visando a otimização do fluxo de pacientes e a garantia de um atendimento mais eficiente e integrado.

O planejamento para ampliação de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais é uma medida relevante que está alinhada a reforma psiquiátrica, de forma a prestar um cuidado mais adequado às pessoas que necessitam de cuidados hospitalares. Essa ampliação visa proporcionar um maior acesso aos cuidados de Saúde Mental em um ambiente hospitalar adequado, garantindo um tratamento mais abrangente e especializado aos usuários.

7.3 Rede de Atenção à Saúde Bucal

A RASB organiza, no âmbito do Brasil Sorridente, as ações e serviços de Saúde Bucal nos diferentes níveis de atenção do SUS. Instituída pela Portaria GM/MS n.º 6.213, de 19 de dezembro de 2024, que incluiu o Anexo VII na Portaria de Consolidação n.º 3/2017, a RASB estabelece objetivos, princípios, diretrizes e sua estrutura operacional.

O marco legal do SUS — Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, regulamentadas pelo Decreto n.º 7.508/2011 — fundamenta a regionalização, a articulação interfederativa e a organização dos pontos de atenção, assegurando a continuidade do cuidado e a governança integrada.

7.3.1 Enquadramento normativo e diretrizes operacionais

A RASB integra a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada Ambulatorial, a Atenção Hospitalar/Urgência e os serviços de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico.

Os princípios estruturantes da RASB incluem: integralidade, acessibilidade, equidade, ética e humanização, clínica centrada na pessoa, protocolos clínicos e critérios regulatórios, saúde digital/teleodontologia, educação permanente, segurança do paciente e governança sistêmica.

No município de Fortaleza, esse arranjo orienta a coordenação do cuidado pela APS e a ativação qualificada das retaguardas especializada e hospitalar.

7.3.2 Organização da RASB no município de Fortaleza

- **APS:** base territorial do cuidado e porta de entrada do sistema. O Município possui 134 UAPS, das quais 132 contam com Saúde Bucal em funcionamento, totalizando 355 eSB distribuídas nas CORES. A APS realiza acolhimento, estratificação de risco e necessidade, ações de promoção e prevenção, cuidado clínico programado e urgência diurna. Em UAPS selecionadas, funcionam dispositivos voltados à primeira infância (Bebê Clínica/UAPI) que reforçam a atenção precoce.
- **Atenção Especializada Ambulatorial:** retaguarda ofertada pelos quatro CEO (Floresta, Messejana, Nascente e Dr. Luiz Nogueira) com carteira que abrange: Endodontia, Periodontia, Estomatologia (inclusive biópsia), Cirurgia Oral, Dentística, Prótese e Odontopediatria, além do atendimento a PNE. A reabilitação protética conta com dois Laboratórios de Prótese Dentária (LPD) integrados à Linha de Cuidado.
- **Atenção Hospitalar:** retaguarda para procedimentos sob anestesia/sedação, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF)⁴ e manejo de intercorrências com suporte

⁴ CTBMF: especialidade odontológica que trata cirurgicamente problemas na boca, face, pescoço e estruturas craniofaciais, incluindo traumas, doenças, lesões e anomalias. Essa especialidade lida com extrações complexas, implantes e cirurgias ortognáticas para correção de deformidades faciais e reconstruções pós-traumáticas.

hospitalar, com vagas no IJF, Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Hospital Geral da Polícia Militar José Martiniano de Alencar, HGF e Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara (HGWA), acessadas por regulação municipal.

- **Urgência Odontológica:** as urgências odontológicas estão sob gestão estadual (SESA/CE) e disponibilizam atendimento ininterrupto (24 horas) nos seguintes pontos de atenção: CEO Centro; CEO Joaquim Távora; UPA 24h Praia do Futuro, Canindezinho e José Walter. O escopo assistencial compreende dor aguda (pulpite), infecções odontogênicas/abscessos, traumas dentários, hemorragias e intercorrências pós-operatórias. As demandas eletivas seguem o fluxo regulado pela APS e pelos CEO.
- **Funções transversais:** o acesso é coordenado por módulo central de procedimentos (regulação eletrônica) integrado ao *Fast Medic*, assegurando registro, rastreabilidade e análise de tempos de resposta. As biópsias realizadas nos CEO são encaminhadas e analisadas em laboratórios das instituições parceiras (Universidade Christus - Unichristus e UNIFOR), com emissão de laudos e monitoramento de prazos. A qualificação da força de trabalho é sustentada por educação permanente, convênios de estágio com universidades com a Rede municipal e teleconsultoria para discussão de casos e apoio clínico-assistencial. Complementarmente, a Gerência de Saúde Bucal desenvolve as Trilhas de Educação Permanente em Saúde Bucal na ESPFOR e promove as Rodas do Sorriso junto às equipes, fortalecendo a participação, o cuidado centrado na pessoa e a humanização dos processos de trabalho.
- **Governança, processos regulatórios e informação clínica:** a Gerência de Saúde Bucal coordena a implementação da RASB e a padronização de fluxos, com referências por CORES para supervisão locorregional. A referência da APS para os CEO segue critérios clínicos pactuados e tramita por regulação eletrônica. Após a conclusão da intervenção especializada, a contrarreferência encaminha o usuário à APS com plano terapêutico e agenda de manutenção. O Prontuário Eletrônico na APS e os registros ambulatoriais asseguram rastreabilidade do percurso assistencial, monitoramento de tempos de resposta e transparência para a gestão e o controle social.

7.3.3 Carteira de serviços por nível de atenção

- **APS:** consultas programadas; urgência diurna; restaurações, incluindo ART;

raspagem/alisamento; exodontias simples; pré-natal odontológico; atenção à primeira infância (Bebê Clínica/UAPI); triagem de estomatologia; ações extramuros/domiciliares.

- **CEO:** Endodontia; Periodontia; Estomatologia (com biópsia); Cirurgia Oral; Dentística; Prótese; Odontopediatria; atendimento às PNE; suporte radiológico vinculado.
- **Hospitalar:** CTBMF; procedimentos sob anestesia/sedação; manejo de infecções cervicofaciais e complicações em ambiente com suporte hospitalar.

7.3.4 Infraestrutura, biossegurança e qualificação do cuidado

A Rede mantém cadeias de esterilização e suporte laboratorial integradas, com protocolos de biossegurança (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, Procedimento Operacional Padrão), rastreabilidade da esterilização e manutenção preventiva de equipamentos críticos (autoclaves, compressores, Raios X). As parcerias ensino-serviço e a educação permanente garantem atualização em estomatologia (detecção precoce), urgência/dor, reabilitação e atenção à Pessoa com Deficiência, com uso de teleconsultoria como estratégia de qualificação clínica e matriciamento.

7.3.5 Panorama e síntese situacional da RABS

A cobertura populacional estimada de eSB alcançou 51,9% no ano de 2025. Houve aumento de 41% na razão (0,37) entre tratamentos concluídos e primeira consulta odontológica programática em relação ao ano anterior (0,26). Em 23 de setembro de 2025, a fila regulada para reabilitação protética registrou 30.439 pessoas. Desse total, 18.340 aguardavam prótese parcial removível, 6.757 aguardavam prótese fixa unitária e 5.342 aguardavam prótese total.

Ressalta-se a existência de fila de espera no Setor de Regulação do Município para alguns procedimentos, tais como: radiografia panorâmica; consultas em CTBMF; prótese parcial removível superior e inferior; endodontia de molares; radiografia periapical; endodontia de pré-molares e endodontia de anteriores.

A configuração vigente da RABS demonstra capilaridade na APS (134 UAPS; 132 com Saúde Bucal; 355 ESB), retaguarda ambulatorial especializada instalada (04 CEO; 02 LPD) e suporte hospitalar referenciado (06 hospitais), articulados por protocolos e regulação.

Quadro 3 - Estruturas e funções da Rede de Atenção à Saúde Bucal de Fortaleza, 2025

Nível/Componente	Pontos de atenção e alcance	Capacidade estruturada	Função e responsabilidades
Atenção Primária à Saúde	UAPS com Saúde Bucal; dispositivos Bebê Clínica/UAPI	132 de 134 UAPS; 355 ESB	Porta de entrada e coordenação do cuidado; clínica centrada na pessoa; promoção, prevenção, cuidado programado e urgência diurna.
Atenção Especializada (Ambulatorial)	CEO: Floresta; Messejana; Nascente; Dr. Luiz Nogueira; suporte radiológico vinculado	4 CEOs; 2 LPD	Retaguarda ambulatorial especializada: Endodontia; Periodontia; Estomatologia (biópsia); Cirurgia Oral; Dentística; Prótese; Odontopediatria; atendimento à PNE.
Atenção Hospitalar (Alta complexidade)	IJF; Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza; HUWC; Hospital Geral da Polícia Militar José Martiniano de Alencar; HGF; HGWA.	6 serviços	CTBMF; procedimentos sob anestesia/sedação; manejo de complicações e infecções cervicofaciais com suporte hospitalar.
Urgência Odontológica (SESA/CE)	CEO Centro; CEO Joaquim Távora; UPA 24h Praia do Futuro; UPA 24h Canindezinho; UPA 24h José Walter	5 Serviços (Gestão estadual)	Dor aguda, infecções odontogênicas/abscessos, traumas dentários, hemorragias e intercorrências pós-operatórias.
Funções transversais (suporte)	Regulação central de procedimentos; prontuário eletrônico na APS; educação permanente; parcerias ensino-serviço; teleodontologia/teleapoio.	—	Organização do acesso; informação clínica e monitoramento; qualificação da força de trabalho; integração ensino-serviço e apoio à decisão.

Fonte: SMS/Gerência de Saúde Bucal.

7.4 A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

A Portaria n.º 793 de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde destinados às Pessoas com Deficiência, temporária ou permanente; progressiva, regressiva, estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

Entre os principais objetivos dessa Política destaca-se a ampliação do acesso e a qualificação do atendimento, bem como a promoção da inclusão e o fortalecimento dos vínculos das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e múltiplas e de suas famílias aos diferentes pontos de atenção da Rede. Busca-se, assim, assegurar a articulação e a integração entre os níveis de atenção à saúde, qualificando o cuidado por



meio do acolhimento e da classificação de risco. Esses princípios encontram respaldo na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015) que reafirma o direito à saúde, à autonomia e à participação social das pessoas com deficiência.

No município de Fortaleza, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência tem como porta de entrada a APS, composta por 134 UAPS. O acesso ocorre por meio do acolhimento e/ou agendamento de consulta. Após avaliação médica, quando identificada a necessidade de cuidado especializado, realiza-se o encaminhamento à Atenção Especializada, mediante inserção no Sistema de Regulação (SISREG), que direciona o usuário à especialidade e/ou serviço apropriado quer para avaliação inicial, acompanhamento ou reabilitação.

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no município de Fortaleza é composta pelos seguintes serviços:

- APS: 134 UAPS;
- Atenção Especializada: 04 Policlínicas; 05 Centros Especializados em Reabilitação (CER), sendo três habilitados (CER Tipo II Policlínica Dr. João Pompeu Lopes Randal (intelectual e físico); CER Tipo II NAMI (auditivo e intelectual); CER Tipo III NUTEP (intelectual, auditivo e físico) e dois em processo de habilitação (CER Policlínica Dr. Luiz Carlos Fontenele; CER – Policlínica Dr. José Eloy, com o Núcleo de Acompanhamento – Espaço Girassol);
- **Serviços Contratualizados (13):** Casa da Esperança; CIAR; IPREDE; Pestalozzi; Centro de Integração Psicossocial; Instituto Moreira de Sousa; Mão Amiga; Espaço Seres; APAE; Recanto Pedagógico; NAMI; NUTEP e CAVIVER;
- **Espaço Girassol:** 01 Centro de Diagnóstico, inaugurado em agosto de 2025; Núcleo de Acompanhamento - CER Policlínica Dr. José Eloy, inaugurado em setembro 2025.

A Rede também dispõe da oferta de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, cujo fluxo abrange o encaminhamento da APS para a Atenção Especializada, conforme a disponibilidade de vagas no SISREG, o usuário é direcionado à Rede Própria ou Contratualizada, de modo a garantir o atendimento específico conforme a deficiência identificada.

7.5 A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

As DCNT são definidas pela OMS como condições de saúde de longa duração, geralmente de progressão lenta, não transmissíveis entre pessoas, que requerem

acompanhamento contínuo, tratamento prolongado e ações permanentes de cuidado.

No âmbito do SUS, as DCNT configuram-se como prioridade de Saúde Pública, em razão de sua elevada prevalência, impacto na morbimortalidade, redução da qualidade de vida da população e sobrecarga dos serviços de saúde. Destacam-se, entre as principais DCNT: doenças cardiovasculares; cânceres; doenças respiratórias crônicas; diabetes mellitus. As DCNT estão fortemente associadas a fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool.

A organização do cuidado às pessoas com DCNT no município de Fortaleza ocorre por meio das RAS, com ênfase na APS como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede. A APS tem papel fundamental na identificação de fatores de risco, no diagnóstico precoce, na estratificação de risco, no acompanhamento longitudinal, na promoção do autocuidado e na articulação com os demais pontos de atenção.

Nesse contexto, o enfrentamento das DCNT visa promover a saúde e prevenir agravos, bem como garantir o acesso oportuno aos serviços de saúde, visando a redução de complicações, internações evitáveis e mortalidade prematura, contribuindo para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Na perspectiva do fortalecimento do atendimento aos pacientes portadores de condições crônicas, notadamente, de diabetes e hipertensão, o município de Fortaleza disponibiliza 07 Centros Especializados de Atenção ao Diabético e Hipertenso (CEADH).

Os CEADH foram criados para garantir o atendimento na Atenção Especializada para os pacientes hipertensos e diabéticos de alto e muito alto risco, estratificados na APS, disponibilizando atendimentos em endocrinologia, cardiologia, oftalmologia, enfermagem, nutrição, entre outros, de acordo com a necessidade dos pacientes.

Todos os CEADH contam com ambulatório de estomaterapia, destinado ao atendimento de usuários com diabetes mellitus classificados como de alto e muito alto risco cardiovascular, portadores de pé diabético, cuja complexidade assistencial excede a capacidade de resolução da APS.

O fluxo de encaminhamento ao CEADH consubstancia-se nos seguintes critérios:

1. Os diabéticos e hipertensos devem ser estratificados, periodicamente, pelos profissionais das UAPS de acordo com as Diretrizes Clínicas de Hipertensão e de Diabetes propostas pela SMS;
2. Os médicos das UAPS deverão solicitar os exames laboratoriais dos pacientes

classificados como alto ou muito alto risco. O agendamento destes exames deverá ser realizado de maneira prioritária na UAPS.

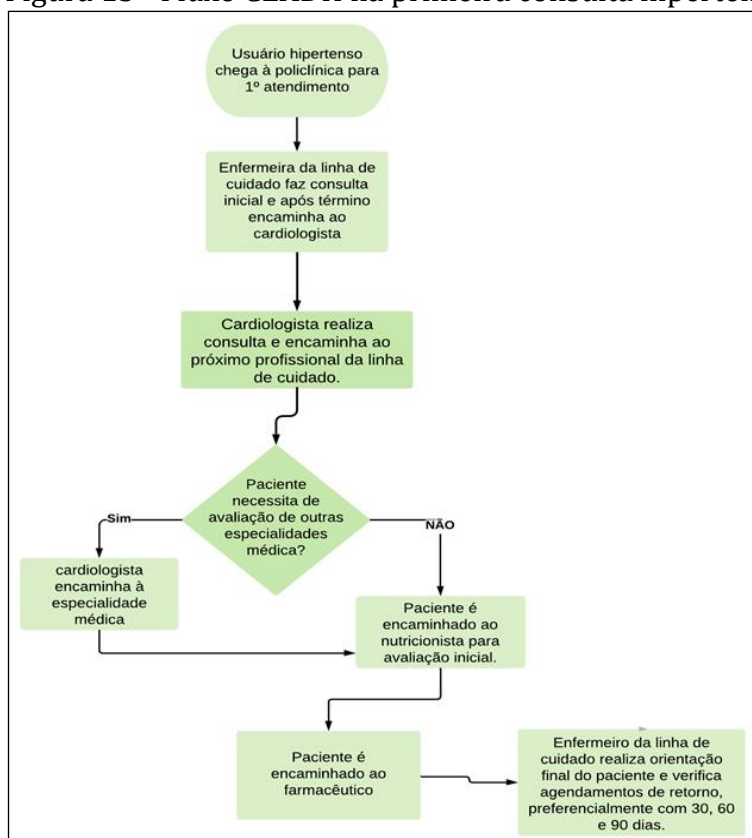
Os pacientes com diagnóstico de hipertensão, diabetes ou ambos os agravos (Figuras 15, 16 e 17, respectivamente) são avaliados e diagnosticados na UAPS em relação ao risco cardiovascular e, considerando a estratificação de risco, traçam-se os cuidados, conforme classificação a seguir:

- i) Baixo e médio risco: usuários permanecem na UAPS com atendimento preconizado pela Diretriz Clínica, por meio de atendimento médico e de enfermagem alternados e com frequência determinada.
- ii) Alto e muito alto risco: usuários são encaminhados aos CEADH, de acordo com a seguinte estratificação: hipertenso de alto e muito alto risco; diabético alto e de muito alto risco ou diabético e hipertenso de alto e muito alto risco.

