



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Saúde

**Plano Estadual de Saúde
2007 - 2010**

2008

Governo do Estado do Ceará

CID FERREIRA GOMES
Governador

Francisco José Pinheiro
Vice - Governador

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
João Ananias Vasconcelos Neto
Secretário

Francisco Marcelo Sobreira
Secretário - adjunto

Raimundo José Arruda Bastos
Secretário - executivo

Direção Superior

Conselho Estadual de Saúde - CESAU

Secretaria Executiva
Noélia Ribeiro Pinheiro
Francisco das Chagas Dias Monteiro

Assessorias

Ouvidoria
Ana Paula Girão Lessa

Jurídica – ASJUR
Maria de Fátima Nepomuceno Nogueira

Comunicação e Informação – ASCOM
Maria Selma de Oliveira

Planejamento e Gestão – ASPLAG
João Washington de Meneses

Coordenadorias

Políticas e Atenção à Saúde – COPAS
Vera Maria Câmara Coelho

Promoção e Proteção à Saúde – COPROM
Manoel Dias da Fonseca Neto

Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – CORAC
Lilian Alves Amorim Beltrão

Assistência Farmacêutica – COASF
Marco Aurélio Schramm Ribeiro

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – CGTES
Francisca Lúcia Nunes Arruda

Administrativo - Financeira – COAFI
Eugênio José Cirino Bessa

Regionais de Saúde – CORES
Ana Márcia Almeida Rodrigues Dantas

Coordenação

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO - ASPLAG
João Washington de Meneses

Comissão de Elaboração

Ana Paula Girão Lessa
Cícera Borges Machado
Fidelarina Teixeira do Carmo
Ismenia Maria Barreto Ramos
João Washington de Meneses
Luiza de Marilac Barros Rocha
Marco Aurélio Schramm Ribeiro
Maria Helena Lima Sousa
Manoel Dias da Fonseca Neto
Noélia Ribeiro Pinheiro
Nágela Maria dos Reis Norões
Newton Kepler de Oliveira
Sebastiana Shirley de Oliveira Lima
Sílvia Maria Negreiros Bonfim Silva
Vera Maria Câmara Coelho

Revisão

Ismenia Maria Barreto Ramos
Luis Carlos Aires Barreira Nanan
Maria Aragão Sales Cavalcante
Vera Maria Câmara Coelho

Colaboração

Gestores e Técnicos da SESA
Participantes das Oficinas Regionais de Planejamento 2007
Equipes dos Núcleos de Análise em Saúde e de Vigilância Epidemiológica
Equipe da Assessoria de Planejamento e Gestão

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Missão

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

Visão de Futuro

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

Valores

Universalidade
Integralidade
Eqüidade
Solidariedade
Respeito às Diversidades
Ética
Honestidade
Justiça Social
Humanização
Participação

Gestão Pública por Resultados

Saúde Descentralizada com Qualidade
População mais Sadia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	15
3 ANÁLISE SITUACIONAL	18
3.1 Aspectos Demográficos e Socioeconômicos	18
3.1.1 Caracterização Territorial, Limites e Regionalização	18
3.1.2 Demografia	18
3.1.3 Indicadores de Desenvolvimento	22
3.1.4 Infra-Estrutura	26
4 ATENÇÃO À SAÚDE	29
4.1 Atenção Primária à Saúde	29
4.2 Atenção Secundária e Terciária	32
4.3 Atenção às Urgências e Emergências	34
5 CONDIÇÕES DE SAÚDE	38
5.1 Mortalidade	38
5.2 Morbidade	46
6 APOIO À CAPACIDADE RESOLUTIVA DO SETOR SAÚDE	64
6.1 Assistência Farmacêutica	64
6.2 Hemoderivados	65
6.3 Rede de Laboratórios de Saúde Pública	66
6.4 Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle	68
7 GESTÃO EM SAÚDE	68
7.1 Descentralização da Gestão	68
7.2 Estrutura Organizacional da SESA	68
7.2.1 Organograma da SESA	70
7.3 Financiamento e Gastos com Saúde no Ceará	71
7.4 Investimentos em Saúde	85
7.5 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	85
7.6 Participação Social	90
8 PROBLEMAS PRIORITÁRIOS	93
9 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS ESTRUTURANTES	100
10 FINANCIAMENTO	102
11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	107
12 REFERÊNCIAS	109
ANEXO	111
Anexo 1 - Estrutura Organizacional da SESA	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmide populacional. Ceará, 1991	20
Figura 2	Pirâmide populacional. Ceará, 2000	20
Figura 3	Número de equipes do Programa Saúde da Família implantadas. Ceará, 2003 a 2006	29
Figura 4	Cobertura populacional do Programa Saúde da Família. Ceará, 2003 a 2006	30
Figura 5	Proporção de exodontias/ procedimentos básicos individuais e número de equipes de saúde bucal. Ceará, 2003 a 2006	30
Figura 6	Mortalidade proporcional pelas principais causas (cap. CID 10). Ceará, 1979 a 2006	38
Figura 7	Número de óbitos e taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Ceará, 1997 a 2006	40
Figura 8	Taxa de mortalidade segundo o tipo de causa externa. Ceará, 1997 a 2006	41
Figura 9	Taxa de mortalidade por acidente de trânsito. Ceará, Fortaleza e Interior, 1997 a 2006	42
Figura 10	Taxa de mortalidade pelas principais causas de neoplasias malignas no sexo masculino. Ceará. 2003 a 2006	43
Figura 11	Taxa de mortalidade pelas principais causas de neoplasias malignas no sexo feminino. Ceará, 2003 a 2006	43
Figura 12	Taxa de mortalidade infantil. Ceará, 1997 a 2006	44
Figura 13	Taxa de mortalidade infantil (TMI) e TMI neonatal e pós-neonatal. Ceará, 1997 a 2006	44
Figura 14	Mortalidade infantil proporcional por causas. Ceará, 1997 a 2006	45
Figura 15	Mortalidade infantil (todas as causas e por causas perinatais). Ceará, 1997 a 2006	45
Figura 16	Número de óbitos (causas obstétricas) e Razão de mortalidade materna (RMM). Ceará, 1997 a 2006	45
Figura 17	Número e proporção de partos cesáreos. Ceará, 1997 a 2006	46
Figura 18	Número de casos e taxa de incidência de Rubéola. Ceará, 1994 a 2006	48
Figura 19	Número de casos e taxa de incidência de Sarampo. Ceará, 1994 a 2006	49
Figura 20	Número de casos de Tétano acidental. Ceará, 1994 a 2006	49
Figura 21	Número de casos de Tétano neonatal. Ceará, 1994 a 2006	50
Figura 22	Número de casos de Meningites por <i>Haemophilus influenzae</i> e a cobertura vacinal de menores de 1 ano em ações de rotina (DTP + Hib). Ceará, 1994 a 2006	51
Figura 23	Número de casos de Meningite tuberculosa e a cobertura vacinal de menores de 1 ano em ações de rotina (BCG). Ceará, 1994 a 2006	51
Figura 24	Número de casos de Coqueluche e cobertura vacinal (DTP ou DTP + Hib). Ceará, 1994 a 2006	52
Figura 25	Número de casos de Difteria e cobertura vacinal (DTP ou DTP + Hib). Ceará, 1994 a 2006	52
Figura 26	Número de casos de AIDS. Ceará, 1997 a 2006	53
Figura 27	Número de casos de Sífilis congênita. Ceará, 1990 a 2006	54
Figura 28	Número de casos de Hepatite B. Ceará, 1997 a 2006	54

Figura 29	Número de casos e taxa de incidência de Dengue. Ceará, 1986 a 2006	55
Figura 30	Número de casos e taxa de incidência de Leishmaniose tegumentar. Ceará, 1986 a 2006	56
Figura 31	Número de casos e taxa de incidência de Leishmaniose visceral. Ceará, 1986 a 2006	57
Figura 32	Número de casos de Raiva humana. Ceará, 1995 a 2006	57
Figura 33	Número de casos e taxa de incidência de Leptospirose. Ceará, 1986 a 2006	58
Figura 34	Número de casos e taxa de incidência de Hepatite A. Ceará, 1986 a 2006	58
Figura 35	Número de casos e taxa de incidência de Febre tifóide. Ceará, 1995 a 2006	59
Figura 36	Número de casos novos taxa de detecção de Hanseníase. Ceará, 1992 a 2006	59
Figura 37	Número de casos novos e taxa de incidência de Tuberculose de todas as formas. Ceará, 1993 a 2006	60
Figura 38	Número de casos de hepatites virais. Ceará, 1995 a 2006	61
Figura 39	Número de casos de Hepatite C. Ceará, 1997 a 2006	61
Figura 40	Número de casos de meningites em geral e Doença meningocócica. Ceará, 1994 a 2006	62
Figura 41	Percentual de internação por capítulo (CID 10). Ceará, 1998 a 2006	63
Figura 42	Distribuição dos recursos orçados e gastos, por fonte. Ceará, 2006	73
Figura 43	Evolução dos gastos com saúde, por fonte de recursos, população e gasto <i>per capita</i> . Ceará, 2000 a 2006	75
Figura 44	Financiamento dos recursos públicos em saúde nas três esferas de governo. Ceará, 2004 a 2006	81
Figura 45	Gerenciamento dos recursos públicos para a saúde nas três esferas de governo. Ceará, 2004 a 2006	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População residente. Ceará, Nordeste e Brasil, 1970 a 2000	18
Tabela 2	Referencial comparativo da situação demográfica do Ceará em relação ao contexto nacional. 2005	19
Tabela 3	População total e percentual segundo grupos etários. Ceará, 2000	20
Tabela 4	Distribuição percentual dos grandes grupos populacionais, por sexo. Ceará, 1991, 2000 e 2005	21
Tabela 5	Número de Agentes Comunitários de Saúde atuantes. Ceará, 2003 a 2006	31
Tabela 6	Investimentos anuais com Agentes Comunitários de Saúde – Recursos do Tesouro. Ceará. 2003 a 2006	31
Tabela 7	Número de óbitos por grupos de causas mais freqüentes, por faixa etária no sexo masculino. Ceará, 2006	39
Tabela 8	Número de óbitos por grupos de causas mais freqüentes, por faixa etária no sexo feminino. Ceará, 2006	40
Tabela 9	Número de casos de doenças/ agravos de notificação compulsória. Ceará, 2002 a 2006	46
Tabela 10	Número de casos de doenças notificáveis por faixa etária. Ceará, 2006	47
Tabela 11	Número de casos de doenças notificáveis, mais freqüentes, por faixa etária no sexo feminino. Ceará, 2006	47
Tabela 12	Número de casos de doenças notificáveis mais freqüentes por faixa etária no sexo masculino. Ceará, 2006	48
Tabela 13	Número e percentual de internação por capítulo (CID10). Ceará, 1998 a 2006	63
Tabela 14	Financiamento e gastos em saúde da SESA, por órgão e fonte de recursos em 2006 e valor orçado para 2007 – R\$ 1,00. Ceará	72
Tabela 15	Distribuição dos recursos orçados e gastos por fonte. Ceará, 2006	73
Tabela 16	Evolução dos gastos reais da SESA, por fonte de recursos, população e gasto <i>per capita</i> . Ceará, 2000 a 2006	74
Tabela 17	Gastos da SESA por programa e fonte de recursos. Ceará, 2006	76
Tabela 18	Gasto dos programas da SESA, por grupo de despesa e fonte de recursos. Ceará, 2006	78
Tabela 19	Gastos da SESA, por unidade orçamentária. Ceará, 2006	80
Tabela 20	Gasto público das três esferas de governo no Estado do Ceará, gasto <i>per capita</i> e proporção do gasto estadual com saúde em % do PIB/CE,. Ceará, 2004 a 2006	82
Tabela 21	Número de municípios segundo o cumprimento da EC 29/ 2000. Ceará, 2000 a 2006	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Índice de desenvolvimento municipal (IDM) por grupo de indicadores – Região Metropolitana de Fortaleza e municípios selecionados. Ceará, 2004	23
Quadro 2	Pólos de urgência e emergência e população. Ceará, 2007	35
Quadro 3	Pólos de urgência e emergência. Ceará, 2007	36
Quadro 4	Distribuição dos casos de Dengue clássico e Dengue hemorrágico e tipo de vírus circulante. Ceará, 1986 a 2006	55
Quadro 5	Servidores da SESA	86
Quadro 6	Horas contratadas em cooperativas	86
Quadro 7	Pessoal a ser lotado na SESA (Concurso 2006)	86
Quadro 8	Programa OuvidorSUS – recorrências nas demandas	92
Quadro 9	Consolidado dos recursos financeiros por programas estratégicos da saúde, no Plano Estadual de Saúde. Ceará, 2008	102
Quadro 10	Programa: 536 - Fortalecimento da atenção primária à saúde	103
Quadro 11	Programa: 076 - Atendimento à pessoa idosa	103
Quadro 12	Programa: 074 - Programa de atenção à pessoa com deficiência	103
Quadro 13	Programa: 535 - Fortalecimento da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário	104
Quadro 14	Programa: 559 - Vigilância em saúde	105
Quadro 15	Programa: 005 - Sistema integral de assistência farmacêutica	105
Quadro 16	Programa: 554 - Gestão do trabalho e educação em saúde	106
Quadro 17	Programa: 553 - Gestão, controle social e desenvolvimento institucional do SUS	106
Quadro 18	Programa: 888 - Gestão e tecnologia da informação	106
Quadro 19	Programa: 400 - Coordenação e manutenção geral – SESA	106

APRESENTAÇÃO

O SUS, ao constituir-se com base no pressuposto da saúde como um direito de cidadania, corresponde a um espaço que é fundamentalmente público. Entendemos que a sustentabilidade e efetivação do SUS passam por uma relação de coerência entre propósitos de governo, métodos e organizações. (Rivera, 1989).

Estamos vivendo um momento novo para o Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Saúde, que diferentemente se apresenta, definindo compromissos entre os gestores, considerando prioridades e resultados por meio de um processo de pactuação e acordos documentados no Termo de Compromisso, primando pelo aperfeiçoamento do SUS no nosso Estado enfocando sempre os seus princípios e diretrizes fundamentados na Constituição de 1988 e nas Leis que a partir de então foram editadas.

A gestão estadual 2007-2010 apresenta para a saúde o compromisso de modernizar o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado” constituindo um sistema de saúde humanizado, coerente com os princípios norteadores do SUS, que garanta atenção integral à saúde a todo cidadão cearense bem como transforme o Ceará em pólo produtor de ciência e tecnologia na área de saúde.

Neste sentido cumprindo estas demandas, o planejamento em saúde, enquanto instrumento operacional de uma gestão, passa a ter presença no arcabouço legal do SUS desde a Portaria 399/2006 e sua regulamentação até o Termo de Compromisso de Gestão.

E, reconhecendo esta importância, construímos um Plano Estadual de Saúde, que ora apresentamos, que será referencial orientador da nossa gestão 2007-2010, ou seja, a expressão concreta do nosso “querer fazer” de modo a garantir a integralidade da atenção, a eleição de medidas necessárias à execução e efetivação deste compromisso assumido.

A construção deste plano não é resultado de um esforço meramente técnico, porém uma busca à luz de uma análise situacional com bases nos indicadores e determinantes de saúde e doença e, no que se refere à análise de viabilidade política das ações propostas, tendo sempre o foco no triângulo de governo que, para Matus, trata-se de uma avaliação sistemática sobre a Força para implementar ações de governo e a capacidade de gestão.

Reconhecendo os desafios para o planejamento e para a gestão da saúde no Estado deparamo-nos com a necessidade de dotar este processo, para a efetivação do SUS, de flexibilidade e efetividade que fortaleçam cada vez mais a descentralização e a diversidade de seus processos de trabalho, a participação efetiva dos trabalhadores de saúde e dos usuários em seu direcionamento e controle.

Nossa gestão para a saúde, comprometida com a construção de um plano por meio de um amplo debate com estes segmentos opta pelo planejamento estratégico, cujo referencial, definido por Teixeira (2001), se baseia nas dimensões política, econômica e técnica que, dentre os problemas característicos do nosso Estado, exercem grande influência para a eleição de prioridades e estratégias de ação com foco nos princípios éticos, culturais, na utilização de informações, conhecimentos e tecnologias incluindo o balanço entre recursos disponíveis e mecanismos para a sua operacionalização.

A base de elaboração do plano se deu a partir da análise das relações com a

gestão, a atenção em saúde, o financiamento e o controle social na expectativa de apresentarmos linhas de ação capazes de promover mudanças na vida dos cidadãos.

E, por ter sido construído de forma participativa, esperamos que este plano subsidie discussões e reflexões e que apresente capacidade de monitoramento e avaliação que consolidem ações estratégicas mais exequíveis conciliando a proposta do Estado às necessidades da sociedade.