As unidades que possuem atendimento especializado são:

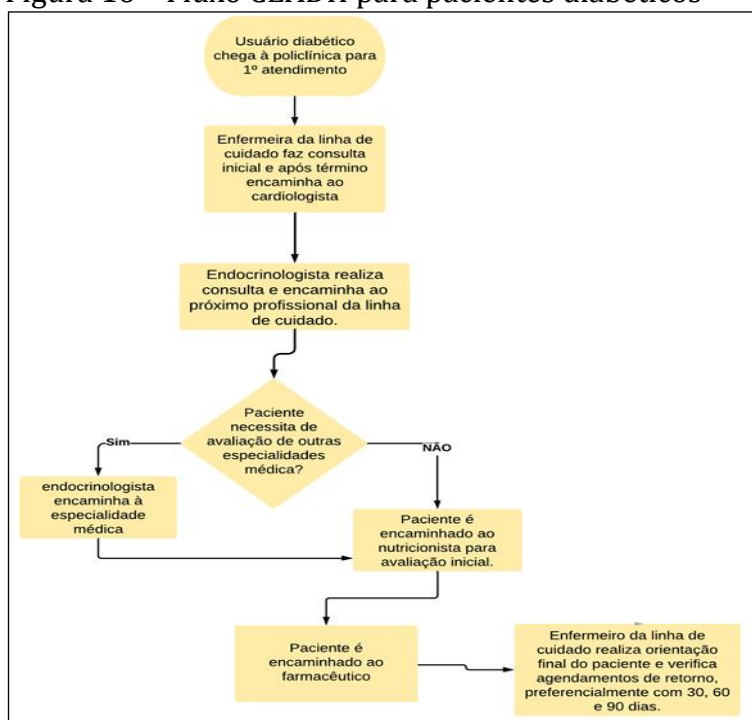
- a) CEADH Anastácio Magalhães;
- b) CEADH Frei Tito;
- c) CEADH Matos Dourado;
- d) CEADH Policlínica Dr. Lusmar Veras Rodrigues;
- e) CEADH Policlínica Dr. João Pompeu Lopes Randal;
- f) CEADH Policlínica Dr. Luiz Carlos Fontenele;
- g) CEADH Policlínica Dr. José Eloy da Costa Filho.

Figura 15 - Fluxo CEADH na primeira consulta hipertenso



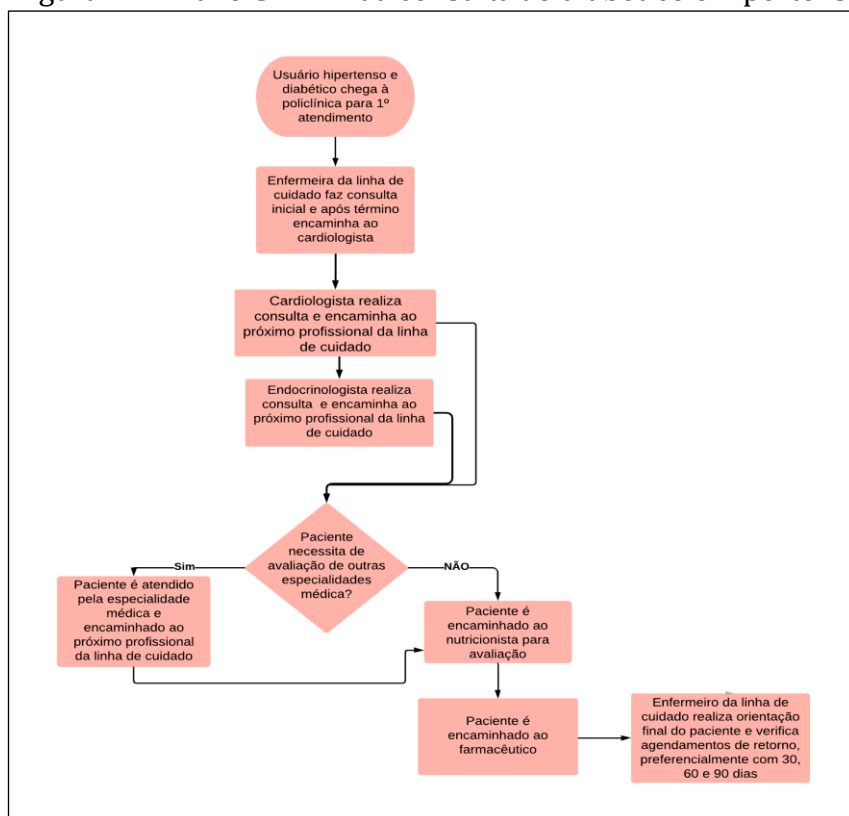
Fonte: SMS.

Figura 16 – Fluxo CEADH para pacientes diabéticos



Fonte: SMS.

Figura 17 - Fluxo CEADH da consulta ao diabético e hipertenso



Fonte: SMS.

7.5.1 Rede de Atenção à Pessoa com Tuberculose

A detecção dos sintomáticos respiratórios com resultado de exame de baciloscopia positivo é realizada nas Unidades de Saúde, assim como o tratamento supervisionado.

Nos casos de multirresistência, os usuários são encaminhados para os hospitais da Rede secundária e terciária para tratamento alternativo de acordo com o perfil de resistência.

Os pacientes com Tuberculose e infecção por HIV também contemplam o perfil de encaminhamento para a Atenção Terciária para que seja realizado o acompanhamento no serviço de infectologia. O encaminhamento é realizado por meio do Prontuário Eletrônico e do Sistema de Regulação.

7.5.2 Rede de Atenção à Pessoa com Hanseníase

A detecção dos portadores de Hanseníase com resultado de exame de baciloscopia positivo é realizada nas Unidades de Saúde, assim como o tratamento supervisionado e a avaliação das incapacidades.

O fluxo de encaminhamento para a Atenção Secundária e Terciária está indicado nos casos de tratamento das reações hansênicas, assim como elevados graus de incapacidade. O encaminhamento é realizado via Prontuário Eletrônico, por meio do Sistema de Regulação.

7.6 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências

No ano de 2011, o MS publicou a Portaria n.º 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003, e instituindo a RUE no SUS, sobressaindo-se em virtude de sua relevância diante das situações clínicas e do contexto de superlotação dos serviços de pronto atendimento.

Constituem-se diretrizes da RUE:

- I) Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II) Garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III) Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas Redes de Atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV) Humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V) Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de Linhas de Cuidado;
- VI) Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo Redes de Saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII) Atuação territorial, definição e organização das Regiões de Saúde e das Redes de Atenção, a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII) Atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX) Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de

desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X) Articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI) Participação e Controle Social dos usuários sobre os serviços;

XII) Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII) Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV) Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

A RUE articula e integra todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

A RUE é composta por:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

7.6.1 Pré-Hospitalar Móvel:

O SAMU Fortaleza tem 33 anos de atuação com a missão de ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e

resolutivo à vítima após a ocorrência de agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, sequela ou morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipes capacitadas, acessado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

A estrutura operacional do SAMU Fortaleza conta com:

- 14 Bases descentralizadas;
- 06 Ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (SAV);
- 02 Ambulâncias SAV para transferências inter- hospitalares;
- 18 Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV);
- 04 Ambulâncias de Suporte Intermediário de Vida (SIV);
- 06 Motolâncias;
- 03 Bikevida;
- 01 Central de Regulação das Urgências.
- 01 Central de serviços de atendimento;
- 01 Centro de Simulação Clínica Realista;
- 01 Sede administrativa (Parquelândia);
- 01 Sede operacional.

O SAMU Fortaleza é referência nacional em educação, gestão e atenção à saúde nas urgências e conta com os projetos:

- **Bikevida:** programa de acesso rápido à desfibrilação atuando em 1,5 km de extensão da Beira Mar de Fortaleza, em três áreas de apoio: i) área 1 – Estoril - Hotel Ponta Mar; ii) área 2 Hotel Ponta Mar - Jardim Japonês; iii) área 3 Jardim Japonês – Mercado dos Peixes.
- **Núcleo de Educação Permanente (NEP):** envolve mais de 600 profissionais em capacitações da RUE, ACS, realização de simulados de incidentes de múltiplas vítimas, capacitação e estágio de acadêmicos de medicina e produção científica. O NEP acolheu 1.482 profissionais em 2024.

Tabela 39 - Atendimentos realizados pelo SAMU Fortaleza, 2021 a 2024

DESCRIÇÃO	2021	2022	2023	2024
Número de envio de veículos	47.813	54.458	65.793	72.136
Motolância	2.442	1.794	2.876	2.785
Bikevida	319	382	652	580

Fonte: SAMU Fortaleza, 2025.

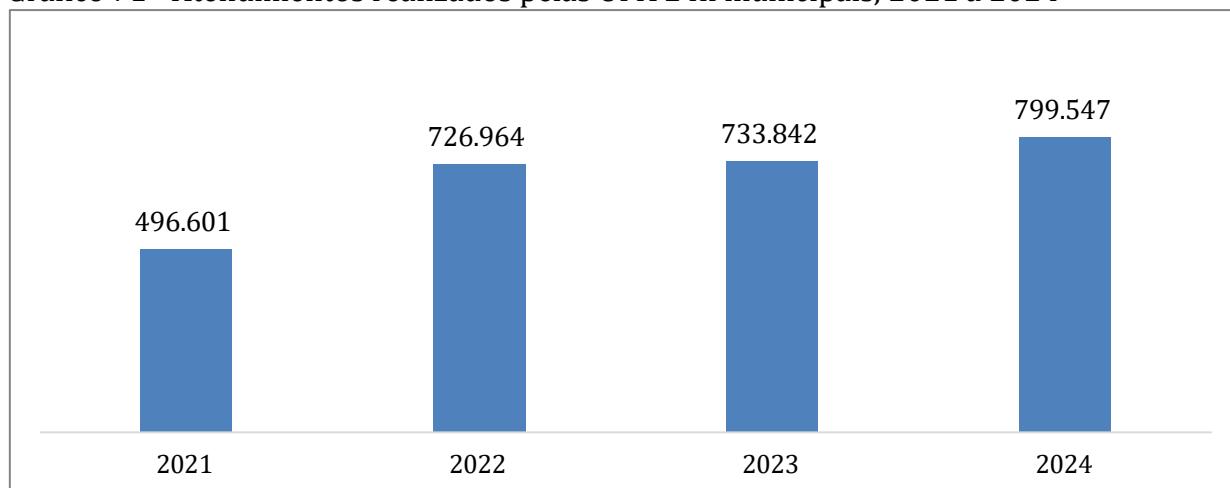
7.6.2 Pré-Hospitalar Fixo:

É composto por 06 UPA 24h gerenciadas por gestão indireta, através de contratos de gestão com OSS.

As seis UPA 24h municipais são acreditadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) de acordo com os níveis a seguir:

- Dr. Eduíno França Barreira - Cristo Redentor, CORES I – ONA nível 02;
- Yolanda Queiroz - Edson Queiroz, CORES VI – ONA nível 02;
- Dr. Haroldo Juçaba - Itaperi, CORES IV – ONA nível 01;
- Dr. Fábio Landim – Jangurussu, CORES VI – ONA nível 01;
- Dr. Fernando Guanabara - Vila Velha, CORES I – ONA nível 02;
- Dr. Juraci Magalhães - Bom Jardim, CORES V – ONA nível 02.

Gráfico 71 - Atendimentos realizados pelas UPA 24h municipais, 2021 a 2024



Fonte: COREPH/SMS, 2025.

7.6.3 Rede Hospitalar Secundária e perfis hospitalares

É composta por nove unidades hospitalares, das quais seis com perfil de atendimento da Linha de Cuidado Materno-Infantil e Pediátrica e três da Linha de Cuidado Clínico-Cirúrgico e Traumatológico.

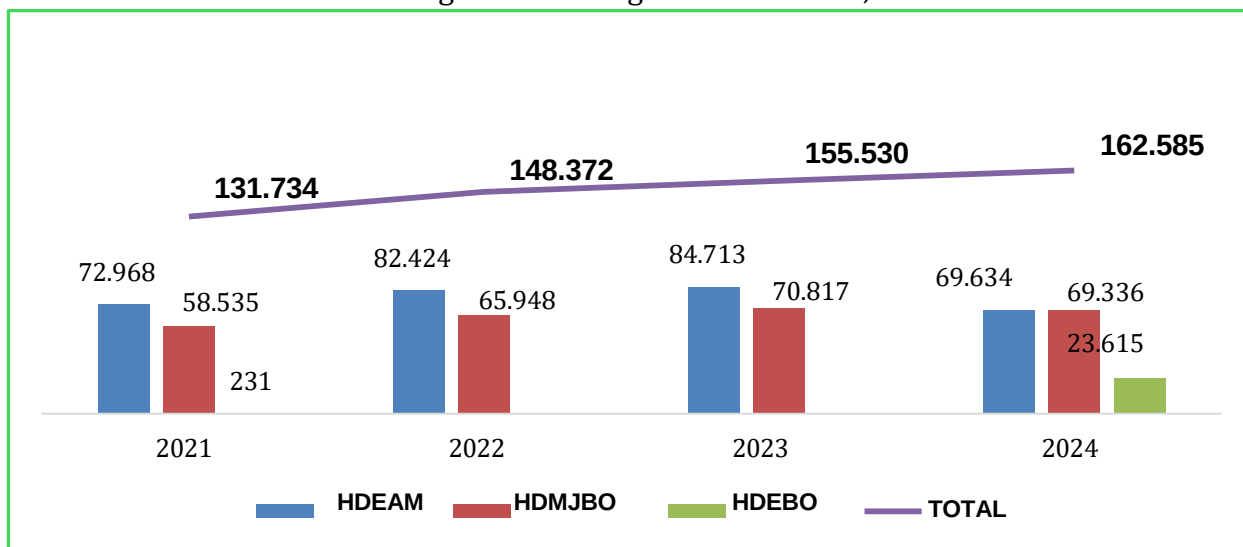
Atualmente, dos nove hospitais da Rede Hospitalar, três dispõem de gestões indiretas através de OSS e seis gestão direta pela SMS. No momento o HDNSC, de gestão indireta, encontra-se em reforma de sua estrutura física.

- Unidade Hospitalar de Retaguarda: HMDZAN, classificado como unidade de retaguarda para a Rede Secundária do Município, no âmbito do atendimento materno-infantil e trauma

clínico-cirúrgico.

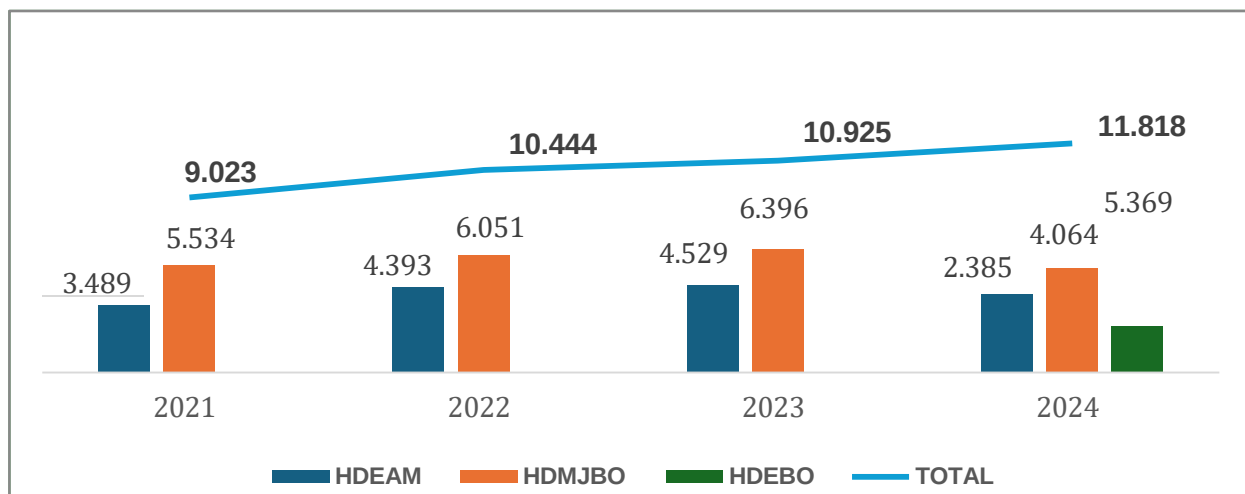
- Hospitais da Linha do Cuidado trauma-clínico-cirúrgico: HDEAM – CORES III; HDEBO – CORES VI; HDMJBO – CORES IV, com gestão direta da SMS. O HDEBO foi reformado entre 2021 a 2023.