João Ananias Vasconcelos Neto
Secretário da Saúde

1 INTRODUÇÃO

O governo refere-se à ação prática, e se ela pretende ser eficaz, o processo de governo e o processo de planejamento devem coincidir, no presente, como um cálculo que precede e preside a ação. (Carlos Matus)

A efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta desafios fundamentais para o planejamento e a gestão da saúde no nosso Estado. A esta se impõe a necessidade de reestruturação e ajustes dotando-a da flexibilidade e efetividade necessárias à descentralização da gestão e à complexidade e diversidade de seus processos de trabalho, assim como mecanismos que possibilitem a participação efetiva de profissionais e usuários em seu direcionamento e controle. Isso exige uma coordenação da ação compatível com a natureza da missão institucional e de seus processos de trabalho.

Neste sentido, o plano de saúde constitui importante instrumento para viabilizar as políticas que permeiam este compromisso, as perspectivas dos gastos, dos trabalhadores, conselheiros de saúde e os demais segmentos da sociedade.

Esta importância é demonstrada na legislação que orienta e regulamenta o SUS e seus princípios contidos na Constituição de 1988.

A Lei nº 8.080/90 estabelece como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde”(Art.15), e que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Este mesmo artigo atribui às três esferas de gestão do sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde.” Relativo ao Planejamento e Orçamento, o parágrafo 1º do Art. 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na perspectiva da proposta orçamentária”.

A Lei nº 8.142/90 fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, estados e o Distrito Federal, deverão ter por base o Plano de Saúde (Art. 4o). Igualmente, o Decreto nº 1.232/94, quando da transferência de recursos Fundo a Fundo, refere que no plano de saúde deverá constar a previsão de recursos segundo estimativas populacionais e o acompanhamento da conformidade de aplicação dos recursos transferidos.

Mais recentemente a questão do planejamento, dentro do SUS, também está presente na construção do pacto através da Portaria 399/2006 que apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde firmado entre os gestores do SUS, em suas dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Portaria nº 699/2006 que regulamenta este pacto e o instrumento de formalização, que é o Termo de Compromisso de Gestão, assegura que o Plano de Saúde deverá apresentar metas comprometidas e seus instrumentos de acompanhamento e gestão.

Neste enfoque o planejamento passa a ter um papel fundamental, estruturado através de um Sistema com funções e responsabilidades regulamentadas nas Portarias 3.085/2006 e 3.332/2006, passando o Plano de Saúde a ser a expressão concreta do processo de planejamento, instrumento básico cuja formulação e implementação também se estrutura em blocos de financiamento.

Matus (1996) afirma que a necessidade de planejar traz em si, em primeiro lugar, o reconhecimento de que queremos governar nosso futuro em direção satisfatória, ou seja, queremos mudanças em determinada situação que se mostra insatisfatória.

Para tanto afirma também que o planejamento é um processo técnico-político resultante de um jogo de atores em interação, conflito, cooperação e alianças, os quais têm suas próprias estratégias e sua particular visão dos problemas e da realidade. Como tal, é indeterminado e constitui um processo aberto, em que o futuro está para ser construído pela interação dos atores.

Sua crítica ao plano normativo consiste, precisamente, nesta concepção aberta do planejamento que não pode ser reduzido a um documento excessivamente estático para acompanhar a dinâmica do jogo social, no qual os atores exercitam sua liberdade e disputam suas estratégias e objetivos. Desta forma, o planejamento é uma atividade de cunho nitidamente político, da mesma forma que a política é um jogo e conflito de estratégias que constituem e requerem, cada vez mais, um esforço de planejamento com os recursos técnicos disponíveis, organizando informações, hierarquizando e ordenando as ações, orientando as decisões. E, como o ator que planeja é parte do processo social e político e está por este contido, ele é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto do planejamento.

Matus (1996) salienta ainda que a essência do método Planejamento Estratégico Situacional - PES reside na mediação entre o conhecimento e a ação, e que o plano elaborado por este método está em elaboração constantemente, mas sempre em condições de dar suporte ao dirigente, sendo imprescindível a estruturação de um sistema operacional de monitoramento, acompanhamento e avaliação deste plano constituído de indicadores que possam fortalecer a gestão pautada nos resultados.

Este processo será enriquecido pela definição dos Programas Estratégicos, seu financiamento, resultados estratégicos e metas físicas estarão contidos no Plano Plurianual 2008-2011 e orientarão a Gestão por Resultado no âmbito da gestão estadual.

2 METODOLOGIA

O processo de elaboração se iniciou com a definição, pelo Comitê Executivo da SESA, da Comissão de Elaboração do Plano com representação dos diversos setores da SESA e do Conselho Estadual de Saúde (CESAU).

A responsabilidade de coordenar este processo ficou a cargo da Assessoria de Planejamento da SESA (ASPLAG), definindo o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como o ponto de partida para a mobilização da sociedade e suas representações.

Existem no Brasil quatro caminhos básicos do planejamento: a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento comunicativo e a gestão estratégica em saúde. Tais caminhos têm por objetivo superar as dificuldades de organização do setor saúde e reformular suas práticas e, em sua maioria, apoiam-se no PES para a elaboração de suas abordagens. (Marhy, 1995)

O sentido estratégico do planejamento (Matus, 1996, p. 36) supõe formulação de objetivos e superação de dificuldades que outros atores sociais apresentam. Assim, o cálculo estratégico supõe uma relação com o outro.

Esta visão subsidiou a decisão da SESA para a realização de seminários microrregionais envolvendo gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade, políticos e conselheiros de saúde para apresentação da análise situacional e de tendências em saúde e a fim de provocar discussões entre os saberes locais frente a um quadro apresentado. A análise da situação de saúde propiciou um olhar crítico sob a ótica da regionalização caracterizando os riscos, agravos e determinantes do processo saúde – doença no Estado subsidiando as discussões nos grupos. Estas discussões foram a base que forneceu subsídios estruturados na identificação de problemas, prioridades e linhas de ação e das demandas da sociedade e de ações Intersetoriais, sendo estas últimas contribuições resultantes dos encontros realizados simultaneamente pela Secretaria de Planejamento e Gestão e o Gabinete do Governador para as discussões de elaboração do Plano Plurianual 2008 - 2011(PPA 2008 - 2011) com a participação dos técnicos de planejamento da SESA e da sociedade.

Para o PES, ao contrário do planejamento normativo que opera cindindo o técnico do político, reproduzindo a departamentalização, o diálogo entre o político e o técnico é fundamental. (Matus, 1996b, p. 57).

A realização de seminários microrregionais propiciou a identificação e explicação dos problemas prioritários em cada região, as contribuições para o Plano Estadual de Saúde fortalecendo a construção colegiada dos Termos de Compromisso de Gestão municipal do Pacto pela Saúde.

Nesse sentido, o processo organizou-se em 3 momentos lógicos flexíveis e ordenados conforme a necessidade apresentada. Isto porque a qualquer momento, poderíamos estar realizando qualquer destes momentos, a saber: Mobilização do público alvo a partir da convocação do Secretário de Saúde, discussão interna da SESA no Comitê Executivo, identificação de pontos convergentes entre aos resultados dos seminários e as demandas apresentadas nos encontros de construção do PPA 2008 - 2011.

Os resultados das discussões e análise dos problemas ficaram assim consolidados:

Demandas da sociedade

- Mortalidade Materna e Infantil (neonatal)
- Doenças do Aparelho Circulatório
- Doenças e agravos não transmissíveis (DANT's)
- Elevado número de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Elevado número de óbitos por AIDS
- Elevado número da mortalidade por DANT's
- Elevado número de internações por diarreia e Insuficiência Respiratória Aguda (IRA)
- Recrudescimento de Hanseníase e Tuberculose

Demandas de ações intersetoriais

- Altas taxas de internação por diarreia e IRA
- Violência e acidente de trânsito (Nº de óbitos por causa externas)
- Dependência química
- Alta incidência de Dengue, Leishmaniose Visceral e Tegumentar
- Gravidez na adolescência
- Falta de água potável, poluição do ar por atividades de mineração (pedreiras, caieiras e cerâmicas)
- Alto índice de intoxicação exógena (agrotóxicos)
- Alta incidência de doenças por infecção parasitária

Problemas Prioritários

Identificados e priorizados nos Encontros Microrregionais, segundo descrição abaixo:

- Elevado número de óbitos e incapacidades por causas externas (acidentes de trânsito e homicídios)
- Alta incidência de Dengue e outras doenças endêmicas (Leishmaniose Tegumentar e Visceral)
- Deficiência na Atenção Básica
- Altas taxas de internação por diarreia e IRA
- Elevado índice da Mortalidade Materna e Infantil
- Altos índices de Doenças e Agravos não transmissíveis (Neoplasias)
- Doenças do aparelho circulatório
- Elevado número de internações por AVC
- Recrudescimento da Hanseníase e da Tuberculose
- Deficiência na Atenção Secundária, baixa resolutividade nos Hospitais Pólo, Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Laboratórios Regionais subutilizados
- Insuficiência da oferta de serviços na Atenção Secundária
- Baixa cobertura e pouca resolutividade nos três níveis de atenção
- Deficiência nas ações ofertada pelos Centros de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST)
- Gravidez na adolescência
- Carência de profissionais especialistas
- Insuficiência de profissionais
- Descompromisso dos profissionais
- Falta de capacitação
- Deficiência das respostas demandadas da Central de Regulação
- Escassez de oferta dos procedimentos da Central de Regulação
- Descumprimento da PPI
- Deficiência na Gestão

- Pouca atuação e autonomia do controle social
- Baixa atuação do Controle Social
- Falta de água potável, poluição do ar por atividades minerais (pedreiras, caieiras e cerâmicas)
- Altos índices de intoxicação exógena pelo uso de agrotóxicos
- Ausência das práticas que visam a preservação ambiental
- Descaso e falta de estímulo à consciência ecológica
- Falta de educação ambiental Latu-sensu, inclusive curricular
- Altos índices de dependência química. (drogadiço)

3 ANÁLISE SITUACIONAL

3.1. Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

3.1.1. Caracterização Territorial, Limites e Regionalização

O Estado do Ceará está localizado na região Nordeste do Brasil, limitando-se a Norte com o Oceano Atlântico, ao Sul com o Estado de Pernambuco, a Leste com os Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba e a Oeste com o Estado do Piauí.

O Ceará possui uma área de 148.825,6 km², o que equivale a 9,57% da área pertencente à região Nordeste e 1,74% da área do Brasil. Desta forma o Estado do Ceará é o quarto maior da Região Nordeste e o 17º entre os Estados brasileiros em termos de extensão.

No que tange à divisão político-administrativa, o Estado está composto por 184 municípios e 806 distritos. A regionalização dos municípios adotada pela Secretaria do Planejamento e Gestão (SEPLAG) é composta por 8 macrorregiões de planejamento e 20 regiões administrativas. Já a regionalização adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) compreende 7 mesorregiões e 33 microrregiões geográficas, regiões estas formadas de acordo com os aspectos físicos, geográficos e de estrutura produtiva.

3.1.2. Demografia

Distribuição da População

Os dados dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) dos anos de 1970, 1980, 1991 e 2000 permitiram a análise do crescimento populacional e as mudanças ocorridas na estrutura demográfica do Estado do Ceará. Na seção referente à distribuição da população, estudaram-se aspectos relacionados à população total, urbana, rural e densidade demográfica.

Quanto ao contingente populacional, o Ceará possuía no ano de 1970 um total de 4.361.603 habitantes (hab.), passando para 5.288.429 hab. em 1980, 6.366.647 hab. em 1991 e 7.430.661 hab. no ano 2000. A população do Estado em 1970 representava 15,52% da população da região Nordeste e 4,68% da população brasileira, percentual que praticamente não se alterou durante os últimos trinta anos, conforme dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - População residente. Ceará, Nordeste e Brasil, 1970 a 2000

Discriminação	1970	1980	1991	2000
Brasil	93.134846	119.011.052	146.825.475	169.799.170
Nordeste	28.111.551	34.815.439	42.497.540	47.741.711
Ceará	4.361.603	5.288.429	6.366.647	7.430.661
CE/NE (%)	15,52	15,19	14,98	15,56
CE/BR (%)	4,68	4,44	4,34	4,38

Fonte: IBGE

No ano de 2006, de acordo com dados da estimativa populacional do IBGE, a população do Estado alcançou 8.217.085 habitantes, um incremento de 10,58% em relação ao contingente populacional no ano 2000.

Em relação à distribuição da população por municípios, observa-se que a mesma não se distribui uniformemente, havendo uma maior concentração nos municípios que compõem a região metropolitana de Fortaleza, notadamente no Município de Fortaleza, o qual detém cerca de 30% da população do Estado. Os municípios com maior contingente populacional no ano de 2006 são: Fortaleza (2.416.920 hab.), Caucaia (313.584 hab.), Juazeiro do Norte (240.638 hab.), Maracanaú (196.422

hab.) e Sobral (175.814 hab.). Os menos populosos são: Baixio (5.955 hab), Senador Sá (5.923 hab.), Potiretama (5.756 hab.), Granjeiro (5.703 hab.) e General Sampaio (4.349 hab.).

No que se refere à distribuição da população segundo situação do domicílio, tem-se uma taxa de urbanização para o Ceará no ano de 2000 igual a 71,53%, percentual inferior ao registrado para o Brasil (81,25%), mas superior ao da região Nordeste (69,07%). Comparando com os valores das taxas de urbanização referente aos anos de 1970, 1980 e 1991, os quais foram iguais a 40,84%, 53,14% e 65,37%, percebe-se que o Ceará vem aumentando sua taxa de urbanização no decorrer dos anos, acompanhando a tendência brasileira, apresentando um maior número de habitantes urbanos a partir da década de 1980. Desde então, de forma progressiva, a população cearense vem se concentrando nas cidades, tendo o Estado atingido em 2000 uma Taxa de Urbanização de 71,53%, como citado anteriormente.

Tabela 2 - Referencial comparativo da situação demográfica do Ceará em relação ao contexto nacional, 2005

Item	Ceará	Brasil
População	8.217.140	181.581.024
Número de municípios	184	5.560
Área Territorial	148.825,6Km ²	8.500.000 Km ²
Densidade Demográfica	55,21 hab/Km ²	21,36 hab/Km ²
População Urbana	71,50%	82,80%

Fonte: IBD 2005/SESA-CE

Os municípios com maiores taxas de urbanização no ano de 2000 foram Fortaleza (100,00%), Eusébio (100,00%), Maracanaú (99,69%), Juazeiro do Norte (95,33%) e Pacatuba (90,97%). Já os municípios com menores Taxas de Urbanização e conseqüentemente maiores contingentes de população rural no total de suas populações foram Choró (23,74%), Granjeiro (23,30%), Aiuaba (21,88%), Tarrafas (21,13%) e Aratuba (17,45%).

Em termos de Densidade Demográfica, o Estado do Ceará registrou no ano 2000 um valor de 49,93 hab/Km², passando para 55,21 em 2006, ou seja, um incremento de cerca de 5 hab/Km².

A distribuição da população no território cearense não é equivalente. A Região Metropolitana de Fortaleza constitui-se na área mais densamente povoada, concentrando o maior número de municípios com maiores densidades demográficas. Ao sul do estado, tem-se a formação de um “*cluster*” de municípios com densidades demográficas que se destacam em relação aos demais municípios desta região, composto pelos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha. Nas demais regiões do Estado verifica-se um grande vazio demográfico, notadamente nas microrregiões Sertão dos Inhamuns, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaruana, Litoral Oeste e Sobral/Ibiapaba. Os municípios com maiores densidades demográficas em 2006 foram Fortaleza (7.718,34 hab/km²), Maracanaú (1.858,37 hab/km²), Juazeiro do Norte (968.14 hab/km²), Eusébio (518.35 hab/km²) e Pacatuba (470,6 hab/km²); e os municípios de Santana do Acaraú (10,28 hab/km²), Poranga (9,35 hab/km²), Independência (8,13 hab/km²), Arneiroz (7,17 hab/km²) e Aiuaba (6,31 hab/km²), os que apresentaram menores densidades demográficas.

Estrutura da População

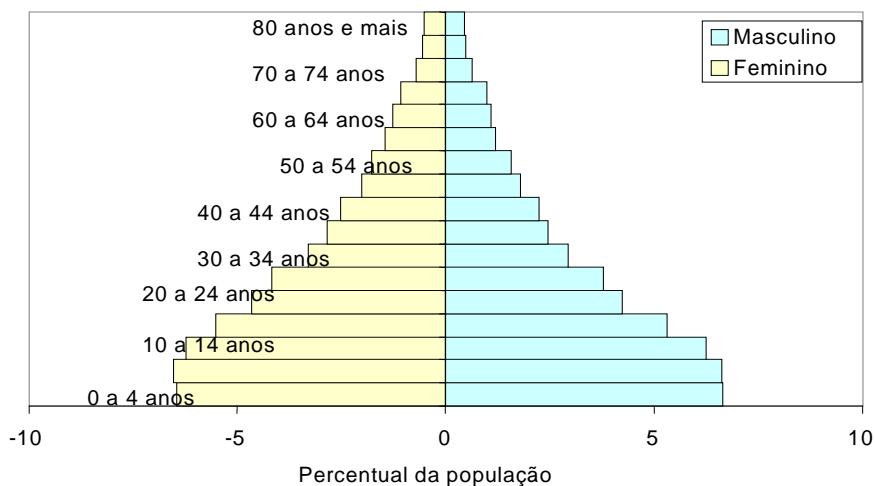
A estrutura etária da população cearense vem se modificando ao longo das décadas em função da queda da fecundidade e da elevação da expectativa de vida, cujos efeitos são expressos no estreitamento da base e no alargamento do topo da pirâmide etária. No ano 2000, 33,54% da população estava na faixa etária de 0 a 14

anos (população jovem), 60,28% tinha entre 15 e 64 anos (pessoas em idade ativa) e 6,18% da população ou 458.884 habitantes, possuía mais de 64 anos (população idosa), conforme dados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - População total e percentual segundo grupos etários. Ceará, 2000

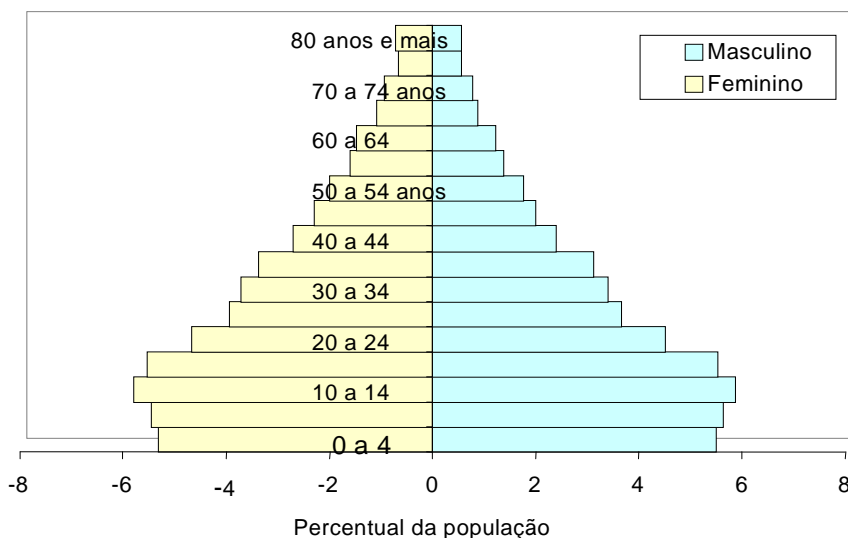
Grupos Etários	População Total			% da População		
	Total	Homens	Mulheres	Total %	Homens	Mulheres
0 a 14 anos	2.492.269	1.263.945	1.228.324	33,54	34,83	32,31
15 a 64 anos	4.479.508	2.156.383	2.323.125	60,28	59,43	61,10
Mais de 64 anos	458.884	208.146	250.738	6,18	5,74	6,59
Total	7.430.661	3.628.474	3.802.187	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE



Fonte: Censo IBGE, 1991.

Figura 1 – Pirâmide populacional. Ceará, 1991



Fonte: Censo IBGE, 2000.

Figura 2 – Pirâmide populacional. Ceará, 2000

Na distribuição dos grupos etários segundo os municípios cearenses, observa-se a diversidade destes indicadores, existindo municípios que possuem uma significativa

parcela de população jovem (0 a 14 anos), outros com maior quantidade de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos), havendo também municípios com expressiva parte da população idosa (maior de 65 anos). Estes resultados são importantes para o planejamento urbano, educacional e da saúde, pois a partir dos mesmos pode-se identificar a faixa etária apta a cursar o ensino fundamental, os locais onde há um contingente expressivo de mão-de-obra em busca de trabalho, as necessidades de planejamento das ações de saúde, entre outros.

Quanto à distribuição da população do Estado por sexo, há um aparente equilíbrio entre o número de homens e mulheres, sendo de 51,17% o percentual de mulheres na população (3.802.187 hab.) e 48,83% o percentual de homens na população (3.628.474 hab.), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição percentual dos grandes grupos populacionais, por sexo. Ceará, 1991, 2000 e 2005

Anos	Distribuição dos Grandes Grupos Populacionais (%)								
	0 a 14 Anos			15 a 64 anos			65 anos e mais		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
1991	38,7	40,1	37,3	56,0	54,7	57,2	5,3	5,2	5,5
2000	33,5	34,8	32,3	60,3	59,4	61,1	6,2	5,8	6,6
2005	29,6	30,6	28,6	63,3	62,9	63,7	7,1	6,5	7,6

Fonte: IBGE – Projeção da População do Ceará por Sexo e Idade: 1991-2005

A razão de sexo, que determina o número de mulheres para cada grupo de 100 homens na população, registrou no ano 2000 um valor igual a 104,78, significando que para cada grupo de 100 homens existem aproximadamente 105 mulheres na população cearense.

Crescimento e Fecundidade

No que tange ao comportamento da taxa média geométrica de crescimento anual do Ceará, constata-se um declínio da mesma nos últimos anos, dado que no período 1940/1950 o Estado registrava uma taxa de crescimento populacional da ordem de 2,6% anual. Com o passar dos anos esta taxa declinou chegando a 1,70% na década 1980/1991, mantendo-se praticamente no mesmo nível na década seguinte, haja vista que no período 1991/2000 registrou-se uma taxa de 1,73%. No período 1991/2000, a taxa média geométrica de crescimento anual da população urbana foi de 2,75%, enquanto a taxa média geométrica de crescimento anual da população rural alcançou um índice negativo, ficando com um valor igual a -0,46%.

Dentre os municípios cearenses, 8 apresentam taxas negativas no período citado anteriormente, variando de -2,78% a -0,50% indicando perda de população; 33 municípios ficaram na faixa de -0,49% a 0,50% indicando estagnação da população; 97 municípios ficaram na faixa de 0,51% a 1,87% apresentando crescimento populacional baixo; 35 municípios (www.ipece.ce.gov.br), foram inseridos na faixa de 1,88% a 3,15% apresentando crescimento populacional médio e 5 municípios têm taxas superiores a 3,15%, significando um alto crescimento, sendo os mesmos: Horizonte (7,06%), Eusébio (4,94%), Caucaia (4,74%), Pacajus (3,69%) e Martinópole (3,26%).

Em relação à taxa de fecundidade da população cearense, a mesma passou de 3,72 no ano de 1991 para 2,84 filhos por mulher no ano 2000, acompanhando a tendência brasileira de decréscimo, onde no ano de 1991 registrou-se um valor de 2,88 passando para 2,33 em 2000. A fecundidade é entendida como o número médio de filhos que uma mulher teria ao longo de seu período reprodutivo.

No âmbito municipal, tinha-se em 1991 um total de 125 municípios com taxa de fecundidade superior a 4,05 filhos por mulher, diminuindo a quantidade de

municípios para 29 no ano 2000, retratando assim uma queda nos índices de fecundidade no Estado do Ceará. Os municípios que obtiveram as maiores Taxas de Fecundidade no ano 2000 foram Itarema (4,92), Barroquinha (4,87), Marco (4,71), Aratuba (4,66) e Itatira (4,64). Em contrapartida, os Municípios de Pacajús (2,45), Cascavel (2,32), Limoeiro do Norte (2,20), São João do Jaguaribe (2,17) e Fortaleza (2,16) possuíram as menores Taxas de Fecundidade.

3.1.3. Indicadores de Desenvolvimento

Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

Na seção referente aos indicadores de desenvolvimento, foram eleitos para análise o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) e os Índices de Desenvolvimento Social de Ofertas (IDS-O) e de Resultado (IDS-R). O IDH-M é um índice elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em parceria com a Fundação João Pinheiro (FJPF) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O IDH-M foi inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o qual foi construído originalmente para medir o desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (Alfabetização e Taxa de Matrícula), longevidade (Esperança de Vida ao Nascer) e renda (PIB *per capita*). Para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios as dimensões são as mesmas, entretanto alguns dos indicadores usados são diferentes, dado que os mesmos são mais apropriados para analisar as condições de núcleos sociais menores, embora meçam os mesmos fenômenos.

Para a avaliação da dimensão educação, o cálculo do IDH-M considera dois indicadores: Taxa de Alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade e a Taxa Bruta de Freqüência à Escola. Na avaliação da dimensão longevidade, o IDH-M considera o mesmo indicador do IDH de países: a Esperança de Vida ao Nascer. Já em relação à dimensão renda, o indicador utilizado é a Renda Municipal *per capita*. Uma vez selecionados os indicadores, são calculados os índices específicos de cada uma das três dimensões analisadas: IDHM-E, para educação; IDHM-L, para longevidade; IDHM-R, para renda. O IDH-M de cada município é fruto da média aritmética simples desses três subíndices, sendo que o mesmo varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total).

Municípios com IDH-M até 0,499 têm desenvolvimento humano classificado como baixo; os municípios com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; municípios com IDH-M maior que 0,800 têm desenvolvimento humano classificado como alto.

Foram mapeados o IDH-M (e seus subíndices) dos municípios cearenses referentes aos anos de 1991 e 2000, permitindo-se fazer uma comparação temporal dos municípios que obtiveram ou não melhoras no que tange ao desenvolvimento humano neste período. Para o ano de 1991, tinha-se um total de 80 municípios classificados com tendo baixo desenvolvimento humano e 104 com médio desenvolvimento humano. No ano 2000, todos os 184 municípios cearenses foram classificados na faixa de médio desenvolvimento humano. Ainda para o ano 2000, os municípios que conseguiram os maiores índices foram Fortaleza (0,7860), Maracanaú (0,7360), Caucaia (0,7210), Pacatuba (0,7170) e Crato (0,7160). Os municípios de Saboeiro (0,5600), Salitre (0,5580), Croatá (0,5570), Granja (0,5540) e Barroquinha (0,5510) obtiveram os menores índices.

Em relação aos Índices de Desenvolvimento Municipal (IDM), Índice Social de Oferta

(IDS-O) e Índice Social de Resultado (IDS-R), os mesmos foram elaborados pelo IPECE, como resultado de uma das funções de sua missão institucional, gerando informações socioeconômicas sobre o Estado do Ceará.

Quadro 1 - Índice de desenvolvimento municipal (IDM), por grupo de indicadores – Região Metropolitana de Fortaleza e municípios selecionados. Ceará, 2004

Municípios	Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM)									
	Global		Fisiográficos, fundiários e		Demográficos e econômicos		Infra-estrutura		Sociais	
	Índice	Ranking	Índice	Ranking	Índice	Ranking	Índice	Ranking	Índice	Ranking
Região Metropolitana de Fortaleza										
Fortaleza	79,09	1	38,24	33	79,27	3	100,00	1	100,00	1
Eusébio	62,78	2	45,25	19	100,00	1	51,00	3	46,68	27
Maracanaú	55,88	4	25,29	97	90,16	2	42,51	17	59,47	10
Horizonte	50,03	5	37,20	42	73,23	4	38,32	27	46,90	26
Pacajus	45,04	9	38,12	34	57,28	6	43,06	14	38,89	48
Aquiraz	40,40	11	59,17	5	39,11	9	36,90	37	25,62	131
Caucaia	39,40	12	37,66	37	32,45	14	39,68	22	49,92	20
Maranguape	33,91	23	29,90	67	30,82	15	32,22	58	44,07	32
Itaitinga	32,75	27	29,38	74	25,60	22	30,96	67	47,57	25
Pacatuba	31,86	32	21,03	123	34,16	12	36,98	35	34,98	70
São Gonçalo do Amarante	29,98	40	21,92	116	21,56	29	37,72	31	41,02	40
Guaiúba	25,56	73	23,09	110	18,09	41	28,18	81	34,96	71
Chorozinho	23,35	89	27,46	84	11,24	82	31,08	65	26,02	128
Municípios selecionados										
Sobral	60,34	3	45,22	20	64,77	5	48,71	5	83,78	3
Crato	49,87	6	49,53	13	27,55	20	42,93	16	86,66	2
Barbalha	49,43	7	52,81	10	39,01	10	34,74	42	75,37	4
Iguatu	47,95	8	65,75	3	20,73	33	45,10	9	66,93	6
Juazeiro do Norte	42,14	10	37,59	39	29,27	17	37,78	30	68,43	5
Redenção	38,67	13	31,69	61	27,82	18	36,47	39	62,64	8
Cascavel	38,42	14	37,41	40	42,56	7	37,09	33	35,63	60
Limoeiro do Norte	38,18	15	42,16	26	16,70	47	37,00	34	62,88	7
Icapuí	37,68	16	29,13	75	37,51	11	39,95	21	44,66	31
Pindoretama	37,49	17	45,52	18	13,48	65	44,05	11	52,55	16
Aracati	36,40	18	22,84	114	29,48	16	46,59	7	48,76	23
Brejo Santo	36,04	19	46,46	17	15,10	53	32,62	55	55,56	11
Quixadá	35,87	20	42,03	28	16,18	50	43,24	13	46,46	28
Guaramiranga	35,35	21	47,36	14	25,19	23	42,42	18	27,69	119
Ibiapina	35,09	22	100,00	1	6,55	130	8,33	175	31,16	93
Pacoti	33,72	24	37,59	38	17,61	44	46,72	6	35,97	57
Quixeré	33,61	25	53,86	9	12,64	71	36,54	38	35,51	63
Crateús	33,19	26	38,07	35	11,93	78	43,99	12	43,45	35
Granjeiro	32,61	28	44,50	21	8,51	109	31,40	62	52,15	17
Paracuru	32,43	29	40,66	30	18,59	39	33,70	48	39,96	45
Fortim	32,40	30	17,91	141	39,60	8	37,93	28	32,67	81
Quixeramobim	32,03	31	39,17	32	22,71	27	32,77	53	35,52	62
Tianguá	31,77	33	46,89	16	14,10	60	34,04	45	35,74	59
Russas	31,76	34	15,10	158	24,89	24	36,92	36	52,93	15
Baturité	31,64	35	29,47	72	13,46	66	39,02	25	49,29	22
Uruburetama	31,40	36	27,65	83	32,75	13	31,12	64	34,04	79
Iracema	31,38	37	32,78	57	14,75	55	39,11	23	42,80	38
Cedro	30,97	38	26,49	89	8,82	103	39,05	24	55,49	12
Penaforte	30,47	39	26,68	87	17,39	45	27,11	86	55,14	13
Varjota	29,91	41	36,46	44	12,46	73	42,93	15	31,00	94

Fonte: IBGE/ SESA

Quanto ao IDM, este é composto por um conjunto de 30 indicadores subdivididos em quatro grupos: Fisiográficos, fundiários e agrícolas; Demográficos e econômicos; Infra-estrutura de apoio; e Sociais. A partir da seleção dos indicadores, foi construído um índice consolidado de desenvolvimento para cada município, bem como um outro para cada um dos quatro grupos citados, permitindo fazer uma mensuração

dos níveis de desenvolvimento alcançados pelos municípios do Ceará.

O IDM, e seus subíndices, referentes ao ano de 2004 foram mapeados para os 184 municípios cearenses, possibilitando ter-se uma visão da distribuição espacial dos municípios em melhores e piores condições quanto a este indicador. Os municípios de Fortaleza (79,09), Eusébio (62,78), Sobral (60,34), Maracanaú (55,88) e Horizonte (50,03) apresentaram os melhores índices, enquanto que Quiterianópolis (10,22), Tarrafas (9,61), Catarina (9,13), Aiuaba (8,56) e Salitre (7,77) obtiveram o pior desempenho no ano de 2004.

O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) mede a inclusão social através de um indicador síntese que reflete os resultados obtidos em cada município (IDS-R), e um outro que afere o nível de oferta de serviços públicos na área social (IDS-O). Desta forma, o IDS possui uma dimensão de resultado, que procura identificar os objetivos finais a que se chega em termos de inclusão, e a dimensão de oferta que define os meios (instrumentos) empregados pelo governo para alcançar tais objetivos. Essa separação torna-se importante devido o governo só possuir controle sobre a oferta de serviços públicos, embora as prioridades sejam os resultados.

Tanto o IDS-O quanto o IDS-R são subdivididos em cinco grupos, a saber: Educação; Saúde; Condições de moradia; Emprego e renda; Desenvolvimento rural. O valor dos índices varia de 0 a 1 possuindo a seguinte classificação: 0,000 a 0,2999 (ruim); 0,3000 a 0,4999 (regular); 0,5000 a 0,6999 (bom); 0,7000 a 1,0000 (ótimo). Desta forma, através do estudo de indicadores referentes a estas dimensões é, então, possível determinar quais delas e que municípios devem ser priorizados na alocação dos recursos públicos e, também, avaliar se as metas gerais e específicas de inclusão social estão sendo cumpridas.