Gráfico 72- Atendimentos de urgência e emergência realizados, 2021 a 2024



Fonte: COREPH/SMS, 2025.

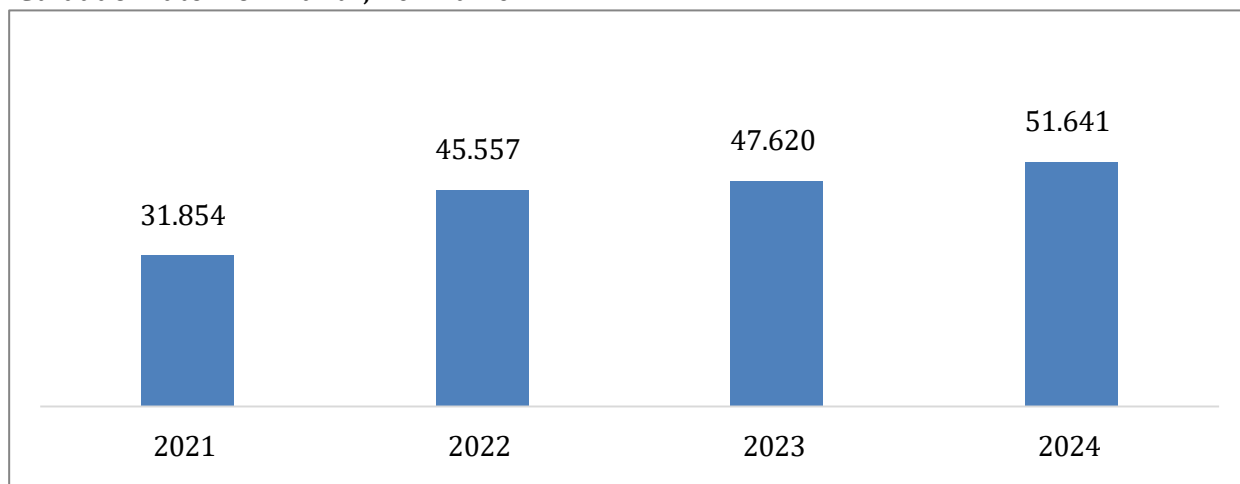
Gráfico 73 - Procedimentos cirúrgicos realizados, 2021 a 2024



Fonte: COREPH, 2025.

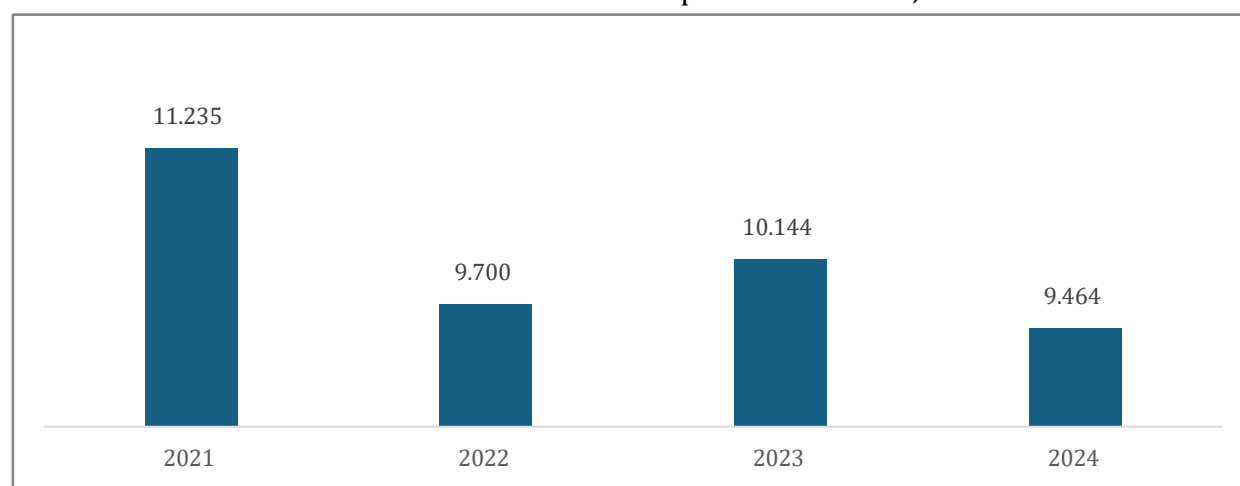
- Hospitais da Linha do Cuidado Materno-Infantil e Pediátrico: HDGMBC – CORES I; HDGMM – CORES VI; HDGMJW – CORES V; HDNSC – CORES V (atualmente encontra-se em reforma de qualificação da infraestrutura predial); HMDZAN - CORES III; HCF – CORES III.

Gráfico 74- Atendimentos de urgência e emergência e de partos realizados da Linha do Cuidado Materno-Infantil, 2021 a 2024



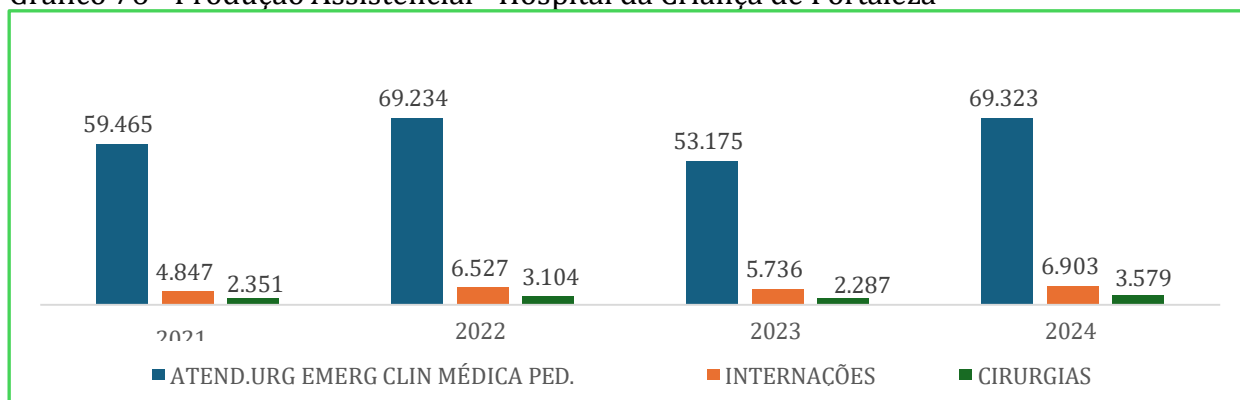
Fonte: COREPH, 2025.

Gráfico 75 - Linha do cuidado Materno-Infantil – partos realizados, 2021 a 2024



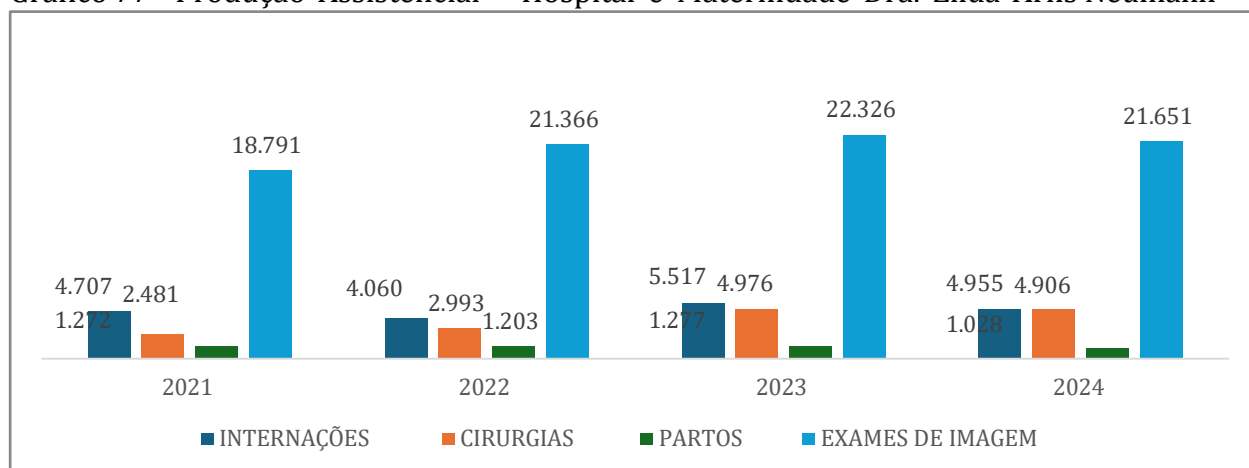
Fonte: COREPH, 2025.

Gráfico 76 - Produção Assistencial - Hospital da Criança de Fortaleza



Fonte: COREPH, 2025.

Gráfico 77 - Produção Assistencial – Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann



Fonte: COREPH, 2025.

7.6.4 Programa Melhor em Casa

O Programa Melhor em Casa (PMC) objetiva reduzir a necessidade de internações hospitalares e proporcionar cuidados domiciliares aos pacientes que necessitam de atenção contínua, promovendo a recuperação no lar.

As principais diretrizes do PMC são:

- ✓ Desospitalização segura e qualificada;
- ✓ Cuidado centrado no usuário e na família;
- ✓ Integração com todos os demais níveis de atenção;
- ✓ Equipes multiprofissionais com atuação em Rede;
- ✓ Promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida;
- ✓ Redução da superlotação em hospitais e UPA 24h.

É indicado para o atendimento domiciliar do PMC, pessoas com estabilidade clínica que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitivamente ou em grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Segundo o MS é considerado elegível para atenção domiciliar os pacientes com perfil AD2 e AD3:

- Na modalidade AD2, o usuário que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços da APS, e que

apresente as seguintes condições clínicas:

- a) Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;
- b) Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;
- c) Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados;
- d) Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais.

- Na Modalidade AD 3, o usuário que se enquadre em qualquer das situações listadas no Art. 539 e que necessite de:

- a) Cuidados predominantemente multiprofissionais;
- b) Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como: ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar; nutrição parenteral; transfusão sanguínea; diálise peritoneal; hemodiálise; drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras); cuidados paliativos em fase final de vida; ou condições crônico-degenerativas progressivas; e com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.

O PMC, implantado em janeiro de 2020 no município de Fortaleza, através da Portaria n.º 3.654, de 17 de dezembro de 2019, vinculado ao CNES: 9939938 – Policlínica Dr. Lusmar Veras Rodrigues, sob o gerenciamento da SPDM/PAIS. Ficou localizado até 02/2025 nas dependências do HMDZAM, sendo transferido em março de 2025 para o Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP) do HDGMM.

Em 2020 durante a estruturação do Programa a SMS definiu que as 26 EMAD realizariam internação domiciliar de pacientes com perfil AD2, mantendo os pacientes de perfil AD1 sob os cuidados da APS e os pacientes AD3 sob cuidados dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) do estado.

O PMC é composto por 26 EMAD e 09 EMAP, que atendem as seis CORES. A prestação da assistência é organizada no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, com jornada de 12 horas/dia de funcionamento e aos finais de semana e feriados em regime de plantão, assegurando a continuidade do cuidado.

O Programa conta com 35 veículos para apoio logístico das equipes de assistência domiciliar, com a finalidade de realização dos atendimentos no território

adscrito. O quadro de colaboradores distribuídos em:

- ✓ 52 médicos;
- ✓ 26 enfermeiros;
- ✓ 26 fisioterapeutas;
- ✓ 104 técnicos de enfermagem;
- ✓ 08 terapeutas ocupacionais;
- ✓ 05 dentistas;
- ✓ 09 assistentes social;
- ✓ 05 nutricionistas;
- ✓ 04 farmacêuticos;
- ✓ 36 motoristas;
- ✓ 1 auxiliar de serviços gerais

A equipe EMAD é responsável por fornecer cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais diretamente na residência do paciente. As equipes são constituídas por: médico (40h); enfermeiro (40h); fisioterapeutas (30h); técnicos de enfermagem (120h), sendo 02 técnicos (30h) – 07h – 13h e 02 (30h) – 13h – 19h.

A equipe EMAP: oferece suporte adicional ao EMAD, visando garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada e eficiente.

Tabela 40 - Composição das EMAP do PMC Fortaleza

EMAP TIPO 1	EMAP TIPO 2	EMAP TIPO 3
Assistente Social	Assistente Social	Assistente Social
Nutricionista	Nutricionista	Nutricionista
Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Cirurgião Dentista
Farmacêutico	Fonoaudiólogo	Psicólogo
	Cirurgião Dentista	
Equipes EMAP 1, 2, 3, 4	Equipes EMAP 5, 6 e 7 e 8	Equipe EMAP 9

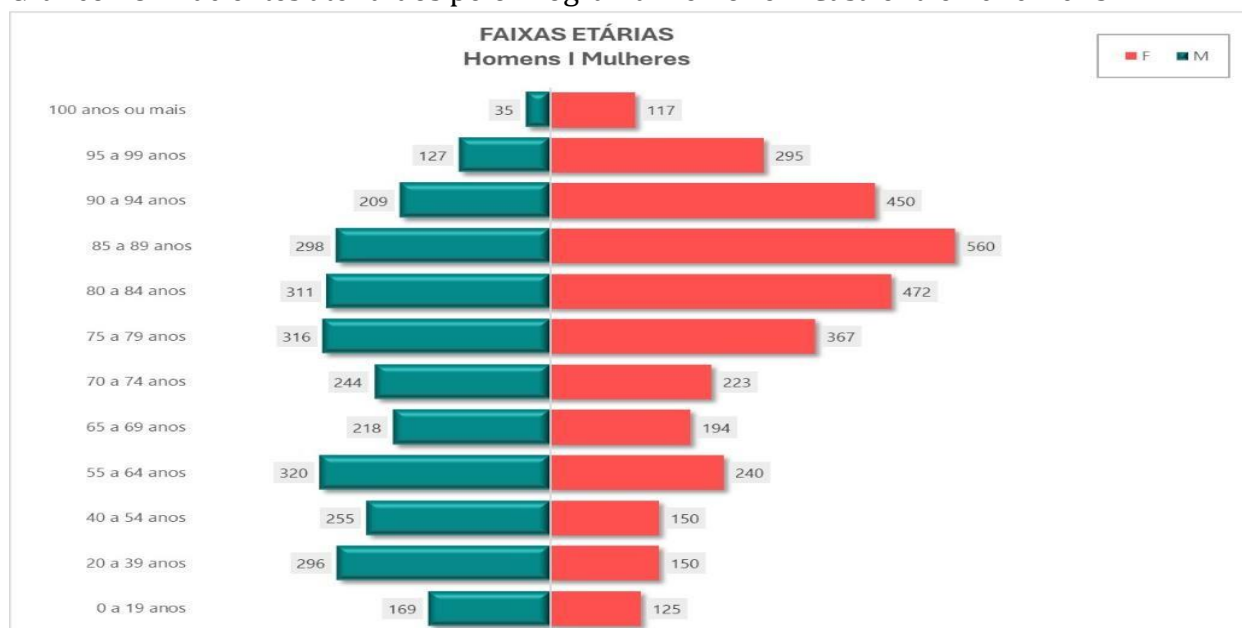
A admissão no SAD/PMC ocorre por meio de encaminhamento ou busca ativa com a utilização de protocolos de elegibilidade, como instrumento de avaliação e complexidade de atenção domiciliar, conforme os fluxos pactuados com outros serviços da RAS, fomentando a integração da Rede e a otimização do uso dos recursos assistenciais.