O IDS-O e o IDS-R para o ano de 2004, e seus subíndices, foram mapeados segundo a classificação proposta, permitindo-se visualizar os municípios e o agrupamento de municípios que possuem índices similares, em melhores e piores condições quanto a estes indicadores. Em relação ao IDS-O, os municípios com melhor desempenho foram Fortaleza (0,5726), Brejo Santo (0,5709), Acarape (0,5701), Maracanaú (0,5689) e Pacoti (0,5633). Já os de menor desempenho foram Irauçuba (0,2931), Catarina (0,2914), Ibaretama (0,2842), Parambu (0,2547) e Granja (0,2459). Quanto ao IDS-R, os municípios de Fortaleza (0,6039), Jaguaribara (0,6027), Maracanaú (0,5909), São João do Jaguaribe (0,5996) e Brejo Santo (0,5756) obtiveram os maiores índices, enquanto que os municípios de Pires Ferreira (0,2970), Ipaumirim (0,2835), Senador Sá (0,2791), Salitre (0,2444) e Baixio (0,2441) detiveram os menores índices.

Renda

Os indicadores de renda mapeados para os municípios cearenses foram a renda *per capita*, a renda média dos chefes de domicílios, o percentual de pessoas indigentes e pobres e o índice de concentração de renda (Índice de Gini).

Em relação à Renda *per capita*, o Estado do Ceará possuía um valor igual a R\$ 113,86 em 1991 passando para R\$ 156,24 em 2000, crescendo desta forma 37,23%. O PNUD define a Renda *per capita* como a razão entre o somatório da Renda *per capita* de todos os indivíduos e o número total desses indivíduos, sendo a Renda *per capita* de cada indivíduo definida como a razão entre a soma da renda de todos os membros da família e o número de membros da mesma, estando os valores expressos em reais de 1º de agosto de 2000.

Para o ano de 1991, 144 municípios cearenses possuíam Renda *per capita* inferior a

R\$ 69,68 diminuindo drasticamente para 64 municípios no ano 2000, de acordo com os mapas temáticos do indicador Renda *per capita* elaborados para os anos de 1991 e 2000. No ano 2000 os municípios com maiores Renda *per capita* foram Fortaleza (R\$ 306,70), Crato (R\$ 168,05), Sobral (R\$ 151,57), Iguatu (R\$ 151,13) e Juazeiro do Norte (R\$ 147,11). Enquanto isto, os Municípios de Granjeiro (R\$ 52,77), Graça (R\$ 52,57), Aiuaba (R\$ 51,76), Miraíma (R\$ 50,13) e Tarrafas (R\$ 46,35) detiveram as menores Renda *per capita*.

A Renda Média dos chefes de domicílios no ano 2000 para o Estado do Ceará, segundo dados do IBGE, foi de R\$ 448,01. A Renda Média corresponde ao ganho médio do chefe do domicílio mensalmente, lembrando que o chefe do domicílio, em regra, é o indivíduo responsável pela educação, saúde e bem estar dos seus dependentes. O mapa temático da renda média exibe a distribuição deste indicador segundo os municípios cearenses. Analisando o citado mapa, se pode observar a distribuição espacial deste indicador para os municípios cearenses, verificando-se que em 70 municípios a renda média dos chefes de domicílios é inferior R\$ 213,67, que é o limite inicial da segunda classe do mapa temático já citado. O município que detém a maior renda média é Fortaleza (R\$ 846,68), seguido dos Municípios do Crato (R\$ 470,72), Sobral (R\$ 445,21), Juazeiro do Norte (R\$ 394,63) e Iguatu (R\$ 382,94). Já o Município de Ipaporanga (R\$ 147,95) auferiu a menor renda média, acompanhado dos Municípios de Graça (R\$ 152,68), Pires Ferreira (R\$ 155,32), Catunda (R\$ 159,95) e Salitre (R\$ 160,64).

Os percentuais de pobres e indigentes diminuíram no Estado durante o período de 1991 e 2000. No ano de 1991 tinha-se 68,2% de pobres passando-se para 57% no ano 2000, revelando assim um decréscimo de 16,42%. O percentual de indigentes em 1991 era igual a 42% diminuindo para 32,73% no ano 2000, ou seja, um decréscimo de 22,07%.

O PNUD define o percentual de pobres como o percentual de indivíduos com renda domiciliar *per capita* inferior a 1/2 do salário mínimo, que correspondia no ano 2000 a R\$ 75,50, enquanto que o percentual de indigentes corresponde ao percentual de indivíduos com renda domiciliar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo, que correspondia no ano 2000 a R\$ 37,75. Os mapas temáticos do percentual de pobres e de indigentes para os municípios cearenses referentes aos anos de 1991 e 2000 vêm confirmar a melhora destes indicadores no período em estudo.

Em contrapartida, apesar de um aumento na renda *per capita* e de uma diminuição do percentual de pobres e indigentes, houve no período em estudo um acréscimo da concentração de renda, onde se tinha um valor do Índice de Gini para o Estado do Ceará igual a 0,65 em 1991, aumentando para 0,68 no ano 2000.

O Índice de Gini é uma medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (desigualdade máxima).

Para o ano de 1991, 122 municípios possuíam índices inferiores a 0,55, diminuindo este número para 24 municípios no ano 2000, caracterizando assim um aumento no índice de acordo com o comparativo dos mapas temáticos do Índice de Gini referentes aos anos de 1991 e 2000.

No ano 2000, os Municípios de Acopiara (0,72), Amontada (0,72), Mombaça (0,71), Saboeiro (0,70) e Tejuçuoca (0,70) detiveram os maiores índices, enquanto que os menores índices pertenceram aos Municípios de Itaitinga (0,50), Uruburetama (0,49), Pacatuba (0,49), Guaiúba (0,49) e Icapuí (0,49).

Educação

A educação tem por finalidade preparar o homem para o exercício do trabalho e da cidadania. A formação do cidadão para a vida tem no processo educativo, formal e informal, o elemento chave para alcançar plenamente este objetivo. Complementa-se ainda, que a educação constitui-se num dos elementos mais importantes para o desenvolvimento econômico de uma região, sendo importante a análise de indicadores educacionais. Os indicadores, agrupados em quatro tópicos, apresentam a análise a seguir: Anos de estudo e Analfabetismo; Ensino Fundamental; Ensino Médio e Ensino Superior.

No tópico Anos de estudo e Analfabetismo os indicadores analisados foram: Percentual da população com 8 ou mais anos de estudo, Percentual da população com 15 ou mais anos de estudo e a Taxa de Analfabetismo.

O número de anos de estudo da população é um parâmetro importante para análise do nível de instrução de uma população. No indicador referente ao Percentual da população com mais de 8 anos de estudo estima-se o percentual da população que possui o ensino fundamental. Os municípios que obtiveram o melhor desempenho para o ano 2000 foram Fortaleza (42,98%), Crato (32,81%), Maracanaú (29,57%), Caucaia (28,71%) e Juazeiro do Norte (26,04%). Os municípios de Parambu (6,64%), Barroquinha (6,55%), Itatira (5,76%), Graça (5,74%) e Salitre (4,17%) ficaram com o pior desempenho.

Quanto ao indicador referente ao percentual da população que possui mais de 15 anos de estudo, este é utilizado para estimar o percentual da população que possui o ensino superior. Novamente Fortaleza (5,33%) obteve o maior índice segundo os dados do censo demográfico do IBGE do ano 2000, seguido dos Municípios de Crato (4,3%), Sobral (3,23%), Barbalha (2,07%) e Limoeiro do Norte (2,05%).

A taxa de Analfabetismo no Estado do Ceará diminuiu 33,20% durante o período 1991/2000, saindo de 37,38% em 1991 para 24,97% no ano 2000. Apesar desta significativa redução, o Estado ainda necessita melhorar seu desempenho para poder se aproximar da média nacional que ficou situada em 13,6% no ano 2000. Ressalta-se que o combate ao analfabetismo é muito importante, pois o conhecimento da leitura e da escrita são requisitos indispensáveis para o exercício da cidadania.

No ano 2000, o município com a menor taxa de analfabetismo foi Fortaleza com 11,21%, inclusive inferior à média nacional. O segundo município com menor percentual de analfabetismo foi Maracanaú (14,98%), seguido dos municípios de Pacatuba (17,48%), Caucaia (18,98%) e Crato (22,91%). Os municípios de Graça (47,49%), Coreaú (47,55%), Saboeiro (47,61%), Salitre (51,56%) e Granja (51,82%) alcançaram os maiores valores. Desta forma, indicam-se estes municípios como prioritários para a aplicação de políticas públicas voltadas ao combate do analfabetismo. Analisando ainda os dados da taxa de analfabetismo dos municípios cearenses para o ano 2000, verifica-se que 176 municípios possuem taxa de analfabetismo superior à média do Estado, constituindo-se assim em uma grande desigualdade entre os municípios para este indicador.

3.1.4 - Infra-Estrutura

Energia

A análise do segmento de energia está contemplada pelo consumo e número de consumidores de energia elétrica no ano de 2005, assim como o percentual de

pessoas que vivem em domicílios com energia elétrica, fazendo-se para este indicador um comparativo referente aos anos de 1991 e 2000.

O consumo de energia elétrica no Estado do Ceará referente ao ano de 2005 alcançou a soma de 6.410.091 mwh, aumentando 2,02% em relação ao ano de 2004. Dividindo o consumo total por classes de consumidores, tem-se que a classe residencial (33,97%) foi a de maior consumo, seguida pela classe industrial (24,03%), comercial (18,81%), rural (9,04%) e outras (14,15%). Fortaleza foi o município com maior consumo de energia elétrica com um total de 2.614.321 mwh, seguido dos municípios de Maracanaú (594.813 mwh), Sobral (360.103 mwh), Caucaia (164.175 mwh) e Juazeiro do Norte (157.201 mwh). Os municípios com menor consumo foram Ererê (1.965,66 mwh), General Sampaio (1.868,77mwh), Potiretama (1.768,49 mwh), Senador Sá (1.609,07 mwh) e Granjeiro (1.348,42 mwh).

No que diz respeito ao número de consumidores, o Estado registrou em 2005 um total de 2.325.674 consumidores de energia elétrica, obtendo um aumento de 4,28% quando comparado ao ano de 2004. Estratificando o número de consumidores por classes, tem-se que o maior percentual pertence à classe dos consumidores residenciais (89,58%), acompanhada dos consumidores rurais (8,98%), comerciais (5,96%), industriais (0,28%) e outros (1,20%). Por municípios, os que possuem maior número de consumidores foram respectivamente Fortaleza (744.738), Caucaia (84.265), Juazeiro do Norte (69.339), Sobral (54.818) e Maracanaú (48.914). Já os com menor quantidade de consumidores foram Baixio (1.766), Senador Sá (1.751), Guaramiranga (1.631), Granjeiro (1.446) e General Sampaio (1.407).

Em relação ao percentual de pessoas que vivem em domicílios com energia elétrica o Estado do Ceará registrou em 1991 um percentual de 65,76% passando para 88,32% no ano 2000, alcançando um aumento de 34,31% na década analisada. A partir deste aumento registrado pode-se inferir que houve uma melhora na qualidade de vida da população cearense através de um maior acesso ao consumo de energia elétrica. Para o ano de 1991, tinha-se 159 municípios com percentual de pessoas morando em domicílios com energia elétrica inferior ao registrado para o Estado, diminuindo para 123 municípios no ano 2000, evidenciando novamente a melhora deste indicador no período em análise.

Habitação

No tópico referente à habitação foram mapeadas informações referentes ao número de domicílios e a média de moradores por domicílios particulares para o ano 2000, assim como a condição dos domicílios segundo situação de ocupação; se próprios, cedidos ou alugados. Realizou-se também um mapeamento comparativo para os anos de 1991 e 2000 sobre o acesso a bens de consumo pela população cearense, escolhendo-se os seguintes bens de consumo para análise: carro, televisão e telefone; os quais possuíam informações disponíveis em nível municipal.

Para o ano 2000 tinha-se no Estado um total de 1.557.888 domicílios particulares permanentes para uma população de 7.394.746 pessoas resultando numa média de 4,21 pessoas por domicílio particular permanente. Na zona urbana e rural, os valores médios corresponderam a 4,10 e 4,51 respectivamente. Do total de domicílios, 74,69% eram próprios, 12,04% alugados, 11,79% cedidos e 1,48% possuíam outra condição de ocupação.

Quanto aos bens de consumo, o percentual de pessoas que viviam em domicílios com Televisão aumentou 73,24%, passando de 44,76% em 1991 para 77,54% no ano 2000. Já o percentual de pessoas que vivem em domicílios com telefone teve

um aumento ainda maior, saindo de 9,84% em 1991 para 25,32% em 2000, ou seja, um crescimento de 157,32%. O acesso a automóveis pela população também sofreu um aumento considerável, dado que no ano de 1991 tinha-se um percentual de 9,51% aumentando para 15,56% no ano 2000, registrando um crescimento relativo de 63,62%. De posse destes dados, é possível concluir que a população do Estado passou a ter um maior acesso a bens de consumo fruto de um aumento no poder de compra, tendo como consequência uma melhora na qualidade de vida.

Saneamento e Coleta de Lixo

No tópico concernente ao saneamento e coleta de lixo os indicadores mapeados para os municípios do Ceará corresponderam às taxas de cobertura urbana de abastecimento de água e de esgotamento sanitário referentes ao ano de 2005, como também a um mapeamento comparativo do percentual de domicílios com coleta de lixo e ao percentual de domicílios com banheiro e água encanada para os anos de 1991 e 2000.

Em 2005 o Estado do Ceará atingiu a marca de 91,5% para a taxa urbana de abastecimento de água, tendo um crescimento relativo de 2,23% em relação ao ano de 2004, onde registrou um valor de 89,50%. A partir da prática de políticas que visem o aumento do abastecimento de água estar-se melhorando a qualidade de vida da população e também ajudando no combate a doenças de veiculação hídrica, assim como contribuindo para a queda da mortalidade infantil.

Em relação à taxa de cobertura urbana do esgotamento sanitário o crescimento relativo foi de 45,28%, onde se tinha no ano de 2004 um percentual igual a 25,40% passando para 36,90% no ano de 2005, revelando uma sensível melhora para este indicador. No entanto, apesar do crescimento, a taxa de cobertura de esgotamento sanitário ainda é considerada baixa, necessitando a continuidade e um maior aprofundamento das políticas de expansão da rede de coleta de esgotos no Estado no intuito de aumentar o percentual de cobertura trazendo desta forma benefícios para a população nas áreas de saúde, saneamento e meio-ambiente.

No estudo comparativo para os anos de 1991 e 2000 verificou-se uma evolução no percentual de domicílios que possuíam banheiro e água encanada no Estado, aumentando o percentual de 37,13% em 1991 para 50,96% no ano 2000 apontando um crescimento relativo de 37,24%. Em relação ao serviço de coleta de lixo também se observou um avanço no período em análise para este indicador, onde se tinha no ano de 1991 um valor de 62,74% passando para 81,71% no ano 2000, ou seja, um crescimento relativo de 20,46%.

4 ATENÇÃO À SAÚDE

4.1. Atenção Primária à Saúde

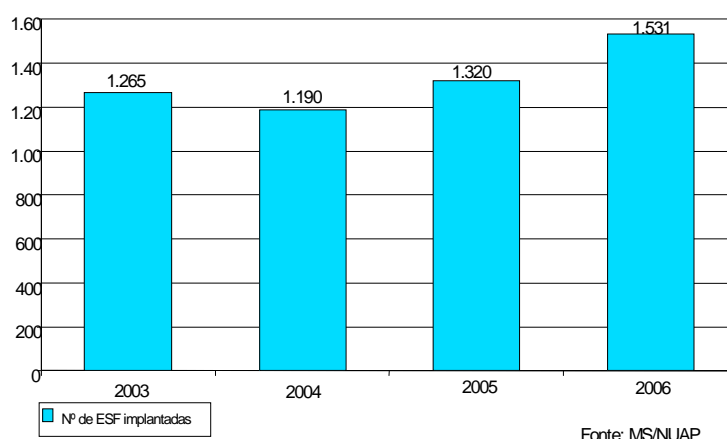
É o primeiro nível de atenção de um Sistema de Saúde que deve ser oferecida uniformemente a todos. É um tipo de atenção de alta complexidade (pois lida com uma grande variedade de problemas) e de baixa densidade tecnológica (pois não necessita de muitos equipamentos sofisticados para o seu desenvolvimento).

A operacionalização da Atenção Primária se dá em Unidades Básicas de Saúde onde os usuários têm acesso a uma fonte adequada de atenção à saúde, continuada ao longo do tempo. Geralmente, os usuários, são conhecidos dos profissionais de atenção primária, pois estes atuam próximos as suas casas e podem observar melhor os fatores sociais ou ambientais que interferem no processo saúde-doença o que os auxilia a formular diagnósticos mais precisos e solucionar os principais problemas de saúde.

Na operacionalização da estratégia Saúde da Família (SF) através do Programa Saúde da Família (PSF), equipes formadas por profissionais (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Consultório Dentário e Agentes Comunitários de Saúde), atuam em uma área territorial (área de abrangência) com responsabilidade sanitária em média sobre 3.000 pessoas residentes na área.