O PMC recebe solicitação de avaliação de diferentes pontos da RAS, como hospitais, APS e unidades de urgência. A análise sobre o perfil de usuários em internação



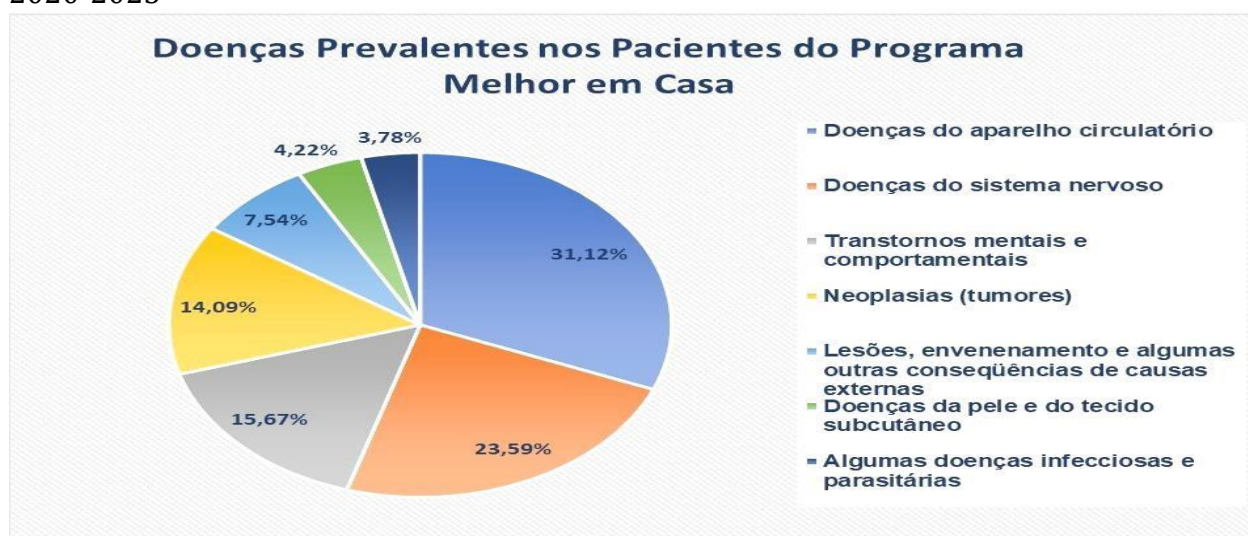
domiciliar no período de 2020-2025 revela que a distribuição entre homens e mulheres, até a faixa dos 64 anos, é relativamente equilibrada, com discreta predominância masculina em algumas idades intermediárias e acentuada predominância de mulheres. Esses dados evidenciam a maior expectativa de vida da população feminina, uma característica demográfica importante para o direcionamento de ações específicas voltadas ao público idoso, sobretudo as mulheres.

Gráfico 78 - Pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa entre 2020-2025



Fonte: Prontuário eletrônico CHRONOS/Planilha de Ativos PMC.

Gráfico 79 - Doenças prevalentes nos pacientes atendidos no Programa Melhor em Casa 2020-2025

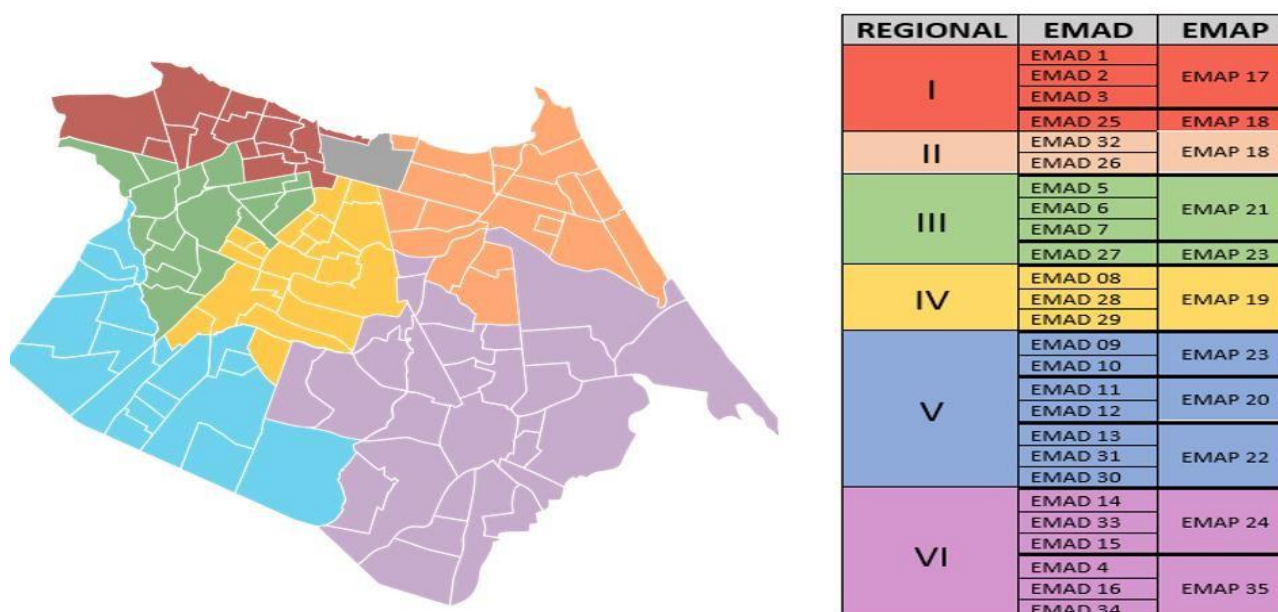


Fonte: Prontuário eletrônico CHRONOS/Planilha de Ativos PMC.

O PMC em Fortaleza possui uma estrutura organizacional composta por:

- Liderança principal: 01 Gerente de Serviços de Saúde; 01 Coordenação Médica; 01 Supervisora de Enfermagem. Esta equipe é responsável pelo acompanhamento e gestão dos processos de trabalho das equipes de apoio administrativo e assistencial.
- Supervisões específicas: Supervisão Técnica; Supervisão de Odontologia; Supervisão de Planejamento.
- Setores de apoio: o PMC possui setores de apoio vinculados a contrato de gestão firmado com uma OSS, sob a direção da Gerência de Projetos.

Figura 18 - Equipes PMC no território de Fortaleza



Além da organização das equipes, o PMC tem como base de atuação os fluxos e protocolos, de modo a garantir a segurança da assistência, padronização das ações desenvolvidas e organização de processos de trabalho: solicitações, avaliação de admissão de elegibilidade, plano de cuidados e assistência domiciliar e monitoramento.

O PMC utiliza um canal de comunicação oficial com todos os pontos da Rede, considerando a característica de cada serviço, guardando relação intrínseca com uma diversidade de serviços e estratégias de atenção. Destaca-se a relação direta do PMC com a Rede Hospitalar do município, no intuito de garantir a desospitalização de usuários que se beneficiam da atenção domiciliar especializada, garantindo transição de cuidados segura,

otimização de recursos do sistema de saúde e integração entre os serviços componentes da RAS. Esta ação se dá por meio de estratégia de integração, com a unidade hospitalar demandante realizando a indicação de usuários para desospitalização por meio da Central de Regulação do Município.

Figura 19 – Fluxo de Solicitação de Desospitalização pelo PMC

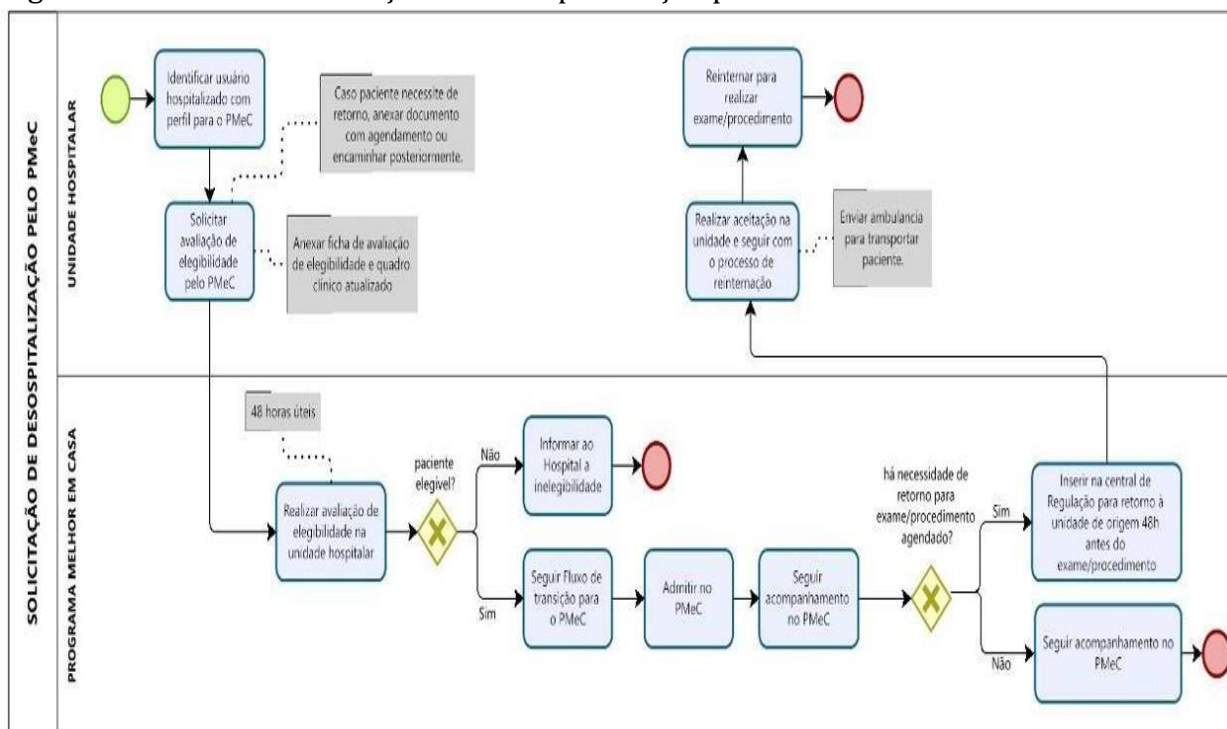
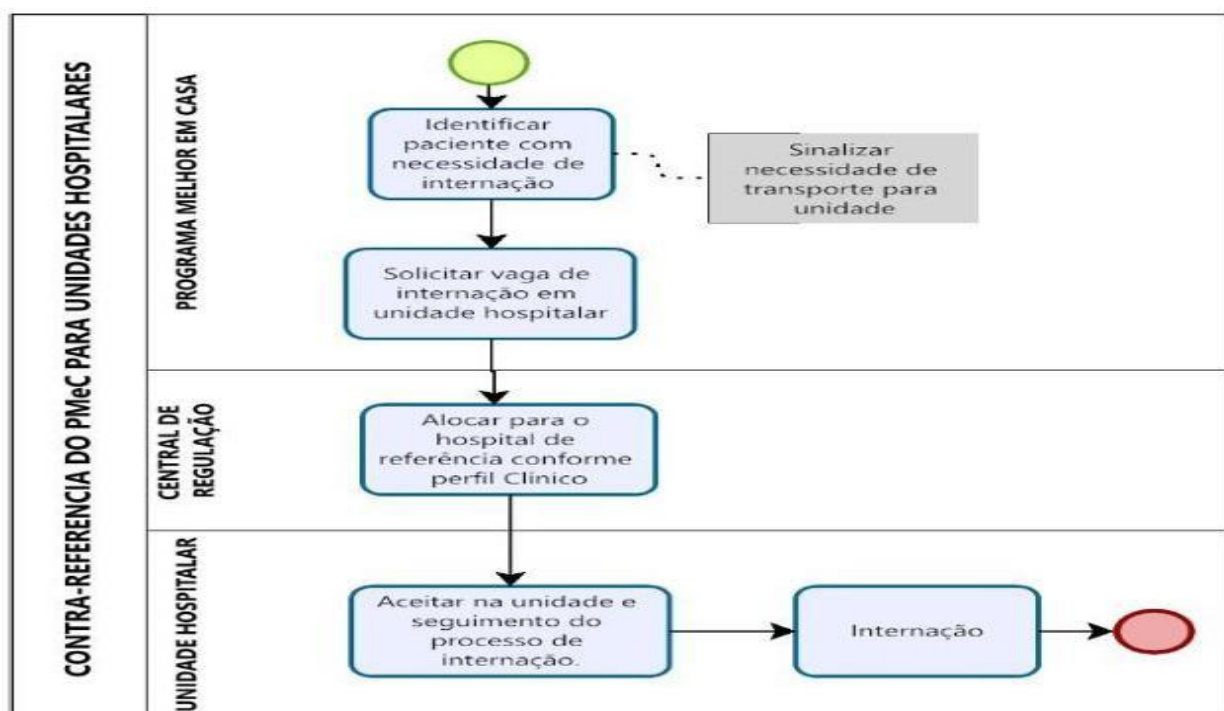


Figura 20- Fluxo de contrarreferência do PMC para unidades hospitalares



As equipes EMAD/EMAP realizam, após a admissão do paciente para internação domiciliar, o cronograma de visitas, o plano de cuidado e Plano Terapêutico Singular (PTS).

Figura 21 - Fluxo de Solicitação de avaliação e elegibilidade da APS e outros



São utilizadas ferramentas de qualificação de processos e apoio a gestão e qualificação da assistência, o PMC conta com as seguintes comissões implantadas e em pleno funcionamento:

- ✓ Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- ✓ Comissão de PGRSS;
- ✓ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- ✓ Comissão de Revisão de Óbito (CRO);
- ✓ Comissão Interna de Segurança ao Paciente (CISP);
- ✓ Comissão Revisão de Prontuário (CRP);
- ✓ Comitê Transfusional (CT);
- ✓ Comissão de Interna Biossegurança (CIB);
- ✓ Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS).

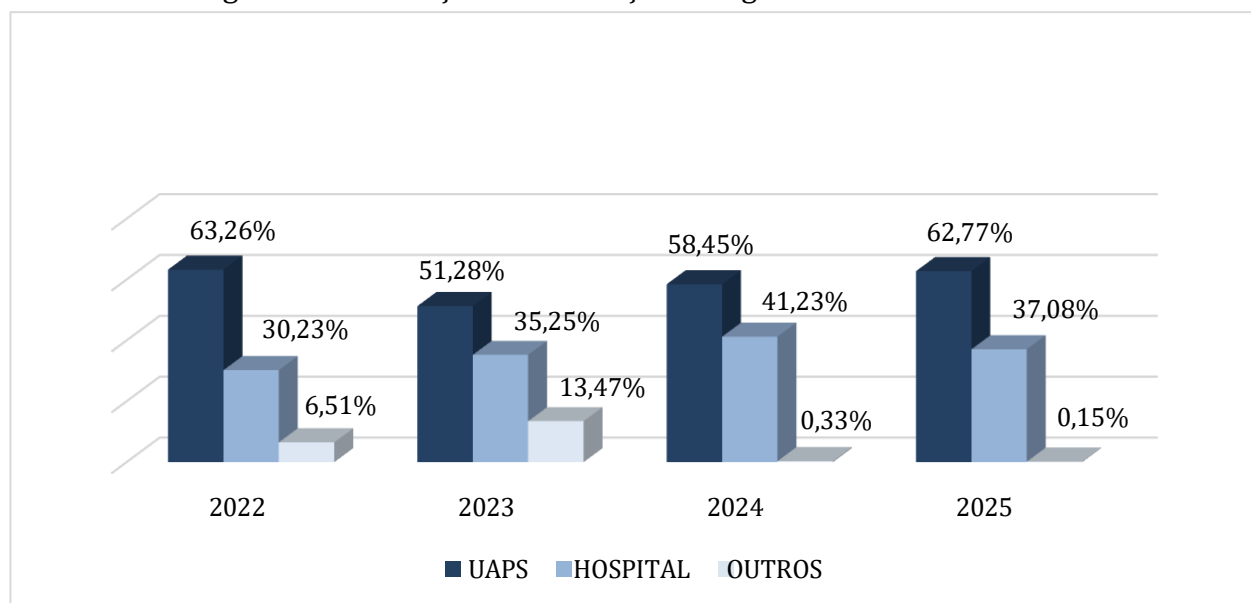
Além das unidades hospitalares, diversos outros serviços realizam a identificação de

usuários potencialmente elegíveis ao PMC, com destaque para alguns de natureza estratégica, como os ambulatorios, UPA 24h e o SAMU. O PMC, de modo a ampliar seu impacto na RAS e, conseqüentemente, nos níveis de saúde da população de Fortaleza, realiza continuamente formações e alinhamentos com estes serviços para qualificar a identificação de oportunidades de desospitalização.

Complementarmente, o PMC realiza atuação em reabilitação de usuários cadastrados, com o objetivo de impactar positivamente em seus níveis de saúde e realizar transição de cuidado destes usuários para o cuidado da APS do município. Em situações específicas, concebe-se ainda a identificação de usuários elegíveis pela própria APS.

Entre os períodos de 2021 até maio de 2025, o PMC recebeu cerca de 7.079 solicitações para realização de avaliação e elegibilidade de novos pacientes para internação domiciliar, efetivando 86% das avaliações e outros 14% não realizados referiu-se à endereços não encontrados, usuários que não receberam a equipe e pacientes que receberam alta hospitalar antes da data alinhada com a equipe EMAD. Nesta perspectiva se evidencia que o maior demandante do PMC são as unidades de APS (Gráfico 80).

Gráfico 80 – Origem das solicitações de avaliação e elegibilidade



Fonte: Prontuário Eletrônico/Planilha de Ativos PMC.

7.7 A Rede de Prevenção e Controle do Câncer

A Portaria GM/MS n.º 6.590, de 3 de fevereiro de 2025, representa um marco normativo para a gestão do SUS ao atualizar a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2/2017

para regulamentar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e instituir a Rede de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito da Portaria de Consolidação n.º 3/2017. Esse ato normativo consolida o enfrentamento do câncer como uma prioridade de saúde pública, reafirmando a necessidade de uma abordagem regionalizada, equitativa e centrada na integralidade do cuidado.