Saúde da Família

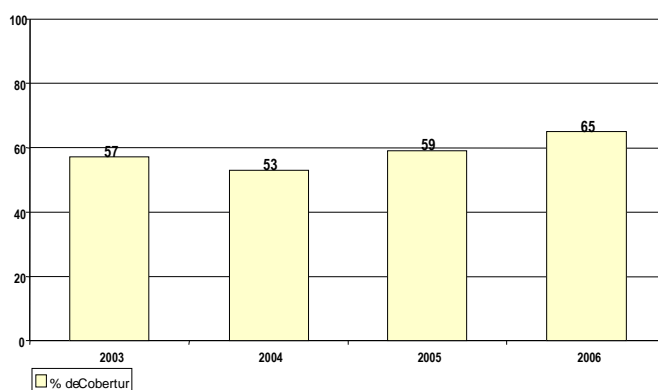
A estratégia Saúde da Família (SF) expandiu-se rapidamente, estando em 2006 implantada em 100% dos municípios com um elevado número de equipes, conforme é demonstrado na Figura 3.



Fonte: COPAS / SESA

Figura 3 - Número de equipes do Programa Saúde da Família implantadas. Ceará, 2003 a 2006

A cobertura populacional, conseqüentemente, foi progressiva, conforme se observa na Figura 4.

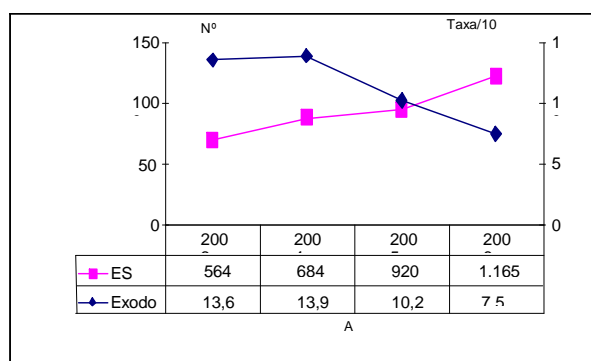


Fonte: COPAS / SESA

Figura 4 - Cobertura populacional do Programa Saúde da Família. Ceará, 2003 a 2006

Saúde Bucal

Desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente em 2003, o Ceará aumentou em 106,5% o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Saúde da Família, passando para 1.165 em 2006. A cobertura populacional com ESB saltou, neste período, de 25,4% para 48,9%, alcançando uma redução de 44,8% nas exodontias no período 2003-2006, conforme mostra a Figura 5.



Fonte: COPAS / SESA

Figura 5 - Proporção de exodontias/ procedimentos básicos individuais e número de equipes de saúde bucal. Ceará, 2003 a 2006

O Programa Dentista da Família foi instituído com a finalidade de ampliar a cobertura do serviço odontológico nos municípios cearenses, fortalecendo a estratégia de organização da atenção básica implantada pelo Ministério da Saúde, denominada “Um dentista em cada equipe”. Repassou recursos financeiros da ordem de R\$ 8.800.000,00 aos municípios, que aplicaram em contratação de pessoal e aquisição de equipamentos odontológicos, beneficiando 54 municípios, com 90 ESBs custeadas pelo Governo do Estado.

Para alcançar este objetivo a Secretaria Estadual da Saúde (SESA) assegurou o repasse dos recursos financeiros aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) para o pagamento de pessoal (Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário) e para a aquisição de equipamentos e instrumentais odontológicos nos municípios prioritários (com o menor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e os que atingiram ou ultrapassaram as metas programadas no Pacto da Atenção Básica).

Ao final do período 2003-2006, a SESA garantiu cobertura de todos os municípios do Estado com a inclusão do profissional dentista nas equipes do SF. Buscou-se também avançar na ampliação da complexidade da atenção bucal, através da provisão da atenção integral em odontologia.

Com isso, alcançou-se a implantação de 1.165 Equipes de Saúde Bucal no PSF, sendo 1.115 equipes na modalidade I (Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário) e 50 na modalidade II (Cirurgião Dentista, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário).

Agentes Comunitários de Saúde

Criado em 1987, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) alcançou o seu ápice em 2006, no ato de oficialização do Projeto de Lei da Estadualização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Ceará.

O Estado conta atualmente com 12.327 ACS distribuídos em todos os seus 184 municípios; destes 9.366 foram beneficiados com o Projeto de Lei acima referido, os demais recebem seus proventos através dos municípios.

Outra conquista dos ACS foi a organização de seu processo de capacitação, com a criação do Curso Técnico de ACS pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), que funciona de forma descentralizada, sendo ministrado nos municípios por instrutores locais e regionais.

Tabela 5 - Número de Agentes Comunitários de Saúde atuantes. Ceará, 2003 a 2006.

Região	2003	2004	2005	2006
Interior	9.905	10.101	10.817	11.001
Capital	811	811	811	1.326
Estado	10.716	10.912	11.628	12.327

Fonte: CODAS/SESA

Tabela 6 - Investimentos anuais com Agentes Comunitários de Saúde – Recursos do Tesouro. Ceará, 2003 a 2006.

Ano	Número de ACS	Valor em R\$
2003	9.905	42.653.216,26
2004	9.922	46.006.925,78
2005	9.527	50.507.240,60
2006	9.366	58.280.035,70
Total		197.447.418,34

Fonte: CODAS/SESA

Monitoramento da Qualidade da Atenção Básica - PROQUALI

Para o fortalecimento do modelo de atenção à saúde no Ceará a SESA decidiu, em parceria com diversas agências de cooperação internacional (USAID - JHPIEGO, JHU, CCP, MSH) adotar a metodologia de avaliação da qualidade em saúde (PROQUALI), que utiliza o instrumento de Melhoria de Desempenho e representa uma ferramenta importante para a auto-avaliação e auto-aprendizagem na atenção básica, incluindo as equipes da Saúde da Família.

Esta metodologia se desenvolve através de uma avaliação que é orientada para as necessidades dos usuários e as condições de trabalho dos profissionais. Busca, fundamentalmente, a eficiência dos serviços, com base na realidade das unidades básicas de saúde para a melhoria do acesso e a qualidade da atenção.

O objetivo final do PROQUALI é medir os níveis de qualidade na atenção primária, para elevar a satisfação do usuário e melhorar o desempenho das equipes. E, assim, aumentar a credibilidade dos gestores perante a população e, principalmente, garantindo a sustentabilidade do Sistema Local de Saúde.

Estratégia de Implantação do PROQUALI

A aplicação da Metodologia PROQUALI compreende quatro etapas: Reunião de Promoção e Acordo; Diagnóstico de Base; Análise das Causas e Desenho das

Intervenções; Monitoramento e Avaliação, Gerenciamento das Mudanças.

Foram criados grupos de trabalho denominados Equipes de Melhoria da Qualidade (EMQ) nos níveis central, regional e municipal para coordenar e acompanhar as atividades. A estratégia utilizada para implantação do método pelas EMQs foi a de oficinas dirigidas a gestores municipais, coordenadores e profissionais de saúde.

O objetivo é proporcionar a formação de uma consciência favorável ao processo de melhoria da qualidade, no qual todos ganham. Reunindo a experiência e a motivação de cada participante, é dada ênfase ao fazer, ampliando as possibilidades de aplicação do saber. Desta forma, foram realizadas várias oficinas e seminários de sensibilização e implementação do método.

Aplicação da Metodologia PROQUALI

O processo de implantação do PROQUALI começou pela Célula Regional de Saúde (CERES) de Limoeiro do Norte, que abrange outros quatro municípios (Alto Santo, Ererê, Jaguaribara e Quixerê), entre os anos de 2003 e 2004. Em seguida a SESA expandiu a metodologia para mais oito municípios do Estado (Coreaú, Chaval, Granja, Paracuru, São Gonçalo do Amarante, Acaraú, Marco e Santana do Acaraú), nos anos de 2004 e 2005. O Governo do Estado legitimou a Metodologia PROQUALI como política estadual para a melhoria da qualidade na atenção primária, e estabeleceu a meta de cobrir 49 municípios do Estado, em 2005. Ao todo, 39 municípios do Estado já receberam incentivos financeiros para a implementação do PROQUALI, no total de R\$ 1 milhão.

A experiência estadual motivou os gestores municipais a aderirem ao processo por se tratar de uma construção coletiva, motivadora e autogerida por todos os atores envolvidos. O PROQUALI sustenta-se, assim, na união de esforços para o alcance de objetivos comuns.

O sucesso da metodologia tem repercutido além das fronteiras do Estado, tendo os técnicos da SESA sido convidados a apresentar a metodologia ao Ministério da Saúde em outros quatro Estados: Mato Grosso do Sul (Campo Grande), Espírito Santo (Vitória), Minas Gerais (Belo Horizonte) e Roraima (Boa Vista). Além disso, o PROQUALI do Ceará tem sido visitado por técnicos do Estado do Tocantins e do Governo de Angola, interessados na replicação da nossa experiência.

4.2. Atenção Secundária e Terciária

Contextualização

A estratégia de organização da Atenção Secundária está baseada na organização do sistema microrregional dos serviços de saúde descritos no Plano Diretor de Regionalização da Atenção no Estado/PDR, elaborado em 2000 e revisado em 2006, seguindo as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e as diretrizes políticas do Conselho Estadual de Saúde (CESAU). O PDR teve como objetivo expressar o desenho final das regiões de saúde, garantir a integralidade da atenção à saúde e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, conforme suas necessidades.

Os Estado foi dividido em 3 Macrorregiões e 22 Microrregiões cuja prestação de serviços se dá através de uma rede de unidades especializadas, ambulatoriais e hospitalares, ofertando atendimento nas clínicas básicas (pediatria, clínica médica, ginecologia e obstétrica, urgência e emergência e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico), funcionando 24hs, inclusive nos finais de semana, realizando ações e procedimentos de 2º e 3º níveis da média complexidade. Em 2006 foi implantado no

Ceará o Programa Saúde Mais Perto de Você como uma estratégia impactante na reorganização do modelo de atenção à saúde nos níveis secundário e terciário, cujo objetivo maior era oferecer atendimento às pessoas o mais próximo possível de suas residências, evitando ao máximo as transferências desnecessárias para a Capital. Isto se deu através dos hospitais-pólo, aumentando a oferta para 5 clínicas especializadas (cirurgia, gineco-obstétrica, traumatologia-ortopedia, pediatria, neonatologia com berçário de médio risco e clínica médica incluindo urgência e emergência 24hs), tornando-se referência para os municípios integrantes da microrregional onde o hospital - pólo foi inserido.

Em 2006 o Estado contava com 29 hospitais-pólo sendo 2 na capital e 27 no interior do Estado. No período de 2003 a 2006 foram investidos neste Programa recursos do Tesouro do Estado no valor de R\$ 116.884.500,00. O repasse financeiro para custeio destas unidades é feito através da assinatura de convênios que contemplam hospitais públicos e filantrópicos nas 22 Microrregiões de Saúde do Estado e nas 3 Macrorregiões de Saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri) que atendem a alta complexidade. Os investimentos também tornaram viáveis as reformas de 14 unidades hospitalares para a melhoria do atendimento.

Foi destaque em 2006 a implantação / implementação de berçários de médio risco em 14 hospitais-pólo e 1 UTI neonatal, possibilitando a redução significativa das transferências de pacientes para a rede terciária localizada nas sedes das macrorregionais. Também fazem parte da atenção secundária os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) cuja política nacional foi lançada em 2004 através da Portaria GM nº 1044, de 01 de junho de 2004, com o objetivo de implantar um novo modelo de organização e financiamento para essas unidades que, após adesão ao modelo, deixam de receber remuneração por produção e passam a contar com um teto financeiro fixo para custeio das internações em clínica médica, parto normal, pediatria e pequenos procedimentos cirúrgicos que não necessitam de anestesista. As condições para habilitação exigem que o HPP deve ser unidade pública ou filantrópica, esteja situado em município com até 30.000 habitantes e apresente uma cobertura mínima de 70% da população atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF).

O Ceará conta com 63 HPP e foi o primeiro estado brasileiro a implantar essa política, tendo disponibilizado recursos orçamentários anuais no valor de R\$ 3.660.000,00 para cobrir seus gastos, viabilizando uma cobertura estimada de um milhão de habitantes.

A Odontologia especializada obteve grande avanço com a construção de 5 Centros Especializados de Odontologia (CEO) em São Gonçalo do Amarante, Aracati, Tauá, Crato e Iguatú e ainda com reformas nos três CEO's em Fortaleza, no período de 2003 a 2006, com investimentos do Tesouro do Estado no valor de R\$ 4.500.000,00 utilizados na construção e equipamento dos CEO's.

Os investimentos na implantação desses serviços de referência representaram o compromisso do Governo em avançar na descentralização e na Atenção Integral em Odontologia, aproveitando as janelas de oportunidade e o conhecimento da situação de saúde bucal dos cearenses, que sinaliza nas faixas etárias mais prevalentes para: correção de más oclusões (62,63% aos 12 anos); doenças periodontais (68,04% entre 35 e 44 anos); e necessidade e uso de próteses dentárias total, parcial e fixa unitária (33,33% entre 15 e 19 anos; 76,0% entre 35 e 44 anos e 75,0% entre 65 e 74 anos de idade).

De fato, a implantação/manutenção de seis CEO's até 2008 e a construção e

equipamento de mais 16 Centros até 2011, configura-se numa política estruturada microrregional que permite e avançará o acesso destas pessoas a tratamentos especializados, como tratamento de canal (Endodontia), tratamento de afecções das gengivas (Periodontia), cirurgias odontológicas e diagnóstico do Câncer de Boca (Cirurgia), prevenção e tratamento das más oclusões (Ortodontia) e confecções e uso de prótese dentária (Prótese Dentária), na perspectiva de controlar a incidência/prevalência das doenças bucais, reduzir/limitar os danos causados e reabilitar a saúde bucal dos cearenses.

Assim, estas unidades garantiram uma atenção odontológica de nível secundário organizada e de qualidade, ofertando procedimentos de média complexidade, tornando-se referência para a população residente nas Microrregiões onde estão implantadas.

A Central de Transplantes do Estado do Ceará tornou possível a realização, em 2006, de 417 transplantes de órgãos, sendo 239 de córneas, 113 de rim, 52 de fígado e 13 de coração, tendo o Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (Hospital do Coração de Messejana) sido reconhecido como um dos primeiros do Brasil em transplantes cardíacos realizados. Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), o Ceará alcançou em 2006 o primeiro lugar entre os estados nordestinos e o quinto no Brasil em número de doadores por mil habitantes. Os resultados representam um aumento da sobrevivência e melhoria da qualidade de vida dos pacientes transplantados.

O atendimento à pessoa com deficiência teve sua rede ampliada para 9 unidades no âmbito estadual, incluindo a construção/reforma e equipamento da unidade de referência na Microrregião de Fortaleza e de 2 Centros de Reabilitação.

Em se tratando da Atenção Terciária, o Ceará em 2006 investiu recursos da ordem de R\$ 43.353.916,00 em obras e equipamentos para reestruturação e revitalização de suas unidades de referência tanto ambulatoriais quanto de internação. O número de leitos de UTI aumentou em todas as regiões do Estado, notadamente na Macrorregião de Fortaleza que quase dobrou o número desses leitos passando de 114 para 224 nos 6 hospitais da rede própria. Somando-se os leitos das Macrorregiões de Fortaleza, Sobral e Cariri nas unidades do SUS e os leitos da rede complementar, alcançou-se em 2006 o número de 648 leitos de UTI disponíveis à população do Estado em neonatologia, pediatria e de adultos.

Para otimizar o desempenho destas ações necessário se faz a expansão e estruturação de uma rede integrada de atendimento à Saúde do Trabalhador com capacitação dos trabalhadores das Secretarias Municipais de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade, a fim de analisar as situações de trabalho, principalmente de risco e as formas de resistência e desgaste da saúde do trabalhador.

4.3. Atenção às Urgências e Emergências

A área de Urgência e Emergência (Portaria 2048/GM de 5 de novembro de 2001), constitui-se em um importante componente da assistência à saúde, porquanto a demanda por serviços nesta área, nos últimos anos, cresceu assustadoramente devido ao número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede assistencial. Esse fato tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população.

O Estado do Ceará, em consonância com o Ministério da Saúde e sob a ótica de

formulação de uma política estadual de atenção à urgência e emergência, há anos, vem desenvolvendo ações visando à organização da assistência nessa área, que se revelaram ainda insuficientes para atender às expectativas e necessidades da nossa população, como parte de um sistema integrado de planejamento, informação, monitoramento, controle e avaliação das ações de saúde do trabalhador, além da qualificação e ampliação da rede de Serviços Sentinelas no SUS.

A Coordenação Estadual do Sistema de Urgência e Emergência, instituída pela SESA em 2003 com a missão de subsidiar a implantação da política estadual, estruturar e implementar o sistema estadual e apoiar a organização dos sistemas municipais de urgência e emergência, elaborou em 2006 o Plano Estadual de Atenção às Urgências. Inicialmente, foi realizado um estudo para a elaboração de desenho assistencial com a conseqüente implantação de quatro Pólos Regionais de Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU) em todo o Estado.