Com o objetivo central de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer, mitigar as incapacidades geradas pela doença e melhorar a qualidade de vida dos usuários, a Política Nacional abrange desde ações de promoção da saúde até cuidados paliativos e suporte psicológico ao paciente e familiares, dedicando atenção específica à população infantojuvenil. Entre seus eixos estruturantes, destacam-se o reconhecimento do câncer como uma Doença Crônica Não Transmissível majoritariamente prevenível, o combate aos determinantes sociais e aos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, alimentos ultraprocessados, agrotóxicos e sedentarismo, e a redução das iniquidades físicas, étnico-raciais e de gênero. Para modernizar a assistência, a portaria introduz a estratégia de navegação do paciente para assegurar a continuidade do fluxo assistencial, fortalece as diretivas antecipadas de vontade e expande a Telessaúde em modalidades como teleconsultoria, telediagnóstico, telerregulação e teleeducação. Além disso, fomenta a incorporação de tecnologias via recomendações da CONITEC, o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a alocação de financiamento voltado à diminuição das disparidades regionais.

A operacionalização da política ocorre por meio da Rede de Prevenção e Controle do Câncer, que organiza os pontos de atenção à saúde no território tendo a Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação e ordenadora do cuidado. No âmbito da atenção primária, busca-se o adensamento tecnológico e a ampliação da resolutividade para encurtar o tempo entre a suspeita e a confirmação diagnóstica. Na etapa de diagnóstico e tratamento, garante-se o acesso oportuno a exames anatomopatológicos, endoscópicos e de imagem, além do estadiamento hábil e da organização de referências nacionais para casos raros. A regulação assistencial é qualificada com base no Planejamento Regional Integrado, promovendo a descentralização dos serviços de menor complexidade. Adicionalmente, estabelece-se a obrigatoriedade da interoperabilidade dos sistemas de informação com a Rede Nacional de Dados em Saúde e a notificação compulsória dos casos de câncer relacionados ao trabalho no Sinan.

A gestão da Rede apoia-se em uma matriz de responsabilidades tripartite claramente delimitada. Cabe ao Ministério da Saúde prestar apoio institucional, emitir Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, gerir a tabela de procedimentos oncológicos, habilitar serviços mediante pactuação tripartite, assegurar o provimento de medicamentos antineoplásicos e integrar o Comitê-Executivo de Governança da rede. Às Secretarias Estaduais de Saúde compete coordenar a organização da Rede regionalizada no âmbito do Planejamento Regional Integrado e das Comissões Intergestores Bipartite, contratualizar os serviços sob sua gestão, qualificar o envio de dados à RNDS e promover ações de Educação Permanente. No que compete às Secretarias Municipais de Saúde assumem o papel de pactuar as Linhas de Cuidado locais, organizar a regulação do acesso, manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, garantir o envio descentralizado de informações e executar a busca ativa e a gestão de casos na Atenção Primária.

Por fim, o monitoramento e a avaliação da política passam a ser integrados aos instrumentos formais de planejamento do SUS, como os Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão, devendo refletir as metas pactuadas no Plano Regional. O financiamento federal prioriza o combate às assimetrias regionais de oferta, admitindo mecanismos de repasse flexíveis e a complementação de recursos por Estados, Distrito Federal e Municípios para viabilizar a sustentabilidade e a expansão da cobertura assistencial no território.

8 VIGILÂNCIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

8.1 Estruturação da COVIS

A COVIS foi criada pelo Decreto n.º 13.106 de 12 de abril de 2013, objetivando integrar as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Sistemas de Informações e Análises em Saúde, em consonância com as diretrizes do MS e desenvolve suas competências no âmbito municipal por meio de um processo de construção e análise coletiva, baseando na Portaria n.º 1.378 GM/MS, de 9 de julho de 2013. Abrange cinco gerências temáticas: Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI), Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA), Célula de Vigilância Ambiental e de Riscos Biológicos (CEVAM), Célula de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Célula de Sistemas de Informações e Análises em Saúde (CEINFA).

Entre as competências da COVIS destacam-se:

- Executar ações integradas de vigilância, prevenção e controle de Doenças, Agravos e Eventos (DAE), transmissíveis e não transmissíveis, e seus fatores de risco;
- Vigilância às populações expostas aos riscos ambientais;
- Gestão de Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde;
- Desenvolver ações voltadas à Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- Executar ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse da saúde;
- Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde no âmbito das CORES;
- Compatibilização das ações planejadas com os recursos assegurados e previstos nos planos de aplicação das Vigilâncias;
- Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito municipal, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;
- Publicizar informações da Vigilância em Saúde no âmbito municipal, referente à notificação de DAE de interesse comum aos componentes das Vigilâncias.

O fluxo dos processos administrativos da COVIS visam adotar providências e legais para aquisição de insumos; material de consumo; fardamento dos ACE; manutenção corretiva e preventiva de equipamentos e frota veicular (próprios e/ou locados); combustíveis; instalações básicas; tecnologia da informação; plantões epidemiológicos; processos formativos de educação permanente/continuada (despesas correntes); intervenções estruturais em obras, equipamentos e renovação de frota (despesas de investimento), para prosseguir com as atividades de rotina e campanhas anuais, além do acompanhamento de contratos, empenhos e pagamentos utilizados para o desenvolvimento dos serviços de Vigilância em Saúde.

A COVIS conta com 1.463 colaboradores, atuando em cargos de servidores de carreira municipal e estadual/federal (cessão), celetistas, terceirizados e cargos comissionados (Tabela 40) e acompanha sistematicamente a jornada funcional do servidor público, as lotações, o plano dos cargos e carreiras, as nomeações, as seleções, os contratos, a folha de pagamento, os cadastros, as frequências, as férias, as licenças, as transferências, além de oferecer capacitações, e outros serviços.



Tabela 41 - Demonstrativo do quantitativo de colaboradores segundo as Células da Coordenadoria de Vigilância em Saúde.

CÉLULAS	QUANTITATIVO DE COLABORADORES
Coordenadoria de Vigilância em Saúde/Administrativo	16
CEVISA	18
CEVEPI	14
CEREST	12
CEINFA	11
CEVAM - Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ)	129
Distrito Técnico de Endemia (DTE) Regional I	196
DTE Regional II	98
DTE Regional III	185
DTE Regional IV	132
DTE Regional V	213
DTE Regional VI	221
DTE Regional Centro	28
Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NESMS) I	21
NESMS II	13
NESMS III	24
NESMS IV	17
NESMS V	30
NESMS VI	14
NESMS Centro	09
Unidade de Baixo Volume	62

Fonte: COVIS, 2025.

A COVIS estrutura seus processos de trabalho voltados à informação e intervenção oportuna, buscando aprimorar e fortalecer a integração da Vigilância com a Assistência à Saúde. As estratégias utilizadas abrangem a implantação de Salas de Situação⁵ nas UAPS e a territorialização dos ACE, vinculando-os às UAPS face à necessidade de monitorar para a tomada de decisão nos territórios a partir da coleta de dados, consolidação de informações nos sistemas SINANNET, SINASC, SIM, PAGES, SIMDA, e Prontuário Eletrônico *on-line* e/ou de rumores de surtos de agravos, tabulação e processamento de dados, produzindo planilhas de indicadores e gráficos. Foram implantadas 92 Salas de Situação, superando a meta estimada (84 Salas de Situação).

Diante da epidemia registrada em 2017, a PMF implantou o Comitê Intersetorial de Controle das Arboviroses, formado por segmentos públicos municipais e sociedade civil,

⁵ O projeto da Sala de Situação foi criado em abril de 2014, com a instalação da sala de situação na UAPS Waldemar Alcântara, conduzida por um Agente de Vigilância em Saúde do MS, cedido à PMF, qualificado em Vigilância em Saúde pelo PROFORMAR e Escola de Saúde Pública, que articula junto à gestão local e regional, as ações de prevenção e controle dos riscos sanitários do território.

desenvolvendo ações estratégicas, para controle e redução precoce dos casos de Chikungunya, Dengue e Zika. O município de Fortaleza encontra-se no 13º ano consecutivo sem registro de epidemia por estas Arboviroses. A manutenção das ações intersetoriais é relevante, carecendo reformular a funcionalidade deste Comitê, a fim de ultrapassar a ambiência de crise para o monitoramento sequencial das atividades executadas.

Entre outras ações estruturantes que envolvem o controle das Arboviroses, seguindo as diretrizes do MS e da gestão estadual destacam-se: a elaboração anual do Plano de Contingência; os quatro ciclos anuais do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA); o monitoramento da infestação por meio de Ovitampas (dispositivos simples que atraem fêmeas de *Aedes aegypti* para oviposição, possibilitando a avaliação da densidade de ovos na área monitorada para detectar a presença do vetor), possibilitando realizar a estratificação de risco, identificando áreas de maior risco de transmissão, direcionando esforços e otimizando resultados.

A eliminação de criadouros, orientada pelos resultados do LIRAA e das Ovitampas, é realizada por meio do controle mecânico nas ações de rotina e nos mutirões, e do controle químico da forma larvária e alada, sendo o controle dos mosquitos adultos conduzido por um grupo de cerca de 60 profissionais habilitados para o uso da aspersão de inseticida UBV.

Ressalta-se, ainda, o importante trabalho do NESMS, que fortalece as ações de prevenção e controle das Arboviroses, promovendo comunidades mais conscientes, participativas e engajadas.

Como estratégia complementar de enfrentamento às Arboviroses, está prevista a implementação da Estação Disseminadora de Larvicida Sustentável (EDLS), em articulação com o MS, Fiocruz e SESA/CE, com previsão de utilização a partir de 2026. Paralelamente, destaca-se o uso futuro da tecnologia *Wolbachia*, desenvolvida pela Fiocruz, como ferramenta inovadora e promissora para o fortalecimento das ações de vigilância e controle vetorial.

Outro desafio envolve a necessidade de aprimoramento do processo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde no âmbito dos territórios, sendo sugerido reformular as atuais estruturas de DTE, Zoonoses e NESMS, para integrá-los em uma única ambiência, as Unidades de Vigilância em Saúde, em cada CORES, integradas às RAS.

Há duas décadas, foram instalados os três primeiros Box de Zoonoses, localizados anexos aos HDGMBC, HDGMJW e HDGMM. Essas unidades funcionavam de segunda à sexta-feira, de 8 às 17 horas, com médicos veterinários de plantão, com a finalidade de atender as pessoas agredidas por animais, observar os animais agressores, vaciná-los contra a raiva, realizar inquéritos sorológicos para Leishmaniose Visceral Canina, promover bloqueios e controle de focos nos casos confirmados de Raiva e Leptospirose, além de orientar a população sobre os cuidados e riscos de criação e contato com os animais. Atualmente, o município de Fortaleza dispõe de oito destes equipamentos descentralizados. Entre os desafios, necessita-se configurar o perfil de competência e atuação dos Boxes, no que tange: a) a inserção dos serviços prestados nos Box de Zoonoses, incluindo o profissional médico veterinário nas e-Multi (equipes multidisciplinares), para integrar a Vigilância em Saúde com APS; b) articular esforços com a Secretaria Municipal de Proteção Animal, fortalecendo as ações de Saúde Única, manejo ambiental e bem estar animal, inclusive a necessidade de ampliação destes espaços.

A UVZ tem papel relevante e central enquanto estrutura e inteligência epidemiológica para a Vigilância em Saúde, sendo, portanto, necessárias intervenções estruturais, prediais, de equipamentos e recursos humanos, além da ampliação das parcerias públicas, privadas e com instituições de ensino. Neste ínterim, a requalificação do complexo de laboratórios da UVZ, assim como do Laboratório de Vigilância Sanitária, articulado com a Agência de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS), tem sido pautas trabalhadas pela atual gestão.

8.2 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária de Fortaleza é responsável pela Coordenação Municipal das Políticas de Saúde em Vigilância Sanitária, normalização das ações e procedimentos de Vigilância Sanitária em Saúde, supervisão da execução das ações de Vigilância Sanitária, dentre outras. A fiscalização dos estabelecimentos é feita pela AGEFIS e o licenciamento sanitário é emitido pelas CORES.

Considerando esse cenário de responsabilidades e compromissos sanitários, ressaltam-se os avanços:

- No período da pandemia de covid-2019, a CEVISA analisou protocolos sanitários, em observância à covid-19, e emissão de pareceres da Vigilância Sanitária para entidades públicas e privadas;



- Capacitação de mais 1.500 profissionais das escolas da Rede municipal, tais como diretores coordenadores e secretários dos seis distritos de educação, sobre os protocolos sanitários relacionados às atividades educacionais, bem como outras medidas preventivas no combate à covid-19;
- Análises de Protocolos Sanitários em observância ao covid-19;
- Emissão de pareceres de Vigilância Sanitária sobre as regras sanitárias para a retomada gradual dos serviços e atividades em observância ao distanciamento social, higiene, monitoramento e comunicação, para evitar o contágio e disseminação da covid-19.
- Durante todo o ano de 2021 foram analisados 32 protocolos sanitários para retomada de atividades setoriais, enquanto em 2020 foram analisados 24 desses documentos. Do total de protocolos sanitários analisados em 2021 dentre eles a realização de seleções públicas e protocolos de retorno às aulas presenciais das escolas públicas da SME, protocolos de shopping, protocolos de ginásio para liberação de eventos esportivos, protocolo de evento ao ar livre, protocolo para a realização do concurso da Polícia Rodoviária Federal e novos protocolos de retorno seguro às aulas.

8.3 Vigilância da Saúde do Trabalhador

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi criada em 2002, por meio da Portaria n.º 1.679/GM, com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção e de promoção da saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, articuladas às RAS do SUS.

Conforme a Portaria n.º 2.728 de 11 de novembro de 2009, a RENAST integra a Rede de serviços do SUS por meio da CEREST, elaborando protocolos, linhas de cuidado e instrumentos que favorecem a integralidade das ações, envolvendo a atenção básica, de média e alta complexidade.

Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria n.º 1.823 de 23 de agosto de 2012, a RENAST constitui-se na principal estratégia de organização da Saúde do Trabalhador no SUS contemplando ações transversais, de produção e gestão do conhecimento, em todos os níveis e ações definidas. Desta forma, esforços e avanços têm sido empreendidos para a institucionalização da Rede e para a formalização de mecanismos de funcionamento, bem como a relação entre seus componentes.

A CEREST promove ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância, promovendo a integração da Rede de serviços de saúde do SUS e incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem: i) apoiar investigações de maior complexidade; ii) subsidiar a formulação de políticas públicas; iii) fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho em especial, mas não exclusivamente, aqueles contidos na Lista Doenças Relacionadas ao Trabalho ou na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

Em março de 2006, a Resolução n.º 38 da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/CE aprovou a implantação CEREST/COVIS Regional Fortaleza, com abrangência para as Microrregiões de Baturité, Caucaia, Fortaleza, Itapipoca e Maracanaú. Sua abrangência regional compreendia 34 municípios destas microrregiões de saúde e tinha uma população total estimada de 4.220.410 habitantes. Visando à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais houve a necessidade de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores no SUS e o desenvolvimento de um novo modelo de organização. Com a Resolução n.º 86/2019 da CIB/CE, este CEREST tornou-se municipal em 19 de julho de 2019, passando a atender exclusivamente a população de Fortaleza, estimada em 2.643.247 habitantes, possibilitando fortalecer e efetivar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no município de Fortaleza.

No âmbito das suas 11 competências, conforme o Decreto Municipal n.º 13.922, de 02 de dezembro de 2016, destaca-se a atuação da CEREST, como articuladora e organizadora das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da Rede SUS e se tornando polo de ações e experiências de Vigilância em Saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica fortalecendo a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, bem como a garantia da integralidade na Atenção à Saúde do Trabalhador, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento em Saúde do Trabalhador na assistência, estratégias, dispositivos de organização e fluxos da Rede, considerando os seguintes componentes: APS; Atenção Especializada, incluindo serviços de reabilitação; Atenção Pré-hospitalar, de urgência e



emergência, e Hospitalar; Rede de Laboratórios e de Serviços de Apoio Diagnóstico; Assistência Farmacêutica; Sistemas de Informações em Saúde; Sistema de Regulação do Acesso; Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das ações.

A CEREST desenvolve atividades voltadas para a promoção da Saúde dos Trabalhadores do município de Fortaleza, além de ações de vigilância, visando aplicar a PNSTT, com o intuito de aprimorar a qualidade de vida no ambiente laboral, bem como fornecer dados epidemiológicos sobre as condições de saúde e possíveis agravos relacionados ao trabalho.

A CEREST integra a COVIS e atualmente está composta: 01 gerente, 05 assessoras técnicas, 01 técnico em segurança do trabalho, 01 motorista e 12 (doze) componentes da equipe técnica, sendo estes: 01 médico, 01 técnica de enfermagem, 03 assistentes sociais (sendo duas residentes), 02 enfermeiras (das quais uma é residente), 01 fonoaudióloga residente, 02 psicólogas residentes e 02 fisioterapeutas residentes. A estrutura física da CEREST contempla dois consultórios, equipados com computadores e armários para realização de consultas e/ou atendimentos individuais das profissionais da equipe multidisciplinar.

Considerando-se os impactos gerados na saúde mental da população, agravado pela pandemia da covid-19 e, em especial dos trabalhadores que exercem funções essenciais, tornou-se indispensável a elaboração de estratégias de cuidados voltados para o bem-estar desse público, criando um espaço de acolhimento com escuta qualificada e a construção de métodos saudáveis de enfrentamento.

A CEREST possui como uma de suas responsabilidades ofertar atendimento especializado aos trabalhadores do Município acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho (DART), independentemente de seu vínculo empregatício. Essas ações visam, além do cuidado direto, a investigação do nexos causal e a notificação obrigatória junto ao SINAN.

No período 2020 a 2025, a CEREST efetuou 3.826 consultas em Saúde do Trabalhador. Pontua-se que de 2020 a 2022 houve uma busca elevada por atendimentos devido aos efeitos da pandemia de covid-19, especialmente relacionados à procura por acolhimento psicológico e à realização de testes rápidos para covid-19, disponibilizados para trabalhadores(as). Em 2023, a procura pelos serviços voltou ao fluxo habitual, levando a uma redução no número de atendimentos. Além dos atendimentos individuais, a CEREST

também realiza grupos psicossociais, permitindo um espaço de trocas com a participação de um maior número de trabalhadores, escuta qualificada e construção de estratégias coletivas que possibilitam a criação de um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

Com o objetivo de integrar a categoria trabalho como um fator crucial no processo de saúde-doença, tanto em nível individual quanto coletivo, a CEREST tem investido na oferta de suporte técnico para unidades de saúde da Rede pública e privada de Fortaleza. Essa iniciativa busca sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da notificação de DART, contribuindo para a redução da subnotificação e fortalecendo a VISAT.

Em 2023, a implementação da Portaria n.º 0487/2023, que define as atividades especiais prestadas no âmbito da APS, incluindo o Programa de VISAT, possibilitou um maior alcance na oferta de suporte técnico. Destaca-se, ainda, a Recomendação n.º 50286/2023 do Ministério Público do Trabalho (MPT), que reforça a necessidade de acompanhamento das notificações de DART pelos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). De 2020 ao segundo quadrimestre de 2025, mais de 300 equipamentos de saúde públicos e privados foram contemplados.

Entre as ações realizadas destacam-se os treinamentos sobre investigação, identificação, estabelecimento denexo causal e notificação de DART; a análise do banco de dados do SINAN para identificar e corrigir inconsistências nas notificações; o monitoramento regular dos equipamentos de saúde. Essas ações possuem caráter contínuo, permitindo que a equipe responsável mantenha o suporte às unidades assistidas, e visam aprimorar a capacidade técnica das unidades e garantir precisão e regularidade nas notificações.

Ainda sobre as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção das DART, a CEREST efetua rodas de conversa e palestras para a população trabalhadora do município, independentemente do vínculo empregatício, e atividades de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador para profissionais da saúde da Rede pública e privada em todos os níveis de atenção. No período de 2020 a 2025, foram realizadas 686 atividades educativas para mais de 5.000 pessoas.

Outra atribuição da CEREST diz respeito a realização da Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho que tem como objetivo identificar os fatores e situações de risco aos quais os trabalhadores podem estar expostos em suas atividades laborativas, possibilitando a execução de medidas de controle em relação aos aspectos em não

conformidade às normativas de segurança e qualidade nos setores laborais do ambiente de trabalho. São realizadas investigações de rumores de acidentes de trabalho observados nas mídias ou reportados pelo CEREST Estadual e pela Célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador e investigações de acidentes de trânsito relacionados ao trabalho (trajeto ou típico) em parceria com o Comitê Gestor de Mortalidade por Acidentes de Trânsito (GDMAT).

Outras ações desenvolvidas incluem participação nos eventos de massa (Fortal e Halleluya) para monitoramento dos agravos relacionados ao trabalho (acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico, intoxicação exógena relacionada ao trabalho, acidente por animal peçonhento e violência interpessoal/autoprovocada); reuniões bimestrais para debater e articular ações relevantes para a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras de Fortaleza junto à Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora implementada em 2023; preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará; preceptoria de alunos de diversos cursos de graduação da UECE e da UFC vinculados ao PET-Saúde, trabalhando a temática da Saúde do Trabalhador; e construção de material informativo com temas da Saúde do Trabalhador que são veiculados através do site da SMS (intranet) e pelas redes sociais.

8.4 Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental em Saúde constitui-se por um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, capazes de interferir ou influenciar a saúde humana.

Conforme preconiza a Portaria Federal n.º 1.138/GM/MS, de 23 de maio de 2014, que define as ações e os serviços de saúde voltados para a vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a Saúde Pública, a CEVAM busca o fortalecimento da articulação de ações destinadas à vigilância dos fatores de risco com relevância para a Saúde Pública e ao controle de animais peçonhentos, vetores, hospedeiros, reservatórios, amplificadores e portadores, visando garantir a prevenção, promoção e proteção à saúde humana e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno, possibilitando a realocação de recursos e tecnologias em saúde.

A CEVAM gerencia as ações ligadas aos riscos biológicos, com a coordenação das ações de controle de zoonoses e controle entomológico. A partir destas ações, outros desdobramentos estruturais foram criados pela necessidade de qualificar a gestão das ações de prevenção e controle. Assim, surgiram os programas de controle das principais zoonoses prevalentes ou de risco no município de Fortaleza: raiva, leptospirose e leishmaniose (Zoonoses).

Ademais, a percepção de que as doenças transmitidas por vetores se tornaram um problema a nível mundial, sobretudo pela dificuldade de controle desses vetores, bem como do intenso processo de urbanização e aglomeração das populações, foi necessária a criação do Núcleo de Controle de Endemias (NUCEN), com enfoque no controle do *Aedes* sp., implantação de laboratório de diagnóstico de vetores, fortalecimento da unidade de controle químico e manutenção do monitoramento para Malária e Doença de Chagas.

Essa estrutura foi descentralizada para as seis CORES e um Núcleo no centro do município de Fortaleza, avançando na perspectiva da prevenção e da estruturação do setor, que conta com equipe de controle de animais sinantrópicos, animais peçonhentos e o NESMS.

A vigilância ambiental dos riscos não biológicos foi a última a ser incorporada, incluindo o monitoramento da qualidade da água para consumo humano (VIGIÁGUA), qualidade do solo (VIGISSOLO), qualidade do ar (VIGIAR), vigilância em saúde a populações expostas a agrotóxicos (VSPEA) e vigilância de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos (VIGIDESASTRES).

Deve-se ressaltar que o principal objetivo envolve a utilização das estratégias de vigilância e proteção para evitar agravos aos indivíduos, sendo necessária uma equipe multidisciplinar, com profissionais dos diversos níveis de formação, a fim de permitir uma melhor atuação no processo de vigilância, controle e execução.

Nos últimos anos, com a criação da CEVAM, a SMS incrementou o processo de estruturação, organização, descentralização e efetiva implementação em todo o território municipal. Devido à abrangência, a CEVAM encontra-se em constante aperfeiçoamento, objetivando a integração dessa unidade de prevenção, monitoramento, diagnóstico e controle de agravos com os outros níveis de atenção à saúde da SMS. O fortalecimento dessa integração se constitui no principal desafio para a consolidação das ações e alcance dos objetivos da vigilância ambiental em sua plenitude.

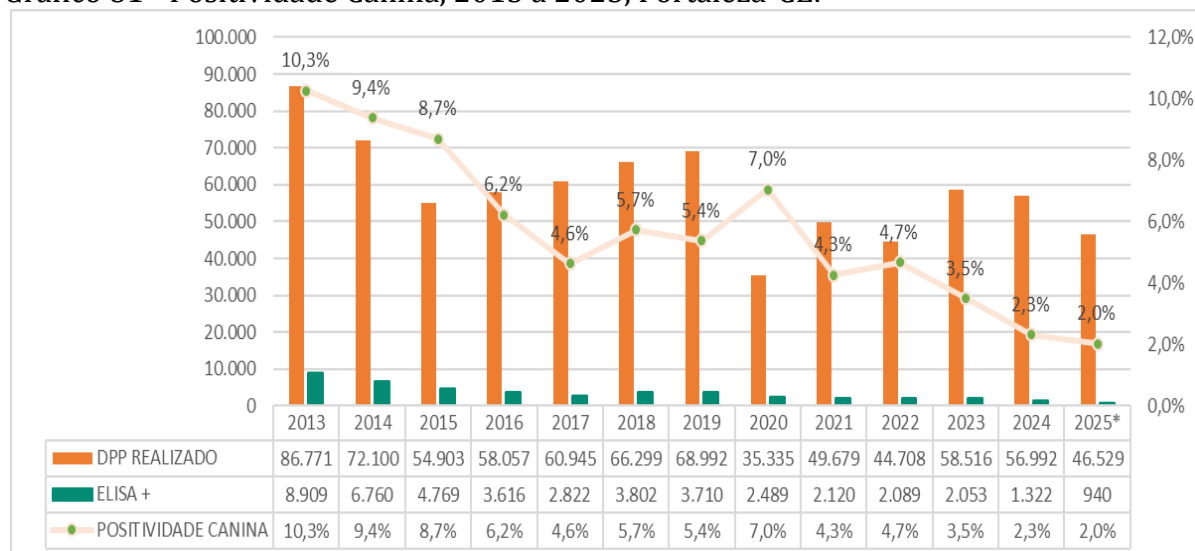
Ainda conforme o Decreto Municipal n.º 15.353 de 04 de julho de 2022, em seu artigo 43, que dispõe sobre as competências da CEVAM, destacam-se o fortalecimento da integração intersetorial com segmentos ambientais e outros correlatos, o monitoramento e avaliação dos indicadores de vigilância ambiental, a participação, a colaboração e o desenvolvimento das atividades de pesquisa no cenário da vigilância ambiental de riscos biológicos, visando à promoção e proteção da saúde e o apoio à política de desenvolvimento de recursos humanos alinhada à COVIS, com ênfase na atualização e capacitação dos servidores.

Destaca-se que a CEVAM é composta por uma equipe operacional central, dividida em: i) NESMS; ii) NUCEN; iii) Unidade de Vigilância de Zoonoses. E ainda por equipes em cada CORES (I, II, III, IV, V, VI e Centro): i) DTE; ii) NESMS Regionais; iii) NUCEN, de apoio às ações dos programas de Leishmaniose, Raiva, Animais Sinantrópicos, Leptospirose da UVZ.

Nos NESMS atuam 107 ACE, nos DTE são 965 ACE e nos Núcleos de Zoonoses compreende 141 ACE. Na UBV são 62 ACE e na CEVAM conta com um corpo técnico de médicos veterinários.

Entre as ações relevantes da CEVAM, destaca-se o desempenho do indicador: Positividade Canina entre 2013 e 2025. O Gráfico 81 apresenta o número de amostras coletadas para realização de teste rápido DPP para Leishmaniose Visceral Canina, número de animais reagentes no exame confirmatório ELISA e a positividade canina. O cão (*Canis familiaris*) é a principal fonte de infecção da Leishmaniose Visceral, justificando-se a importância do acompanhamento da soroprevalência canina em área urbana, assim como devido à enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães é mais prevalente do que no homem.

Gráfico 81 - Positividade Canina, 2013 a 2025, Fortaleza-CE.



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde/COVIS/CEVAM/Leishmaniose (2025). * Dados até 15/10/2025.

A positividade representa em valores percentuais o total de animais sororreagentes sobre o total de animais examinados (amostras coletadas). Em Fortaleza, nos últimos anos, houve uma redução contínua e progressiva dos casos em humanos, associada à redução da positividade canina e das áreas de transmissão moderada e intensa para Leishmaniose Visceral no Município.

Destaca-se ainda:

- i) Implantação de dados epidemiológicos de casos de acidentes por animais peçonhentos (escorpiões) no SIMDA, possibilitando o acesso à informação sobre os cuidados e a importância da prevenção e controle, a fim de evitar a frequência de acidentes, juntamente ao refinamento das relações entre os níveis de assistência;
- ii) A contratação de 13 médicos veterinários, aumentando o suporte às políticas de saúde pública;
- iii) Participação do Projeto de Testagem de Kits Rápidos de Diagnóstico de Leptospirose Humana em conjunto com o MS, Fiocruz, Vigilância Epidemiológica e APS, por meio da distribuição dos kits nos equipamentos de saúde próximos aos locais com maior número de casos confirmados e óbitos por Leptospirose, favorecendo a identificação em tempo oportuno de pacientes infectados e evitando o agravamento da doença;
- iv) Realização de mutirões em parceria com o Programa de Arboviroses na antirratização e desratização em áreas de risco, contribuindo para a redução de roedores bem como a transmissão de doenças;

- v) Realização de palestras sobre a prevenção da covid-19 em escolas, instituições públicas e privadas, informando a população sobre os cuidados preventivos;
- vi) Implantação de brigadas e agentes voluntários contra o *Aedes aegypti* em escolas e instituições públicas e privadas, proporcionando mecanismos de aprendizagem sobre os métodos para redução dos criadouros do mosquito;
- vii) Implantação de Sala de Situação da Vigilância Ambiental (Leishmaniose, Leptospirose, Raiva Canina e Humana, Arboviroses) para apoio nas ações de controle da CEVAM;
- viii) Promoção de “Operações Quintal Limpo” para remoção de potenciais criadouros do *Aedes aegypti* nos bairros de maior prevalência, consoante ao perfil epidemiológico e entomológico, objetivando informar a população sobre os principais tipos de criadouros;
- ix) Realização de ações educativas (palestras, divulgação de *folders*, oficinas, gincanas, blitz educativas, exposições) em áreas mais vulneráveis aos problemas zoossanitários, informando a população sobre os cuidados com Leptospirose, Leishmaniose, agressões por animais peçonhentos, bem como nos bairros com maior número de casos de Arboviroses de acordo com o índice de infestação do *Aedes aegypti*.
- x) Realização da “Operação Inverno”, como ação proativa para o alcance do controle da Dengue no Município;
- xi) Realização da “Operação Fronteira” em parcerias com municípios como Maracanaú e Caucaia, garantindo a efetivação do controle das Arboviroses nas áreas contíguas;
- xii) Realização de 02 Seminários de Atualização em Arboviroses do Nordeste;
- xiii) Realização de 11 Seminários de Atualização em Leishmaniose Visceral.
- xiv) Realização do “1º Passeio Ciclístico da Vigilância Ambiental”, evento que contou com a parceria intersetorial com diversos órgãos da PMF.
- xv) Realização do “Carnaval Sem Dengue” e “São João Sem Dengue”, como ação de orientação à população sobre prevenção às Arboviroses.

Ressalta-se a ampliação do Laboratório de Entomologia Médica, a diminuição da soroprevalência canina para Leishmaniose Visceral, a adoção de um novo padrão de fardamento para os servidores/ACE, a implantação do Programa de Encoleiramento dos Cães para Prevenção da Leishmaniose Visceral Canina em 2021, a consolidação das ações intersetoriais com a AGEFIS no controle das Arboviroses, a consolidação do monitoramento da infestação por *Aedes aegypti* por meio de sistema de ovitrampas e a participação no Plano Nacional de Monitoramento da Resistência do *Aedes aegypti* a Inseticidas no Brasil.



No cenário dos desafios destaca-se:

- i) Implantação e monitoramento das brigadas em instituições públicas e privadas;
- ii) Ampliação da rede laboratorial de diagnósticos de animais, focada em Zoonoses, ampliando para outras zoonoses de maior risco (Raiva, Leptospirose), com requalificação dos DTE, NESMS e Núcleos de Zoonoses através da aquisição de equipamentos e material permanente;
- iii) Reformas estruturais das Unidades de Zoonoses (BOX e UVZ), DTE e NESMS Regionais.
- iv) Garantia da cobertura vacinal animal contra a Raiva frente aos casos registrados em animais urbanos, em especial morcegos e primatas não humanos;
- v) Garantia do quantitativo de insumos e de servidores para o desempenho de todas as ações, em especial de ACE;
- vi) Formalização dos grupos de trabalho para as vigilâncias de riscos não biológicos (VIGIDESASTRES, VIGISOLO, VSPEA, etc.);
- vii) Necessidade de estruturação do Programa de Vigilância da Esporotricose.

Ainda no elenco de prioridades, ressalta-se:

- i) A requalificação dos laboratórios de entomologia dos DTE;
- ii) A requalificação dos equipamentos (máquinas para aplicação de inseticidas) da UBV;
- iii) A intensificação das ações de controle focal nas áreas estratificadas para maior risco epidemiológico das Arboviroses;
- iv) O fortalecimento das ações de vigilância entomológica do *Aedes aegypti* por meio de armadilhas de ovitrampas;
- v) O fortalecimento das ações de controle entomológico por meio de sistema de informação e georreferenciamento;
- vi) Aquisição e manutenção dos equipamentos laboratoriais (ex.: leitora de microplacas, lavadora de microplacas, dentre outros).