O projeto para implantação de quatro SAMU's Regionais foi apresentado e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e posteriormente encaminhado e qualificado pelo Ministério da Saúde.

O Plano Estadual de Atenção às Urgências propôs que a estruturação do Sistema Estadual de Atenção às Urgências no Estado fosse efetivada de forma gradual, através da implantação de quatro pólos, iniciando-se pela cidade de Fortaleza, estendendo-se nos pólos descritos abaixo, na lógica de regionalização da assistência e de acordo com os recursos disponíveis (Quadros 2 e 3):

Quadro 2 - Pólos de urgência/ emergência e população. Ceará, 2007

Nº	Pólos	População	Representação (%)
1	Euzébio	1.666.366	28,74
2	Sobral	1.756.826	30,30
3	Quixadá	885.599	15,27
4	Juazeiro do Norte - Cariri	1.490.157	25,69
	Estado do Ceará	5.798.948	100,00

Fonte: IBGE

Vale ressaltar que o Pólo Fortaleza beneficiando 2.219.836 pessoas foi implantado em 2005 e a Secretaria Municipal da Saúde assume a gestão e custeio do Sistema.

Quadro 3 - Pólos de urgência e emergência. Ceará, 2007

Pólo 1	Pólo 2	Pólo 3	Pólo 4
Aquiraz	Amontada	Boa Viagem	Aiuaba
Cascavel	Itapipoca	Canindé	Arneiroz
Chorozinho	Miraima	Caridade	Parambu
Eusébio	Trairi	Itatira	Tauá
Horizonte	Tururu	Madalena	Acopiara
Itaitinga	Uruburetama	Paramoti	Cariús
Ocara	Acaraú	Banabuiu	Catarina
Pacajus	Bela Cruz	Choró	Deputado Irapuan Pinheiro
Pindoretama	Cruz	Ibaretama	Iguatú
Aracati	Itarema	Milhã	Jucás
Beberibe	Jijoca de Jericoacoara	Pedra Branca	Mombaça
Fortim	Marco	Quixadá	Piquet Carneiro
Icapuí	Morrinhos	Quixeramobim	Quixêlo
Itaiçaba	Barroquinha	S. Pompeu	Saboeiro
Apuiarés	Alcântaras	Solonópoles	Baixio
Caucaia	Cariré	Ibucuitinga	Cedro
General Sampaio	Catunda	Jaguetama	Icó
Itapagé	Coreau	Jaguaruana	Lavras da Mangabeira
Paracuru	Forquilha	Morrada Nova	Orós
Paraipaba	Frecheirinhas	Palhano	Umari
Pentecoste	Graça	Russas	Abaiara
São Gonçalo do Amarante	Groairas	Alto Santo	Aurora
São Luís do Curu	Hidrolândia	Ererê	Barro
Tejuçuoca	Ipu	Iracema	Brejo Santo
Umirim	Irauçuba	Jaguaribara	Jati
Acarape	Massapê	Jaguaribe	Mauriti
Barreira	Meruoca	Limoeiro Norte	Milagres
Guaiuba	Moraújo	Pereiro	Penaforte
Maracanaú	Mucambo	Potiretama	Porteiras
Maranguape	Pacujá	Quixeré	Ipaumirim
Pacatuba	Pires Ferreira	S João Jaguaribe	Altaneira
Palmácia	Reriutaba	Tabuleiro Norte	Antonina do Norte
Redenção	Santa Quitéria		Araripe
Aracoiaba	Santa do Acaraú		Assaré
Aratuba	Senador Sá		Campos Sales
Baturité	Sobral		Crato
Capistrano	Uruoca		Farias Brito
Guaramiranga	Varjota		Nova Olinda
Itapiúna	Camocim		Potengi
	Chaval		Salitre
Pacoti	Granja		Santana do Cariri
	Martinópole		Tarrafas
	Carnaubal		Várzea Alegre
	Croatá		Barbalha
	Guaraciaba do Norte		Caririaçu
	Tianguá		Juazeiro do Norte
	Ubajara		Tianguá
	Viçosa do Ceará		
	Ararendá		
	Cratéus		
	Independência		
	Ipaporanga		
	Ipueiras		
	Monsenhor Tabosa		
	Nova Russas		
	Novo Oriente		
	Poranga		
	Quiterianópoles		
	Tamboril		

Fonte: Núcleo de Atenção de Urgência e Emergência / COPAS/SESA

Implantado o Pólo de Fortaleza, definiu-se ampliar de modo gradativo o atendimento pré-hospitalar móvel nos 11 Pólos Microrregionais do Ceará, inicialmente nas áreas de clínica médica e de trauma, através de um sistema de referência que possibilite o acesso fácil e rápido a uma Central de Recepção e Regulação Médica que acolha o pedido de socorro, analise, avalie o problema e defina a solução emergencial mais apropriada, inclusive em relação à adoção de medidas para estabilização do paciente.

Ressalte-se que as implantações dos Pólos Metropolitano Leste e Metropolitano Oeste, pertencentes ao Pólo 1, não ocorreram em 2006 tendo em vista a não formalização dos convênios para repasse de recursos referentes à manutenção dos referidos pólos.

Por outro lado, a implantação do SAMU Litoral Leste pertencente ao Pólo 1 sediado no Município do Eusébio sob gestão do Estado (abrangendo 14 municípios) contou com recursos no valor de R\$ 4.818.000,00. Desses, R\$ 1.540.000,00 do Tesouro do Estado (desapropriações e obras) e R\$ 3.278.000,00 do Ministério da Saúde (equipamentos e ambulâncias). Simultaneamente foram definidas as 5 (cinco) bases de apoio descentralizado localizadas em Aracati, com 2 ambulâncias e em Pacajus, Chorozinho, Horizonte e Beberibe, com 1 ambulância cada.

Como estratégia relevante, foi elaborado projeto para implantação do Núcleo Educação em Urgências (NEU), com a finalidade de qualificar e desenvolver treinamento dos profissionais que atuam na área, bem como da população, sobre a prevenção de agravos e as primeiras ações de atendimento a eventos agudos. O NEU Ceará tem sua sede localizada na Universidade Estadual do Ceará – UECE, equipado com material de treinamento e logística.

Também em concordância com as diretrizes nacionais, foi instituído o Comitê Gestor Estadual de Atenção em Urgência e Emergência do Ceará (CGEAUE), com a missão de discutir questões, propor sugestões e colaborar com a implementação da política estadual. No início de 2006, o CGEAUE constituiu duas Câmaras Técnicas - Atenção Primária e Atenção à Saúde Mental que elaboraram normas, fluxogramas e protocolos para o desenvolvimento da atenção às urgências nas referidas áreas.

Concluindo, o Sistema Estadual de Atenção às Urgências e Emergências vem sendo operacionalizado em função da disponibilidade dos serviços existentes, bem como pela incorporação de novos serviços, integrando outros que exerciam suas atividades sem articulação com o SUS, para o fortalecimento do modelo assistencial proposto e o compromisso com o sistema de hierarquização em função do nível de complexidade.

5 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem a finalidade de identificar doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis, agravos de interesse da saúde coletiva e do meio ambiente como também de promover o controle da qualidade da água para consumo humano, de produtos, insumos, suporte laboratorial e produtos de uso hospitalar, visando a promoção, prevenção, controle e/ou eliminação da morbimortalidade e o esclarecimento da “*causa mortis*” no âmbito do Estado do Ceará.

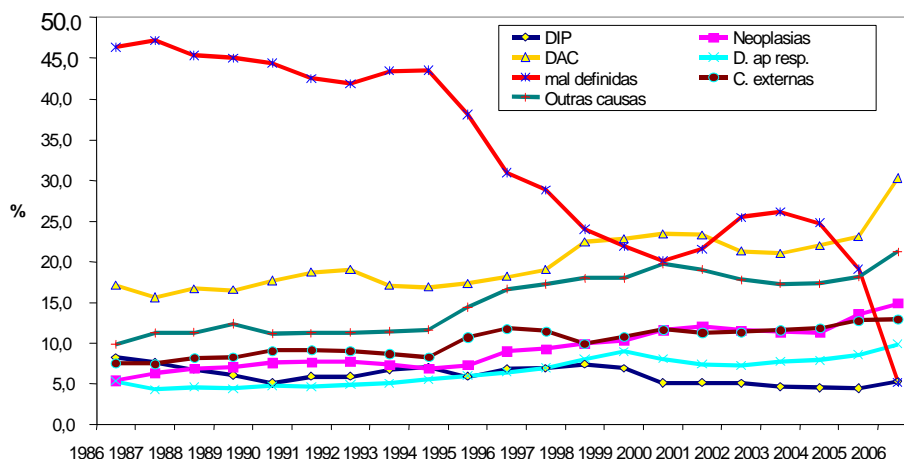
5.1. Mortalidade

Tendência

Em duas décadas, observam-se algumas mudanças no perfil de mortalidade no Ceará (Figura 6). Destaca-se, em primeiro lugar, uma tendência da redução das doenças infecciosas e parasitárias (DIP). Essa tendência está vinculada à melhoria das condições de vida, à redução das doenças imunopreveníveis devido às altas coberturas vacinais e à melhoria de acesso aos serviços básicos de saúde, com a implantação do Programa Estruturante Saúde da Família.

As doenças do aparelho circulatório (DAC), as neoplasias, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório, principais causas de morte no Ceará, tiveram aumento significativo na última década, passando de 19,1%; 9,3%; 11,5% e 7,0% do total de óbitos para 32,0%; 15,8%; 13,7% e 10,0%, respectivamente, quando se compara o ano de 1997 com o ano de 2006.

Há uma tendência de crescimento da esperança de vida ao nascer, média de 69 anos, o que aponta para o aumento progressivo das doenças crônicas e degenerativas.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Figura 6 - Mortalidade proporcional pelas principais causas (cap. CID 10). Ceará, 1979 a 2006

Do ponto de vista da organização do sistema de informação sobre mortalidade, destaca-se a redução importante dos óbitos com causas mal definidas para menos de 10% em 2006, quando no início da década de 1990, chegava a 40% dos óbitos. Esse fato torna mais confiável e fidedigna a análise situacional atual, embora ainda haja uma subnotificação de óbitos de cerca de 30%. Em 2006, foram notificados

40.758 óbitos, quando eram esperados 53.889 (75,6% do esperado) segundo, o Ministério da Saúde.

Causas (Cap. CID 10) por faixa etária e sexo

As três primeiras causas de óbitos, segundo os capítulos da CID 10, foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, em todo o período analisado (Figura 6), com tendências crescentes. Em 2006, essas causas foram responsáveis por 32,0% (12.174 óbitos), 15,8% (6.001 óbitos) e 13,7% (5.219 óbitos), respectivamente.

Enquanto as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias tiveram maior concentração na faixa dos idosos (60 anos e mais) de ambos os sexos, as causas externas predominaram nas faixas etárias mais jovens, principalmente entre 20 e 49 anos de idade e no sexo masculino, contribuindo para 40% das mortes precoces ou dos anos potenciais de vida perdidos (APVP).

Principais grupos de causas

Entre as principais causas (capítulos da CID 10), destacam-se (Tabelas 7 e 8) os grupamentos referentes às doenças do aparelho circulatório (doenças hipertensivas, isquêmica do coração e cerebrovascular); neoplasias (câncer de estômago, pulmão, próstata, mama e colo de útero) e causas externas (acidente de trânsito, homicídio e suicídio).

Tabela 7 - Número de óbitos por grupos de causas mais freqüentes, por faixa etária no sexo masculino. Ceará, 2006

Causa (CID 10)	Faixa etária								Total
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e +	ING	
IX. Doenças do aparelho circulatório	21	7	2	47	573	704	4.859	1	6.214
Doença hipertensiva (I10-I15)	1	1	0	3	39	56	738	0	838
Doença isquêmica do Coração (I20-I25)	3	1	0	7	198	278	1.342	0	1.829
Doença cerebrovascular (I60-I69)	1	2	1	10	131	183	1.600	1	1.929
Demais causas	16	3	1	27	205	187	1.179	0	1.618
II. Neoplasias (tumores)	9	17	24	48	365	401	2.216	1	3.081
Câncer de próstata (C61)	1	0	0	0	5	18	483	0	507
Câncer de pulmão (C34)	0	0	0	2	28	38	258	0	326
Câncer de estômago (C16)	0	0	0	1	45	79	288	1	414
Demais causas	8	17	24	45	287	266	1.187	0	1.834
XX. Causas externas	17	48	60	544	2.877	392	500	8	4.446
Acidente de trânsito (V01-V89)	3	11	32	145	919	135	161	0	1.406
Suicídio (X60-X84)	0	0	0	25	269	47	55	0	397
Homicídio (X85-Y09)	1	3	3	272	1.189	103	67	6	1.644
Demais causas	12	34	25	102	500	107	217	2	999

FONTE: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Tabela 8 - Número de óbitos por grupos de causas mais freqüentes, por faixa etária no sexo feminino. Ceará, 2006

Causas (CID10)	Faixa etária								Total
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 49	50 a 59	60 e +	ING	
I. Doenças do aparelho circulatório	14	7	4	26	360	473	5.074	0	5.958
Doença hipertensiva (I10-I15)	1	0	0	1	36	53	963	0	1.054
Doença isquêmica do coração (I20-I25)	0	1	0	1	98	149	1.203	0	1.452
Doença cerebrovascular (I60-I69)	0	0	2	7	127	168	1.731	0	2.035
Demais causas	13	6	2	17	99	103	1.177	0	1.417
II. Neoplasias (tumores)	3	17	12	22	537	514	1.814	0	2.919
Câncer de mama feminina (C50)	0	0	0	0	115	88	191	0	394
Câncer colo de útero (C53)	0	0	0	0	68	45	116	0	229
Câncer de pulmão (C34)	0	0	0	0	30	66	157	0	253
Câncer de estômago (C16)	0	0	0	0	31	27	187	0	245
Demais causas	3	17	12	22	293	288	1.163	0	1.798
XX Causas externas	11	27	27	95	315	67	212	1	755
Acidente de trânsito (V01-V89)	0	8	11	32	123	26	51	0	251
Suicídio (X60-X84)	0	0	0	16	55	10	11	0	92
Homicídio (X85-Y09)	3	1	2	28	72	7	19	0	132
Demais causas	8	18	14	19	65	24	131	1	280

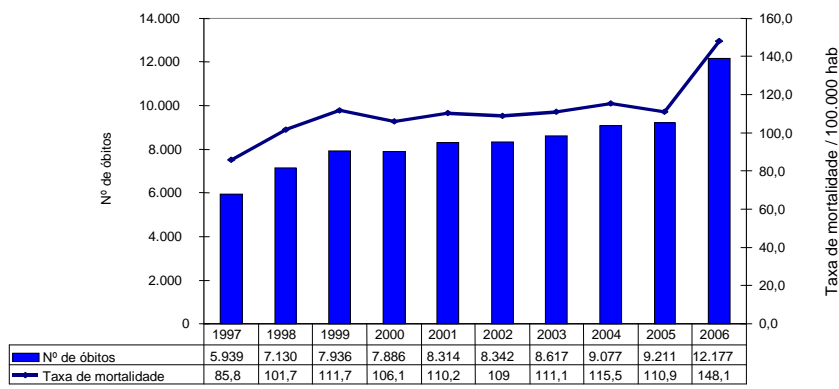
Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Doenças do aparelho circulatório

O grupo das doenças do aparelho circulatório (DAC) ocupa o primeiro lugar entre as causas de mortes mais freqüentes no Ceará. O risco de morte por essas doenças apresenta tendência crescente nos últimos anos (Figura 7). Grande parte dos óbitos decorre, provavelmente, de quadros de hipertensão arterial não diagnosticados precocemente ou inadequadamente tratados.

Em 1997, as DAC foram responsáveis por 5.939 óbitos no Ceará, com taxa de mortalidade de 85,8 óbitos por 100 mil habitantes. No ano de 2006, foram notificadas 12.177 mortes, com uma taxa de 148,1 óbitos por 100 mil hab. O pico observado em 2006 é decorrente do resgate de óbitos com causas mal definidas, que reduziu essas causas para 5,2%, quando, no ano de 2005, foram responsáveis por 19,1% dos óbitos. As causas mal definidas predominam na faixa etária de idosos e nos óbitos domiciliares.