9 SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS

9.1 Sistemas de Apoio

Os Sistemas de Apoio e Logísticos constituem um dos pilares estruturantes da RAS, garantindo o suporte operacional para o funcionamento contínuo e eficiente dos serviços de saúde.

Com a análise de situação dos Sistemas de Apoio e Logísticos é possível identificar a

capacidade instalada, os fluxos operacionais e as potencialidades que impactam diretamente a qualidade e a continuidade do cuidado prestado aos usuários do SUS.

No contexto da SMS de Fortaleza, tais Sistemas têm papel essencial na consolidação de uma Rede integrada e resolutive. A eficiência logística reflete-se na disponibilidade oportuna de insumos, medicamentos, equipamentos e transporte, elementos indispensáveis ao funcionamento das unidades assistenciais.

São considerados lugares institucionais da Rede nos quais ofertam-se serviços comuns a todos os pontos de Atenção à Saúde. São constituídos por Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros), Sistema de Assistência Farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e Sistemas de Informação em Saúde (Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

9.1.1 Coordenadoria de Assistência Farmacêutica e Política Municipal de Assistência Farmacêutica

A COAF foi criada em 2019 com competência para a implementação e execução da Política Municipal de Assistência Farmacêutica, conforme diretrizes estabelecidas pela Portaria n.º 420, publicada no DOM em 20 de dezembro de 2021. Considerando que essa Política é parte integrante da Política Nacional de Saúde (Lei n.º 8.080/1990) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS n.º 338/2004), as atividades desenvolvidas pela COAF envolvem um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e uso racional.

O sistema de Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa de atividades relacionadas aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas, englobando intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância (a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância). Os ciclos logísticos, bem como a farmácia clínica, devem estar apoiados pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia. A Assistência Farmacêutica atua, portanto, de maneira transversal

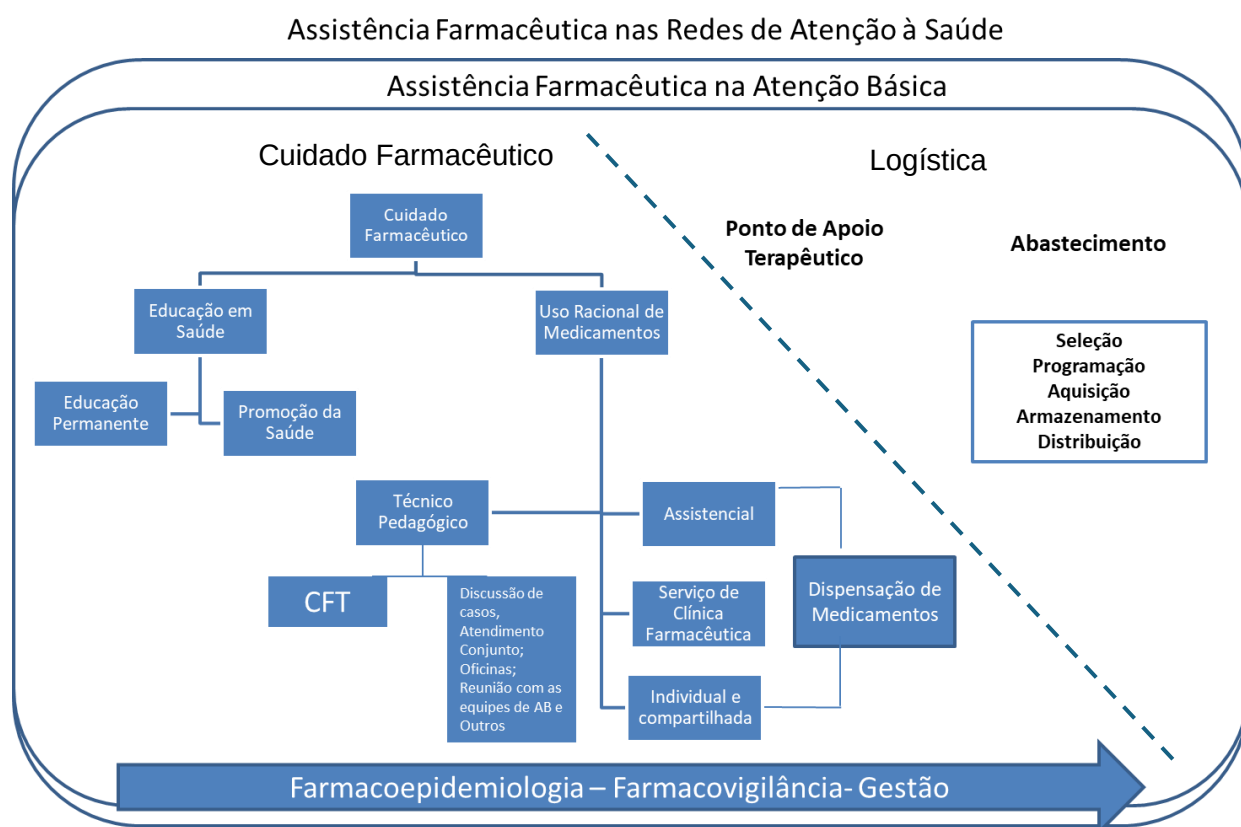
em todos os pontos da RAS, assim como, o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

Em relação à organização da Assistência Farmacêutica no Município, adota-se o modelo lógico-conceitual (Figura 20). Nesse modelo, as atividades realizadas para o abastecimento de medicamentos, enquanto sistemas de apoio às ações de saúde, devem estar integradas e sincronizadas com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, quando ele precisa, com suficiência, regularidade e qualidade.

A farmacoepidemiologia, a farmacovigilância e a gestão, transversais aos serviços farmacêuticos, são responsáveis pelo estudo e pelo monitoramento da utilização de medicamentos, produzindo e divulgando informações e indicadores importantes para a qualificação das ações de saúde e por desenvolver ações de planejamento, de organização, de direção e de controle para a ampliação da eficácia e eficiência destes serviços.

vi) De modo abrangente, é possível afirmar que o sistema de Assistência Farmacêutica na APS engloba dois componentes: a logística dos medicamentos, abrangendo do planejamento ao abastecimento e o cuidado farmacêutico, incluindo serviços de farmácia clínica e as atividades técnico-pedagógicas.

Figura 22 - Modelo lógico-conceitual da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção Saúde



Fonte: Organização dos serviços de Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (adaptada de Brasil, 2014).

A COAF também desenvolve ações voltadas ao fortalecimento do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico no âmbito das RAS, por meio da Célula de Gestão de Apoio Diagnóstico Laboratorial (CEGEAD).

9.1.2 Seleção de medicamentos

A seleção dos medicamentos constitui o eixo central do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica e se materializa por meio de uma relação padronizada de medicamentos. Para fortalecer o processo de seleção e o Uso Racional de Medicamentos, em 2020, o Município instituiu, através da Portaria n.º 0484/2020, a CFT.

Os elencos dos medicamentos e insumos disponibilizados pelo município de Fortaleza constituem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). O elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é padronizado de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e pactuação da CIB-CE, utilizando

critérios epidemiológicos, garantindo dessa forma a disponibilidade de 138 itens nas UAPS, sendo 85 destes considerados prioritários.

Os medicamentos que compõem o elenco Complementar (Atenção Secundária) contabilizam 36 itens e são pactuados na CIB-CE, conforme critérios definidos pelo estado e municípios. Esses medicamentos são distribuídos nas Farmácias Polo, CAPS e Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM)/SAE.

Os medicamentos do elenco dos Componentes Estratégico e Especializado (Alto Custo) são definidos pelo MS, órgão responsável pelo financiamento. Os itens do elenco do Componente Estratégico são dispensados nas UAPS e UDM/SAE e atende aos programas: Tabagismo, HIV/aids, Toxoplasmose, Tuberculose, Hanseníase, Influenza, Leishmaniose, Doença de Chagas, entre outros.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas Linhas de Cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicadas pelo MS. Atualmente, esse elenco é disponibilizado em 16 Unidades: 05 CAPS Gerais, 01 CAPS AD e 03 CAPS Infantis, exclusivamente com os itens da Saúde Mental; Policlínica Dr. José Eloy da Costa Filho; Policlínica Dr. Luís Carlos Fontenele; Policlínica Dr. João Pompeu Lopes Randal; UAPS Anastácio Magalhães; UAPS Maciel de Brito; UAPS Roberto Bruno; UAPS Regina Severino.

Além dos medicamentos cujo elenco está vinculado a algum componente de financiamento da Assistência Farmacêutica ou pactuação da CIB-CE, o município de Fortaleza dispõe de elenco na fitoterapia composto pelos seguintes itens: sabonete, tintura e gel de alecrim pimenta; xarope de guaco; xarope de chambá, gel e pomada de babosa; gel e pomada de confrei e elixir de cidreira.

9.1.3 Programação e aquisição

A programação dos medicamentos é a atividade que tem como objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, para atender às necessidades de uma população determinada, considerando-se um certo período.

A aquisição dos medicamentos constitui um conjunto de procedimentos pelos quais

se efetua o processo de compra dos itens definidos na programação, com o objetivo de disponibilizá-los em quantidade, qualidade e custo/efetividade, visando manter a regularidade e o funcionamento do sistema de Assistência Farmacêutica.

Devido à alta demanda por medicamentos, provavelmente relacionada ao aumento da cobertura assistencial no Município, o recurso do Componente Básico não é suficiente para a aquisição de medicamentos, necessitando que o Município aporte recurso além dos valores mínimos definidos na Portaria de Consolidação n.º 6 de 28 de setembro de 2017. No ano de 2024 foram empregados no município de Fortaleza cerca de R\$ 66.719.470,86 para aquisição de medicamentos da Atenção Básica, sendo R\$ 40.292.985,10 oriundos do tesouro municipal.

9.1.4 Armazenamento e distribuição

9.1.4.1 Dispensação de Medicamentos

O município de Fortaleza dispõe de legislação própria para a dispensação de medicamentos, a Portaria n.º 02/2018, que normatiza no âmbito da SMS, a dispensação de medicamentos nas UAPS.

A dispensação de medicamentos em Fortaleza está organizada de acordo com a complexidade dos medicamentos, e é realizada em três tipos de farmácias, contando com 172 pontos de dispensação organizados da seguinte forma:

- 108 Farmácias Básicas das UAPS: dispensam os medicamentos do elenco Básico e alguns itens do Estratégico, insumos para automonitoramento de glicemia capilar, kit de cuidado para lesão medular e curativos;
- 26 Farmácias Polo: dispensam medicamentos do elenco Básico, da Saúde Mental, da Atenção Secundária e do Componente Estratégico;
- 13 Farmácias dos CAPS: dispensam itens da Saúde Mental;
- 16 Farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: dispensam medicamentos de acordo com os PCDT do MS;
- 09 Farmácias/UDM nos SAE: dispensam antirretrovirais e 03 também dispensam medicamentos do Componente Especializado;

Os fitoterápicos produzidos pelo Município são dispensados em algumas UAPS, conforme demanda das Unidades e produção dos itens.

9.1.4.2 Rede de Frio

Consiste num sistema amplo que inclui uma complexa estrutura técnico-administrativa, orientada pelo PNI, que visa à manutenção adequada da Cadeia de Frio, considerada um processo logístico da Rede de Frio de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do PNI que objetiva manter as condições de conservação e refrigeração dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada.

O objetivo da Rede de Frio é assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas características iniciais, a fim de conferir imunidade, haja vista que são produtos termolábeis, isto é, se deterioram depois de determinado tempo quando expostos às variações de temperaturas inadequadas à sua conservação.

A Rede de Frio de Fortaleza conta com duas câmaras frias: uma com 23,46 m² apenas para vacinas; outra de 11,49 m² para medicamentos termolábeis, recebe as vacinas de rotina, imunobiológicos especiais, soros e imunoglobulinas, vacinas de campanha, vacina contra covid-19 e insumos para vacinação (agulhas e seringas) do estado do Ceará.

Esse recebimento ocorre de forma mensal (rotina), trimestral (insumos) e anual (vacinas de campanha), bem como, em casos excepcionais, o recebimento ocorre conforme a necessidade (soros, imunoglobulinas e imunos especiais) para atender pacientes acamados e hospitalizados.

A distribuição para as Unidades de Saúde ocorre de forma mensal, através da análise do Boletim Mensal de Movimento de Imunobiológicos definindo-se a necessidade de vacina para atender ao público. Em caso de necessidade, podem ocorrer pedidos extras no decorrer do mês para atender ações de vacinação que ocorreram posteriormente ao fechamento do boletim mensal.

Em 2024, a Rede de Frio recebeu do PNI e distribuiu para Unidades de Saúde aproximadamente: 1.673.000 doses de vacinas de rotina; 937.000 doses de vacina para a Campanha de Vacinação contra Gripe; 330.000 doses de vacina para a Campanha de Vacinação Antirrábica Animal; 266.000 doses de vacina contra covid-19; 740 doses de imunobiológicos especiais, soros e imunoglobulina.

9.1.5 Farmácia Viva

As atividades voltadas à implantação e qualificação de Farmácias Vivas iniciadas em 2024 têm por finalidade a melhoria da assistência à saúde do usuário, ampliando o acesso da população às plantas medicinais e fitoterápicos de qualidade, com garantia de segurança e eficácia.

Foram inauguradas, em 2023, as Farmácias Viva I das UAPS: Frei Tito e Gothardo Peixoto, porém, estão com suas produções suspensas devido às dificuldades de manutenção. Atualmente, o Programa Farmácia Viva de Fortaleza (PFVF) possui 01 Farmácia Viva III (Oficina Farmacêutica Maria Lúcia Gurgel) e realiza o cultivo de plantas medicinais no Horto Municipal Falconete Fialho.

O ano de 2024 foi concluído com uma média de 18 unidades de saúde dispensando medicamentos fitoterápicos e foram produzidos 3.729 frascos de medicamentos.

Ainda em 2024, o município de Fortaleza foi convidado pelo MS para integrar o Projeto de Modelagem em Fitoferidas. A proposta do projeto de Fitoferidas é fundamentada na necessidade de fortalecimento das políticas de APS, especificamente da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, no campo das plantas medicinais e fitoterapia nos serviços da RAS, a partir do mapeamento de experiências exitosas no cuidado em feridas agudas e crônicas com a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos.

O projeto Fitoferidas está sendo desenvolvido em formato piloto na UAPS Frei Tito, por enfermeira estomaterapeuta com o suporte da farmacêutica e do agrônomo do PFVF. Até o presente momento, o projeto tem apresentado resultados exitosos relacionados ao tratamento de lesões em pacientes com Diabetes Mellitus.

Espera-se, com a expansão das atividades relacionadas à fitoterapia, ampliar o atendimento com fitoterápicos e plantas medicinais, expandindo assim a quantidade de unidades e de pessoas atendidas com plantas medicinais e fitoterápicos no Município.

9.1.6 Demandas Judiciais

Para gerenciamento das demandas judiciais, a COAF utiliza o Sistema S-JUD que possui as funcionalidades de cadastro, solicitações, movimentação, inventários e relatórios. O S-JUD encontra-se em funcionamento desde 2022.

As demandas judiciais têm crescido ao longo dos anos no município de Fortaleza,

principalmente no que se refere aos itens: medicamentos, fraldas e dietas, sendo a COAF a Coordenadoria responsável pela aquisição e atendimento. Esses itens não possuem previsão de fornecimento ou financiamento estabelecido pela Política de Assistência Farmacêutica.

Em 2023 foram atendidos 5.615 processos judiciais com um gasto de R\$ 10.830.880,15, e em 2024 foram 7.180 correspondendo a um gasto de R\$ 11.864.004,16.

9.1.7 Farmácia Clínica

O serviço de Farmácia Clínica está disponível nas 26 Farmácias Polo. Em 2024 foram realizados 76.870 atendimentos farmacêuticos principalmente para idosos, gestantes e RN que realizam o tratamento da toxoplasmose, pessoas com diabetes e hipertensão. Abaixo, segue a relação dos atendimentos realizados:

- ✓ Rastreamento em Saúde;
- ✓ Revisão da Farmacoterapia;
- ✓ Prevenção, Identificação e Notificação de Reações Indesejáveis;
- ✓ Conciliação Medicamentosa;
- ✓ Promoção do Uso dos Medicamentos por Tempo Adequado;
- ✓ Atendimento e Acompanhamento Farmacêutico;
- ✓ Gestão da Condição de Saúde;
- ✓ Determinação de Parâmetros Clínicos;
- ✓ Orientações Gerais sobre o Uso de Medicamentos;
- ✓ Educação em Saúde.

Por meio do acompanhamento de indicadores obtidos pelo Sistema *Fast Medic*, é possível mapear o uso de medicamentos no município de Fortaleza e propor melhorias contínuas.

Ao final de 2024, o indicador de “medicamentos prescritos x medicamentos atendidos” nas unidades de saúde da APS apresentou resultado de 94,38%, sendo os medicamentos mais prescritos aqueles destinados ao tratamento de hipertensão e diabetes.

A análise das prescrições atendidas com medicamentos injetáveis revelou um discreto aumento comparando-se ao ano de 2024 (5,65%) ao de 2025 (6,74%). Em relação ao uso de antibióticos a situação foi similar, alcançando em 2024, 12,83% e em 2025,

12,98%, ressaltando-se a necessidade de ações de educação contínua com prescritores e usuários sobre o uso racional de antimicrobianos. Sobre o uso de benzodiazepínicos e antidepressivos, estiveram presentes em 3,38 % e 9,38% das receitas atendidas em 2025, respectivamente.

Ainda no contexto do Uso Racional de Medicamentos destaca-se o estudo realizado em parceria com a UFC, que entrevistou 117 pacientes nas Farmácias Polo do Município em 2023, revelando percentual de 58,11% de pacientes em uso de cinco ou mais medicamentos.

Diante disso, destaca-se a necessidade de fortalecimento da implementação da Farmácia Clínica, conforme estabelecido na Portaria Municipal n.º 951/2024.

9.1.8 SADT

O SADT garante um diagnóstico e/ou monitoramento de diversas patologias que requerem exames de imagem, hemodinâmica, eletroneurofisiologia, patologia clínica (hemogramas, análises bioquímicas, hormônios), citopatologia e anatomopatológico.

Tratando-se de exames laboratoriais, esse serviço contempla as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, conforme descrito a seguir:

- Pré-Analítica: compreende a solicitação de exames, cadastro e orientação do paciente sobre o procedimento, coleta, organização e transporte do material coletado.
- Analítica: análise das amostras, validação dos resultados.
- Pós-Analítica: liberação, impressão e emissão dos laudos.

A COAF, através da CEGEAD, participa da monitorização das atividades relacionadas ao apoio diagnóstico laboratorial da SMS, acompanhando mensalmente os indicadores pactuados na APS e Atenção Especializada.

9.1.8.1 SADT na APS

O elenco dos exames é padronizado, e possui uma programação estimada para atender a demanda por regional de saúde. O tempo de atendimento total, cuja meta alcança 95%, é monitorado mensalmente e estabelece prazos para a entrega de laudos.

- Fase Pré-Analítica: a coleta dos exames é realizada em todas as unidades de saúde e segue um cronograma pré-estabelecido com variabilidade dos dias de coletas em cada unidade de acordo com a demanda.

- Fase Analítica: as amostras provenientes das UAPS são processadas e analisadas no laboratório de apoio, conforme contratualização.
- Fase Pós-Analítica: após as análises, os laudos são disponibilizados no Prontuário Eletrônico. Ressalta-se que a Rede Municipal conta com o Laboratório de Apoio do HMDZAN que atua como referência no diagnóstico de Tuberculose e Hanseníase, atendendo à demanda das UAPS que são geridas pelas OSS e os hospitais da Rede Municipal sob a gestão SMS.

9.1.8.2 Atenção Especializada

O Laboratório de Apoio do HMDZAN atua como unidade de apoio aos hospitais da Rede Municipal processando as análises conforme o perfil de cada equipamento.

- Fase Pré-Analítica: os exames são coletados nas unidades hospitalares e as amostras são enviadas para o Laboratório de apoio do HMDZAN.
- Fase Analítica e Pós- Analítica: as análises são realizadas de forma centralizada no referido laboratório, em ambiente com infraestrutura adequada, atendendo as normas sanitárias vigentes. O resultado dos exames é disponibilizado para os profissionais das unidades de coleta em tempo real por meio do sistema informatizado.

Os exames das Policlínicas são de competência das OSS contratualizadas.

9.2 Sistemas Logísticos

O direito de acesso aos serviços de saúde de forma gratuita e igualitária à população é garantido pela Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90, dentre outros instrumentos organizativos que visam à melhoria de acesso à saúde.

Em conformidade aos termos da Lei Orgânica do município de Fortaleza, compete à SMS, a administração direta da prestação de serviços de assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, respondendo, ainda, pela população referenciada na Região de Saúde de Fortaleza, compostas por 44 municípios, por meio de recursos próprios e financiados por outras esferas de governo, reunidas pelo Sistema Local de Saúde do SUS.

As RAS são sistemas organizados por populações, territórios e necessidades de saúde, compostos por pontos de atenção articulados, que devem funcionar de maneira contínua, coordenada e integrada. Para que essa integração ocorra de forma efetiva, é necessário estruturar eixos logísticos e mecanismos que sustentam a operacionalização da Rede e

asseguram eficiência, equidade e qualidade no cuidado.

Os principais eixos logísticos da RAS são:

- Regulação do acesso;
- Prontuário eletrônico integrado;
- Transporte sanitário.

Esses sistemas, junto aos sistemas de apoio, garantem a fluidez da APS, considerada o centro de comunicação, com os serviços especializados.

9.2.1 Regulação em Saúde

A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025, estabelece o marco normativo para a organização da função regulatória no SUS, atualizando e fortalecendo os fundamentos anteriormente definidos.

Essa Política estrutura a regulação em dimensões complementares e interdependentes, essenciais para a ordenação do acesso, a racionalização da oferta de serviços e a promoção da equidade no atendimento à população, ao mesmo tempo em que reafirma e amplia o papel estratégico da APS como ordenadora do cuidado e coordenadora do acesso na rede assistencial.

Nesse novo arranjo, a APS assume protagonismo nos processos regulatórios, especialmente na gestão do cuidado, no acompanhamento longitudinal dos usuários, na qualificação das solicitações de acesso aos demais níveis de atenção e na articulação com os demais pontos da RAS, contribuindo para maior resolutividade, transparência e efetividade dos fluxos assistenciais no SUS.

A Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, quais sejam, Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde.

A Regulação dos Sistemas de Saúde abrange os sistemas municipal, estadual e nacional de saúde e tem como finalidade estabelecer, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, as macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde e tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, por meio da ordenação do acesso e da organização da oferta assistencial no âmbito do SUS.

Essa dimensão compreende a definição de estratégias e macrodiretrizes para a

regulação do acesso, bem como a execução de ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. O seu objeto abrange a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, direcionando-se aos prestadores públicos e privados sob gestão do SUS, tendo como sujeitos os respectivos gestores públicos.

Nesse contexto, a SMS assegura a integral contratualização da Rede Complementar privada e filantrópica do SUS, mantida em 100% de cobertura, principalmente em razão da realização regular de credenciamentos públicos em diversas áreas, como Fisioterapia, Transplante, Terapia Renal Substitutiva e Reabilitação Neuropsicomotora.

Atualmente, a Rede Complementar do SUS no município de Fortaleza é composta por 54 prestadores contratualizados, sendo 27 filantrópicos, 25 privados e 02 hospitais federais. Os processos de contratualização são acompanhados da pactuação de planos operativos, balizados por quantitativos físicos compatíveis com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população, respeitando os limites financeiros e orçamentários estabelecidos, bem como do monitoramento contínuo dos prazos de renovação de contratos, convênios e aditivos.

A Regulação do Acesso à Assistência, também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, tem como foco a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Essa função é exercida pelos gestores públicos e operacionalizada por meio do Complexo Regulador e de suas unidades operacionais. Essa dimensão abrange a regulação médica, exercida com autoridade sanitária, com vistas à garantia do acesso aos serviços de saúde, fundamentada em protocolos clínicos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

No âmbito municipal, a regulação assume papel decisivo para a garantia do cuidado integral e contínuo. Compete ao gestor municipal adotar medidas administrativas e operacionais que assegurem o encaminhamento adequado dos usuários ao longo das RAS, desde a APS incluindo os serviços de maior complexidade. Nos casos de identificação de indisponibilidade de procedimentos ou serviços no território municipal, cabe ao gestor promover o encaminhamento regulado para outros territórios de saúde, de forma pactuada, considerando critérios técnicos, assistenciais e a capacidade instalada regional.

No município de Fortaleza, o Complexo Regulador Municipal é composto pela Central de Regulação de Leitos e pela Central de Regulação de Procedimentos Ambulatoriais. A Central de Regulação de Leitos é responsável pela regulação de leitos para internações de

urgência e emergência, bem como pela regulação de leitos e autorização de cirurgias eletivas, atuando na articulação entre os serviços hospitalares e as unidades de urgência e emergência da Rede Municipal, incluindo hospitais e UPA 24h. Essa Central funciona de forma ininterrupta, todos os dias da semana, e conta com equipe composta por médicos reguladores, técnicos de apoio à regulação médica e supervisão.

A Central de Regulação de Procedimentos Ambulatoriais é responsável pela regulação de consultas e exames especializados de média e alta complexidade, referenciados pela Atenção Primária, Secundária e Terciária. Seu funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas, e aos sábados, das 7 às 13 horas, contando com equipe multiprofissional composta por médicos reguladores ambulatoriais, técnicos de apoio à regulação e supervisão, distribuídos conforme os turnos de funcionamento.

O sistema de regulação utilizado na regulação hospitalar e na ambulatorial constitui o Prontuário Eletrônico *Fast Medic*, que possui integração com o sistema de regulação utilizado pela SESA/CE, permitindo articulação interfederativa, compartilhamento de informações e ordenação dos fluxos assistenciais entre os diferentes territórios de saúde.

No âmbito da regulação ambulatorial, destaca-se o controle da fila de espera para o acesso de pacientes ambulatoriais dialíticos residentes em Fortaleza. Para o alcance desse objetivo, foram implementadas ações como a manutenção dos contratos firmados com as clínicas de Terapia Renal Substitutiva, com ampliação da oferta conforme a necessidade epidemiológica da população, identificada por meio de relatórios de auditoria. Adicionalmente, houve o fortalecimento do serviço de acolhimento, com escuta qualificada para identificação adequada das necessidades dos pacientes, contribuindo para a desospitalização em tempo oportuno. Observou-se o fortalecimento dos serviços prévios ao transplante, garantindo o agendamento das consultas pré-transplantes e incentivando a inserção dos pacientes na fila de transplante.

Atualmente, a SMS possui 870 filas ambulatoriais, dentre essas 130 apresentam processo regulatório. Dentre os procedimentos ambulatoriais com maiores filas de usuários aguardando agendamento, destacam-se eletrocardiograma, ultrassonografia transvaginal, ultrassonografia de abdômen total. Ressalta-se ainda que nessas filas há predominância de usuários na faixa etária entre 50 e 59 anos e do sexo feminino (68%).

Nesse contexto, a SMS vem consolidando um compromisso efetivo com a redução das filas ambulatoriais por meio de investimentos estratégicos e ampliação da Rede Assistencial.

Esse esforço conjunto resultou em quedas expressivas nos tempos de espera, como demonstra o setor de mamografias, que registrou redução de 28,7% na fila geral, passando de 42.426 para 30.230. Esse impacto positivo decorre do aumento da oferta desses exames em duas Policlínicas e nos hospitais: HDGMJW, HDGMBC, HDGMM e HMDZAN.

O avanço na área de diagnóstico por imagem é ainda mais acentuado nas tomografias, que apresentaram uma redução global de 45,1% com destaque para tomografia de crânio, cuja fila foi reduzida em 53,3%, declinando de 16.308 para 7.612 pacientes à espera. No âmbito das ressonâncias magnéticas, o Município também obteve progresso com uma diminuição de 6,14% no quadro geral e uma queda significativa de 25,2% especificamente nas ressonâncias de coluna lombossacra. Tais resultados foram viabilizados pela ampliação da oferta de serviços no IJF a partir de abril de 2025 e pela parceria estratégica com a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza no suporte às tomografias.

Complementando o ciclo de melhorias, a fila para a realização de eletrocardiogramas apresentou uma redução de 18,47%, reduzindo o contingente de 285.276 para 232.567 solicitações. Este avanço foi impulsionado pela disponibilização de aparelhos de eletrocardiograma para todas as UAPS no final de 2025.

Em 2024, foi criado o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), com o objetivo de ampliar o acesso da população a consultas e exames especializados, em especial no atendimento ambulatorial. No ano seguinte, em 2025, foi criado o Programa Agora Tem Especialistas (Portaria GM/MS n.º 6.385, de 28 de dezembro de 2024), ao unificar o PMAE e o Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF) criado em 2023, com componentes Ambulatorial, Cirúrgico, Acesso à Radioterapia, Créditos Financeiros, SUS Digital, Ressarcimento ao SUS, Provimento, aprimoramento e formação e Serviços Especializados Complementares.

O componente ambulatorial é representado pelas OCI que abrangem um conjunto de procedimentos e dispositivos de gestão do cuidado inerentes a uma etapa da Linha de Cuidado para um agravo específico. Assim sendo, objetiva agilizar e desburocratizar o acesso às consultas e exames especializados, reduzindo filas e tempos de espera; promover a integração dos serviços de Atenção Especializada à Saúde; fomentar a ressignificação do modelo de gestão de filas e regulação do acesso, centrado na pessoa e otimizando sua jornada, pautado em critérios clínicos na oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde, a estratificação de risco e a vulnerabilidade. Nessa oferta, são

contempladas as especialidades: cardiologia, ginecologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia e otorrinolaringologia.

No Plano de Ação Regional da Região de Saúde de Fortaleza, o Município pactuou a realização de 35.599 OCI sendo 25.211 com prestadores e 10.388 na Rede Própria tendo a execução sido iniciada em março de 2025 na Policlínica Lusmar Veras.

Porém, alguns desafios, como encaminhamentos de paciente fora do perfil, absenteísmo, dificuldade de adequação dos prestadores, algumas fragilidades na articulação entre APS e Atenção Secundária, além da hegemonia de um modelo de gestão das filas focado nos procedimentos em detrimento ao cuidado integrado, impactaram a execução dos procedimentos pactuados, totalizando 436 OCI concluídas no ano de 2025.

No âmbito das cirurgias eletivas, à luz do PNRF, o componente cirúrgico do Programa Agora Tem Especialistas objetiva a ampliação do acesso a cirurgias eletivas, a redução do tempo de espera e a qualificação da atenção especializada. Sobre as ofertas da SMS, as principais especialidades são ortopedia/traumatologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia e oncologia, sendo os procedimentos mais comuns: colecistectomia, amigdalectomia, artroplastia e hernioplastia incisional.

Entre agosto de 2025 e janeiro de 2026, houve redução geral das filas de cirurgia eletiva em 12% (15.485 para 13.614), ampliação da realização de cirurgias eletivas, com execução de meta física em 123,35% e execução da meta financeira em 182,26%, acumulando 11.711 cirurgias autorizadas.

Como destaque dessas reduções, houve diminuição de 23% (908 para 695) na fila de colecistectomia e diminuição de 10% (470 para 423) na fila de hernioplastia incisional.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15/12/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025**. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 15/12/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde**: balanço das ações 2021 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_avancos_desafios_aps.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Nota Metodológica B2 – Tratamento Concluído**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-saude-bucal/nota-metodologica-b2-tratamento-concluido>. Acesso em 15/12/2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em Situação de Rua**: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília: MDHC, ago. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br>. Acesso em: janeiro de 2026.

LECUCA – **Levantamento de Cenas de Uso em Capitais 2021**. Disponível em: chromeextension://efaidnbmninnibpcjpcgclcfndmkaj/https://lecuca.uniad.org.br/Relatorio-LECUCA22_Final.pdf Acesso em: novembro de 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

RIBEIRO, Jean Sousa; BOMTEMPO, Denise Cristina. Migração internacional e trabalho na cidade de Fortaleza-CE. In: CONGRESSO DE GEÓGRAFOS BRASILEIROS, 9., 2024. **Anais eletrônicos**. Fortaleza: Associação dos Geógrafos Brasileiros, 2024. Disponível em: https://www.cbg2024.agb.org.br/resources/anais/9/cbg2024/1727746163_ARQUIVO_5f0df48d2dcfc1ade91985c4390991a7.pdf. Acesso em: 15/12/2025.

SARAIVA, J.M.M.; BARROS, R.K.Q; NORONHA, S.L. Diagnóstico – **População em Situação de Rua**. **Instituto de Arte e Cidade do Ceará**. 16p. Disponível em: <https://www.iacce.org.br/wp-content/uploads/2026/01/Diagnostico-%E2%80%93-Populacao-em-Situacao-de-Rua.pdf>. Acesso em 30/01/2026.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação**: saúde de adolescentes. Rio de Janeiro: SBP, 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/obj>. Acesso em: 15/12/2025.

WHO. World Health Organization. **Adolescent health**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>. Acesso em: 15/12/2025.



FORTALEZA
PREFEITURA

SAÚDE