As doenças cardiovasculares foram as principais causas de óbitos em pessoas com mais de 50 anos, particularmente as lesões cerebrovasculares, o infarto e a hipertensão, o que aponta para o fortalecimento da atenção básica, nas ações de controle e prevenção, e organização de uma rede de emergência que reduz a danos e permite o envelhecimento com qualidade de vida.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Figura 7 - Número de óbitos e taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Ceará, 1997 a 2006

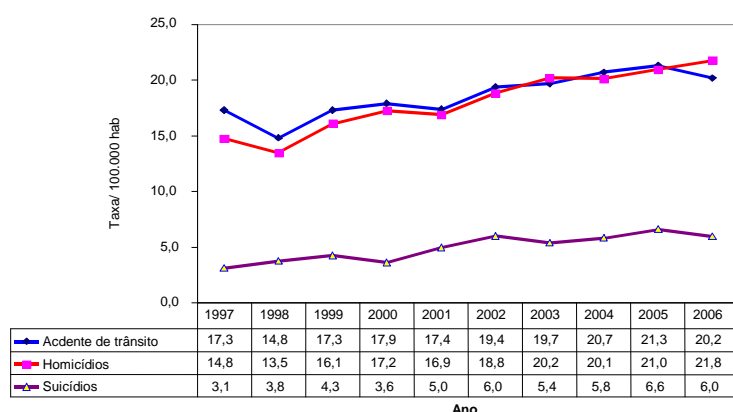
A prevenção e controle dos óbitos por doenças do aparelho circulatório consistem na redução da exposição das pessoas aos fatores de risco comportamentais (tabagismo, dieta, sedentarismo, ingestão de álcool e uso de anticoncepcionais), patologias ou distúrbios metabólicos (hipertensão arterial, obesidade, hiperlipidemias, Diabetes Mellitus) e características socioeconômicas e culturais (ocupação, renda, escolaridade, classe social, ambiente de trabalho, rede de apoio social).

Causas externas

A violência e seus efeitos para o Sistema Único de Saúde são temas considerados relativamente novos para os profissionais de saúde pública. As diferentes manifestações, sejam elas individuais ou coletivas, a multiplicidade de fatores que lhe dão origem e a diversidade das conseqüências sociais que são geradas fazem da violência um fenômeno bastante complexo de ser trabalhado.

No Ceará, as causas externas estão entre as principais causas de mortes na população geral e, dentre essas, o homicídio ocupou o primeiro lugar em 2006 (Figura 8). Os óbitos foram mais freqüentes em adultos jovens, principalmente do sexo masculino (Tabelas 7 e 8). No mesmo ano, registraram-se 170.000 anos potenciais de vida perdidos (APVP) por violência no Ceará.

As causas externas (homicídios, acidentes de trânsito e suicídios) foram responsáveis pelas maiores taxas de anos potenciais de vida perdidos afetando, principalmente, homens na faixa etária de 20 a 49 anos de idade.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Figura 8 – Taxa de mortalidade segundo o tipo de causa externa. Ceará, 1997 a 2006

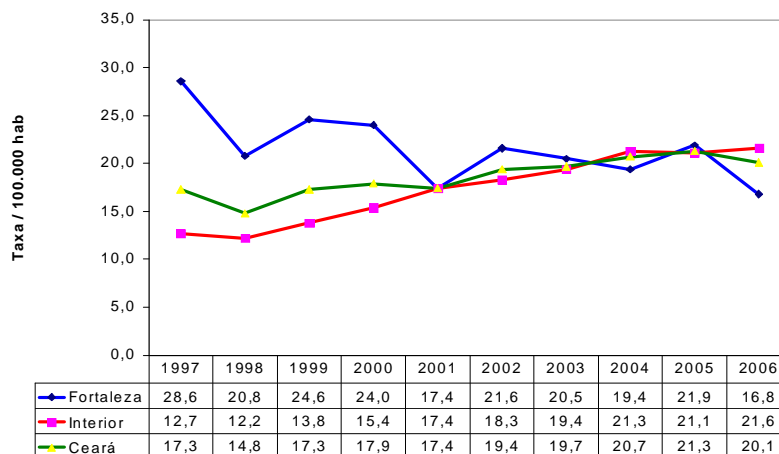
Acidentes de trânsito

Os acidentes de trânsito estão entre as principais causas de mortes violentas, ceifando principalmente a vida de adultos jovens. A partir de 1998, com a implantação do Código Nacional de Trânsito, foi possível observar uma redução das mortes, principalmente nas Capitais (Figura 9).

Em relação ao interior do Estado do Ceará, pode-se observar um aumento significativo na Taxa de Mortalidade na última década. Dentre outros fatores o aumento da frota de veículos, principalmente de motocicletas, e o nível de atividade econômica, podem ter contribuído também para este fato. Observa-se que quanto maior o nível da atividade econômica, maior será a circulação de pessoas e mercadorias, aumentando, assim, os quilômetros percorridos por veículos e o número de veículos em circulação, bem como a reinserção de veículos velhos em circulação, muitas vezes em condições precárias de segurança.

A série histórica apresenta uma redução da mortalidade na Capital e um incremento no interior do Estado, resultando em uma leve tendência de aumento na Taxa de Mortalidade por Acidentes, passando de 16,2 em 1996 para pouco mais de 20,1/100 mil habitantes, em 2006.

Os fatores culturais, comportamentais e sociais apresentam-se na diversidade e complexidade das causas que favorecem tanto a origem como a manutenção dos acidentes de trânsito; dada a sua magnitude e transcendência, esses fatores vêm sendo tratados como problemas de toda a sociedade. Daí, a necessidade de ações educativas intersetoriais.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

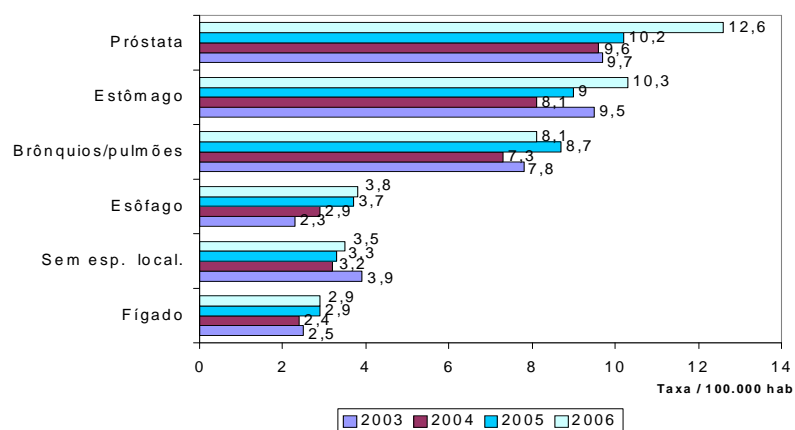
Figura 9 - Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. Ceará, Fortaleza e interior, 1997 a 2006

Neoplasias

A mortalidade por neoplasias tem tendência crescente, situando-se como a segunda causa de óbito nos últimos anos. No ano de 2006, com o resgate das causas de óbitos com causas mal definidas, houve aumento dos óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, que são causas importantes de óbito em idosos e de ocorrência predominantemente domiciliar, os quais eram anteriormente registrados como causas não definidas. Portanto, parte desse aumento em 2006 não foi real, mas como resultado das investigações retroativas a 2006, realizadas no ano de 2007.

No sexo masculino, as principais causas de óbito, por Câncer, são apresentadas na Figura 10. Próstata, estômago e brônquios/pulmões são as principais, com tendência crescente das duas primeiras causas.

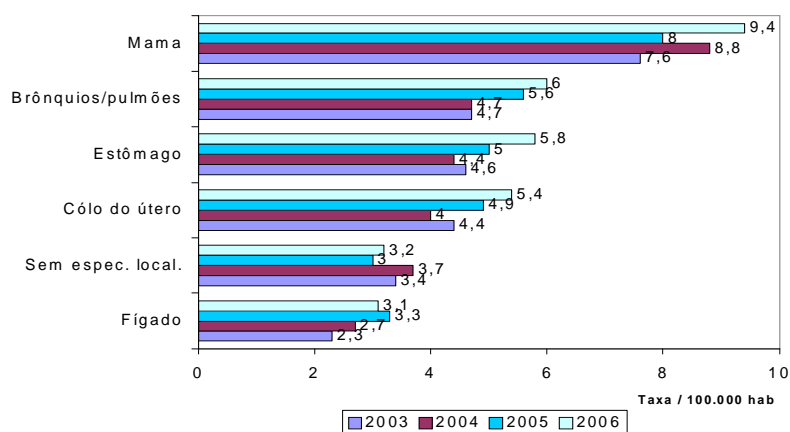
As mulheres são mais afetadas pelo Câncer de mama, pulmão e estômago, e o homem pelos cânceres de próstata, estômago e pulmão, respectivamente.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Figura 10 - Taxa de mortalidade pelas principais causas de neoplasias malignas no sexo masculino. Ceará, 2003 a 2006

No sexo feminino (Figura 11), o Câncer de estômago e de brônquios/pulmão também se encontram entre as três causas principais de óbito, por neoplasias.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Figura 11 - Taxa de mortalidade pelas principais causas de neoplasias malignas no sexo feminino. Ceará, 2003 a 2006

Os objetivos fundamentais da vigilância epidemiológica e controle do câncer são evitar a ocorrência da doença através da prevenção primária, diminuir as conseqüências graves e fatais e reabilitar os casos que forem tratados.

Considerando os principais fatores de risco para essas neoplasias, idade é um fator de risco importante para todas elas, daí a tendência crescente de neoplasias malignas na população que está aumentando a esperança de vida. Para o Câncer de estômago, a dieta tem um fator preponderante e o tabagismo é o principal fator de risco do câncer pulmonar, sendo responsável por 90% dos casos.

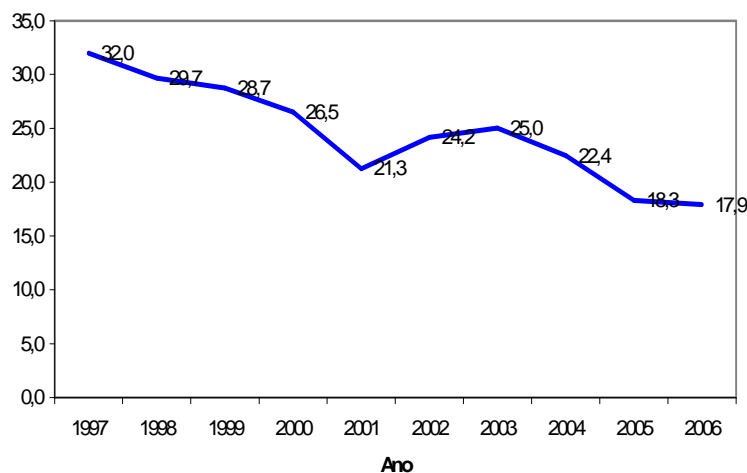
Mortalidade infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) mantém a tendência de declínio no Ceará (Figura 12), chegando a 17,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2006. O decréscimo, nos últimos anos, da TMI no Estado deve-se à redução importante da mortalidade pós-neonatal - mortes ocorridas entre 28 dias a 11 meses e 29 dias de idade (Figura 13).

Em 2006, ocorreram 2.433 óbitos de menores de 1 ano, 65,4% neonatais (1.592). Destes, 80,2% (1.277), ocorreram na primeira semana de vida. São óbitos que estão

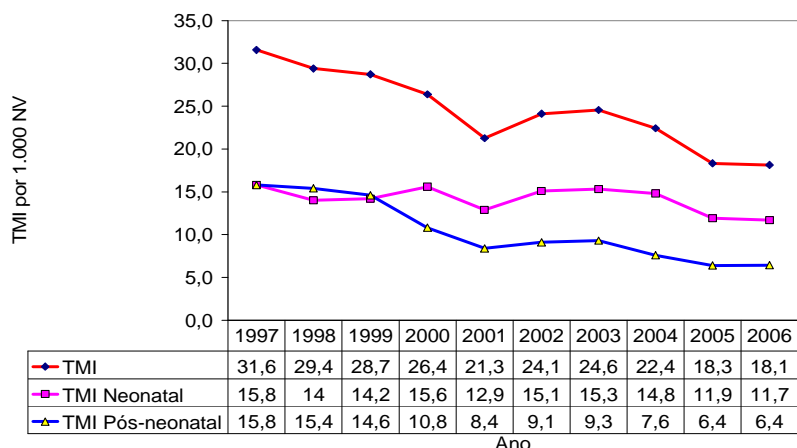
relacionados com as causas perinatais, decorrentes de problemas como a prematuridade, os traumas obstétricos e a asfixia durante o parto, as septicemias e as malformações congênitas.

Há uma tendência de redução consistente da mortalidade infantil por diarreia e pneumonia, que aponta para a concentração de esforços na redução dos óbitos com causas perinatais.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

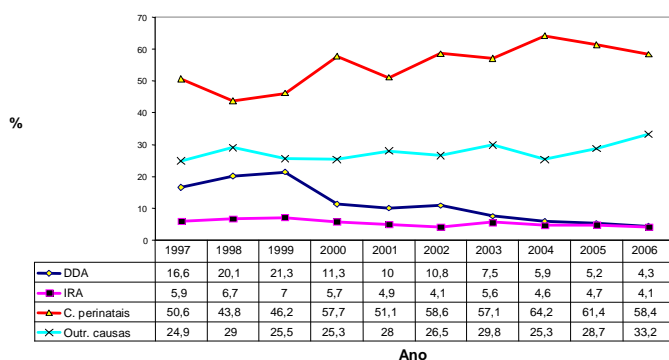
Figura 12 - Taxa de mortalidade infantil. Ceará, 1997 a 2006



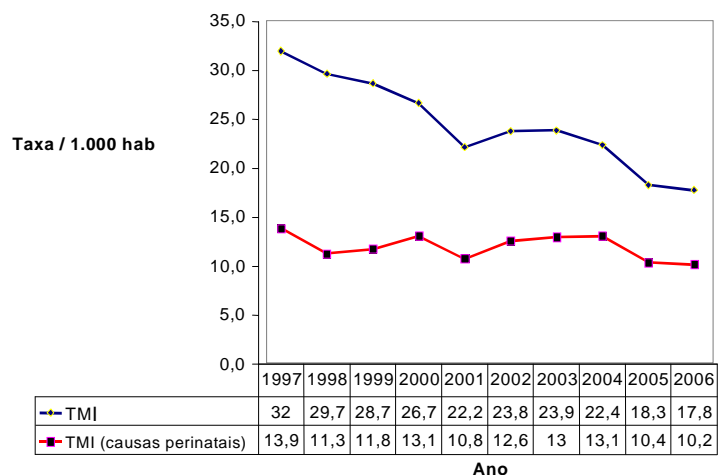
Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Figura 13 - Taxa de mortalidade infantil (TMI), TMI neonatal e TMI pós-neonatal. Ceará, 1997 a 2006

As Doenças Diarréicas Agudas (DDA) e as infecções respiratórias agudas (IRA) são as principais causas de óbitos pós-neonatais. Na Figura 14 pode-se observar uma redução proporcional mais acentuada dos óbitos infantis por DDA e uma redução mais discreta dos óbitos por IRA. Quanto aos óbitos por causas perinatais, continuaram responsáveis por mais de 50% dos óbitos de menores de 1 ano de idade, embora nos dois últimos anos (2005 e 2006), tenha ocorrido uma redução dessa proporção, em relação ao ano de 2003. A redução dos óbitos por causas perinatais é observada na Figura 15, que compara a TMI por todas as causas com a TMI por causas perinatais.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
Figura 14– Mortalidade infantil proporcional por causas. Ceará, 1997 a 2006

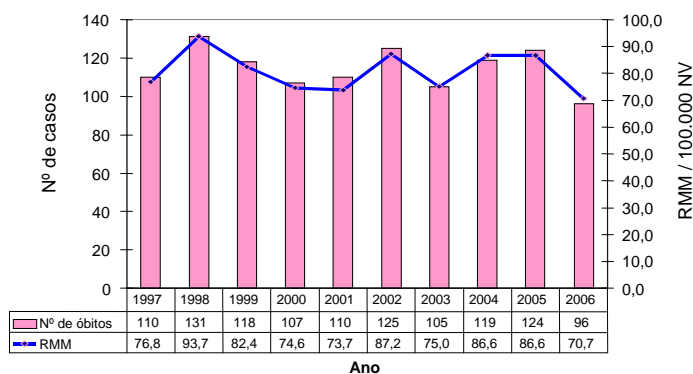


Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
Figura 15 – Mortalidade infantil (todas as causas e por causas perinatais). Ceará, 1997 a 2006

Mortalidade materna

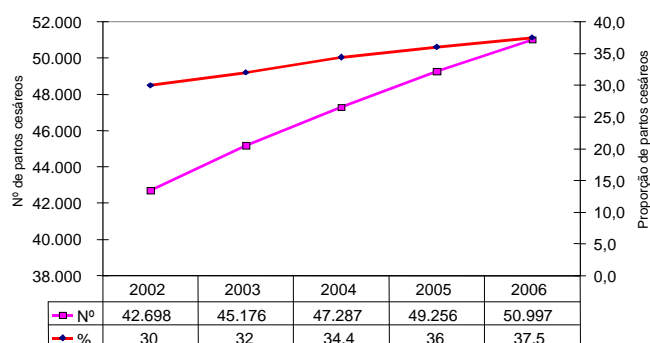
No período de 1997 a 2006, ocorreram 1.201 mortes maternas, numa média de 120 óbitos por ano. No mesmo período (Figura 16), a Razão da Mortalidade Materna (RMM) no estado permaneceu elevada, comparando-se com a RMM aceitável pela OMS, que é até 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos. As causas obstétricas diretas predominaram, com destaque para a doença hipertensiva do estado de gravidez (DHEG) e hemorragia ante e pós-parto.

Nos últimos dez anos, persistem as taxas elevadas de mortalidade materna (70,7/100.000 NV) o que tornam prioritárias as ações para sua redução e prevenção.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – SIM/SINASC
Figura 16 - Número de óbitos (causas obstétricas) e Razão de mortalidade materna. Ceará, 1997 a 2006

Na Figura 17, observa-se que a taxa de cesárea continua crescente no Ceará, aumentando o risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Em 2006, dos 135.739 nascidos vivos no estado, 50.997 (37,5%) foram por partos cesáreos.



Fonte: DATASUS – SESA/COPROM/NUIAS – SIM/SINASC

Figura 17 – Número e proporção de partos cesáreos. Ceará, 1997 a 2006

5.2. Morbidade

Doenças e agravos de notificação compulsória

A Tabela 9 com número de casos de doenças e agravos notificáveis, mostra uma série histórica de 2002 a 2006. São doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; de transmissão hídrica e alimentar; de transmissão sangüínea; imunopreveníveis; transmitidas por vetores e zoonoses e outras.

Tabela 9 - Número de casos de doenças/ agravos de notificação compulsória. Ceará, 2002-2006

Doença / agravo	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2006
AIDS Total de casos	612	688	757	641	531
Adulto	593	658	736	624	512
Criança	19	30	21	17	19
Infec. por HIV em gest. e crian. exp. ao risc. de transmis. vertical	120	140	136	151	124
Sífilis congênita	63	139	184	373	457
Sífilis em gestante	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0
Doença de Creutzfeld Jacob	0	0	0	0	0
Febre tifóide	14	7	26	22	12
Hepatites virais (total)	1.115	511	670	1.437	1055
Hepatite A	878	414	541	1.093	735
Hepatite B	127	80	88	220	190
Hepatite C	110	17	41	124	130
Melioidose	0	4	1	1	0
Coqueluche	10	10	21	37	11
Difteria	0	0	0	0	0
Doença meningocócica	88	100	105	83	61
Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i>	8	9	5	6	4
Meningite tuberculosa	9	12	20	7	9
Paralisia flácida aguda	35	27	28	28	29
Rubéola	21	1	2	0	11
Síndrome da rubéola congênita	0	0	0	0	12
Sarampo	0	0	0	0	0
Tétano acidental	40	41	47	29	31
Tétano neonatal	2	1	0	1	0
Eventos adversos pós-vacina	117	167	272	257	403
Dengue	16.465	23.796	3.094	22.817	25.569
Dengue hemorrágica	71	291	14	199	172
Doença de Chagas (casos agudos)	0	0	0	6	0
Leishmaniose tegumentar	2.284	1.395	2.254	2.025	1.015
Leishmaniose visceral	278	262	343	505	751
Malária (casos importados)	2	59	88	102	54
Peste	0	0	0	0	1
Raiva humana	2	7	0	1	0
Leptospirose	150	57	105	126	179
Hanseníase (casos novos)	2.534	2.952	2.759	2.837	2.405
Tuberculose (casos novos)	3.665	3.998	3.930	4.163	3.576

Fonte: SESA/COPROM/NUIAS - NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação-SINAN

Entre as doenças e agravos notificáveis, foram selecionados os de maior incidência para a análise por faixa etária em 2006 (Tabela 10). As doenças mais frequentes nos jovens (20 a 49 anos) foram: Tuberculose, Hanseníase, Leishmaniose tegumentar, AIDS, Hepatite B e C e Dengue. Nas crianças predominam casos de Leishmaniose visceral e Hepatite A. Na faixa de idosos, foram mais importantes a Hanseníase, a Tuberculose e Leishmaniose tegumentar.

Destacam-se, ainda, a ausência de Cólera, embora a vigilância permaneça ativa com a monitorização das doenças diarreicas agudas e surtos de doenças transmitidas por alimentos. As doenças imunopreveníveis, como Difteria e Sarampo estão sem registro de casos no Estado. Quanto à Doença de *Creutzfeld Jacob* (DCJ) é de interesse em saúde pública, por se procurar detectar a variante Síndrome da Vaca Louca por meio da notificação e investigação de casos suspeitos de DCJ.

Na distribuição das doenças e agravos notificáveis de maior incidência no Estado (Tuberculose, Hanseníase, Leishmanioses, Hepatites virais, AIDS e Dengue) por sexo (Tabelas 11 e 12), houve predominância no sexo masculino, com exceção de Dengue, que acometeu mais as mulheres. Ressalta-se que mais de 60% dos casos de Tuberculose, Leishmaniose visceral, Hepatite C e AIDS forem pessoas do sexo masculino. Considerando-se que a população do sexo masculino, em 2006, foi de 4.010.857 habitantes e a do sexo feminino, 4.206.283 habitantes, o risco para essas doenças foi maior para os homens.

Tabela 10 - Número de casos de doenças notificáveis, por faixa etária. Ceará, 2006

Doença	Faixa etária														Total
	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tuberculose	23	0,5	55	1,3	31	0,7	363	8,7	2.509	59,9	571	13,6	637	15,2	4.189
Hanseníase	7	0,3	5	0,2	48	1,8	264	10,1	1.232	47,2	465	17,8	587	22,5	2.608
Leishmaniose Visceral	91	13,4	206	30,4	86	12,7	67	9,9	170	25,1	33	4,9	25	3,7	678
Leishmaniose Tegumentar	15	1,5	44	4,4	55	5,5	163	16,4	382	38,4	164	16,5	172	17,3	995
Hepatite Vírus A	4	0,6	148	20,8	270	38,0	203	28,6	71	10,0	7	1,0	7	1,0	710
Hepatite Vírus B	0	0,0	5	2,7	4	2,2	16	8,8	128	70,3	14	7,7	15	8,2	182
Hepatite Vírus C	2	1,6	0	0,0	0	0,0	4	3,1	86	67,2	26	20,3	10	7,8	128
AIDS	2	0,4	12	2,3	4	0,8	13	2,5	450	84,9	37	7,0	16	3,0	530
Dengue	314	1,1	1.110	4,0	2.118	7,7	5.932	21,6	14.624	53,1	1.799	6,5	1.622	5,9	27.519

Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação-SINAN

Tabela 11 - Número de casos de doenças notificáveis, mais frequentes, por faixa etária, no sexo feminino. Ceará. 2006

Doença	Faixa etária														Total
	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tuberculose	8	0,5	22	1,4	12	0,8	175	11	918	57,8	196	12,4	256	16,1	1.587
Hanseníase	0	0	3	0,2	25	2	146	11,6	615	48,8	219	17,4	253	20,1	1.261
Leishmaniose Visceral	48	18,4	107	41	42	16,1	16	6,1	29	11,1	8	3,1	11	4,2	261
Leishmaniose Tegumentar	2	0,4	26	5,5	21	4,4	76	16	173	36,3	90	18,9	88	18,5	476
Hepatite Vírus A	2	0,6	65	20,3	126	39,4	91	28,4	29	9,1	4	100	3	0,9	320
Hepatite Vírus B	0	0	1	1,3	2	2,6	6	7,9	54	71,1	7	100	6	7,9	76
Hepatite Vírus C	0	0	0	0	0	0	0	0	28	62,2	13	100	4	8,9	45
AIDS	1	0,6	4	2,4	3	1,8	6	3,6	142	85	5	3	6	3,6	167
Dengue	162	1,0	547	3,5	1.065	6,7	3.115	19,7	8.700	55,0	1.200	7,6	1.017	6,4	15.806

Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Tabela 12 - Número de casos de doenças notificáveis, mais frequentes, por faixa etária no sexo masculino. Ceará, 2006

Doença	Faixa etária														Total
	<1		1 a 4		5 a 9		10 a 19		20 a 49		50 a 59		60 e +		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tuberculose	15	0,6	33	1,3	19	0,7	188	7,2	1.591	61,2	375	14,4	381	14,6	2.602
Hanseníase	7	0,5	2	0,2	23	1,7	118	8,8	617	45,8	246	18,3	334	24,8	1.347
Leishmaniose Visceral	43	10,3	99	23,7	44	10,6	51	12,2	141	33,8	25	6	14	3,4	417
Leishmaniose Tegumentar	13	2,5	18	3,5	34	6,6	87	16,8	209	40,3	74	14,3	84	16,2	519
Hepatite Vírus A	2	0,5	83	21,3	144	36,9	112	28,7	42	10,8	3	0,8	4	1	390
Hepatite Vírus B	0	0	4	3,8	2	1,9	10	9,4	74	69,8	7	6,6	9	8,5	106
Hepatite Vírus C	2	2,4	0	0	0	0	4	4,8	58	69,9	13	15,7	6	7,2	83
AIDS	1	0,3	8	2,2	1	0,3	3	0,8	308	84,8	32	8,8	10	2,8	363
Dengue	151	1,3	563	4,9	1.053	9,0	2.817	24,0	5.926	50,5	600	5,2	606	5,2	11716

Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Doenças imunopreveníveis e Imunização

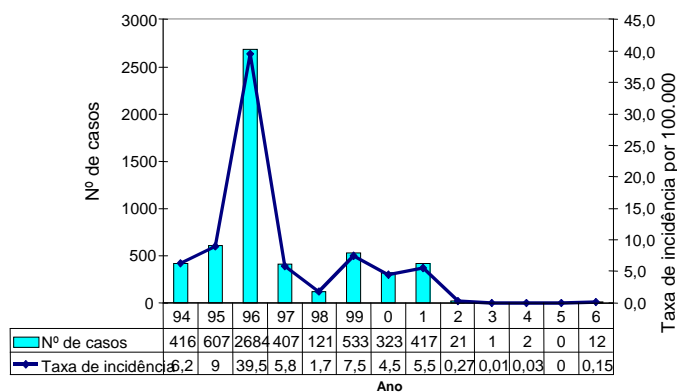
Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)

No Ceará, o comportamento da Rubéola até o ano 2000 era endêmico com surtos epidêmicos, com a ocorrência de cerca de 400 casos por ano. Com a implementação da vigilância epidemiológica da Rubéola, a campanha de vacinação das mulheres em idade fértil em 2002 e a melhoria das coberturas vacinais em crianças a partir de 1 ano de idade, houve uma redução significativa na incidência de casos. No ano de 2005, não foi registrado nenhum caso no estado (Figura 18).

No ano de 2006, ocorreu um surto no Município de Hidrolândia com confirmação de 11 casos e 1 caso no Município de Ipu, importado de Hidrolândia. A variante viral isolada por meio do SWAB, de naso e orofaríngea, foi o genótipo 2B, o mesmo que circulou nos demais estados onde ocorreram os surtos.

Em relação à Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), existe subnotificação significativa de casos, havendo registro de apenas três casos no ano de 2001, sem haver confirmação de casos nos últimos 6 anos.

As doenças imunopreveníveis estão sob controle, com exceção da Rubéola, que tem se manifestado em forma de surtos.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

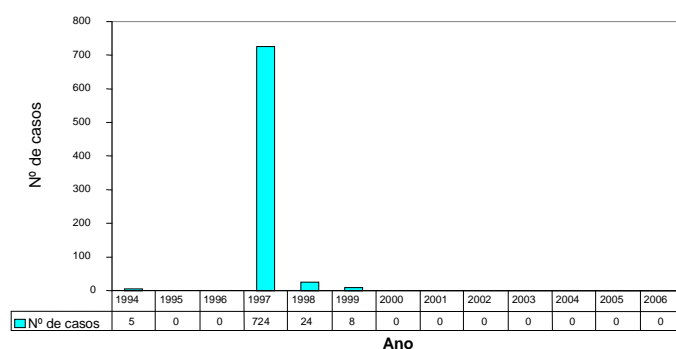
Figura 18 - Número de casos e taxa de incidência de Rubéola. Ceará, 1994 a 2006

Sarampo

O Sarampo esteve entre as principais causas de morbimortalidade na infância, principalmente nos menores de cinco anos, até o início da década de 1990. No Brasil, há evidência da interrupção da transmissão autóctone do vírus do Sarampo desde o ano 2000. Já no Ceará, o último caso confirmado foi em dezembro de 1999 (Figura 19).

No entanto, o risco da importação da doença procedente de regiões do mundo onde o vírus do Sarampo continua circulando é uma constante ameaça. O Ministério da Saúde no período de 2001 a 2005, confirmou 9 casos importados de Sarampo. E em 2006, foi confirmado um surto de grandes proporções no Estado da Bahia, com a ocorrência de 58 casos. Não foi identificada a fonte de infecção, mas, provavelmente, se trata de caso importado de regiões onde o vírus do Sarampo ainda continua circulando.

Diante da situação epidemiológica atual, é importante uma vigilância epidemiológica ativa, o alcance de altas coberturas vacinais de forma homogênea em todos os municípios, bem como a implementação da vacinação dos grupos considerados de risco para Sarampo.

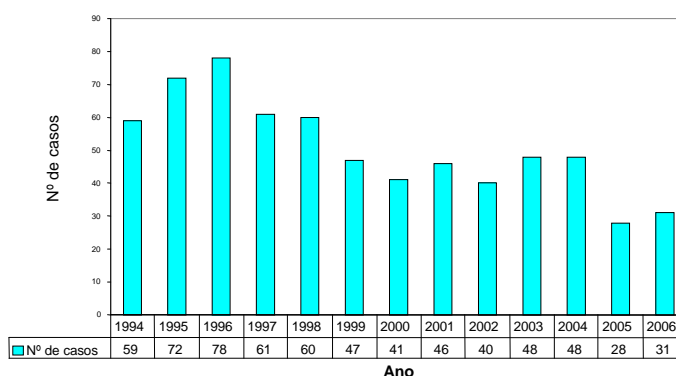


Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 19 - Número de casos e taxa de incidência de Sarampo. Ceará, 1994 a 2006

Tétano acidental

A incidência de casos de Tétano acidental é decrescente (Figura 20), mantendo-se abaixo de 50 casos anuais desde 1999. A letalidade tem se mantido em torno de 30%, se configurando como doença grave. No ano de 2006, dos 31 casos confirmados, 27 (87,0%) eram do sexo masculino, grupo mais acometido, ao longo dos anos, pela maior exposição e menor acesso à vacinação.



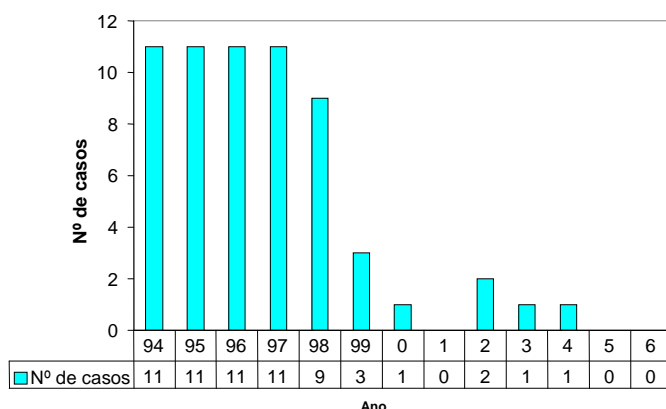
Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 20 - Número de casos de Tétano acidental. Ceará, 1994 a 2006

Tétano neonatal

O Tétano neonatal está em processo de eliminação no Continente Sul - Americano desde 1989, com controle implementado a partir de 1993 com a introdução da vacinação da mulher em idade fértil. No início, a vacinação foi realizada apenas nos municípios considerados de risco e, posteriormente, em todos os municípios. O propósito inicial foi eliminar o Tétano neonatal até 1995. Neste ano, tornou-se necessária a elaboração de um plano emergencial para cumprimento da meta proposta.

No período de 1994 a 2003 (Figura 21), observa-se uma estabilidade do número de casos nos primeiros quatro anos, declínio a partir de 1998, chegando a zero caso em 2001. Houve recrudescimento em 2002, 2003 e 2004, voltando a zero caso a partir de 2005.



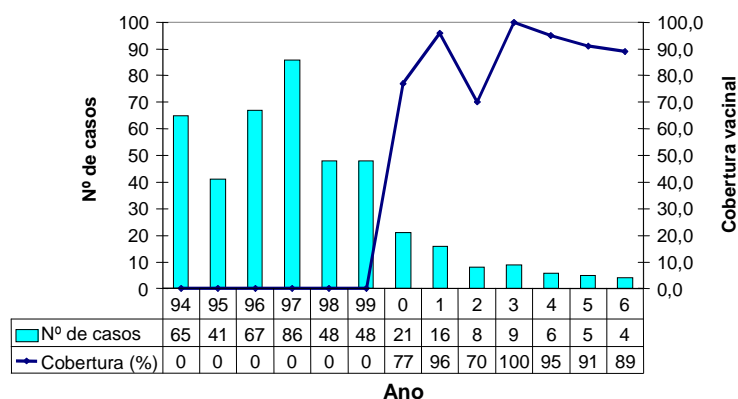
Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 21 - Número de casos de Tétano neonatal. Ceará, 1994 a 2006

Meningites por *Haemophilus influenzae B*

A Meningite causada pelo *Haemophilus influenzae B* predomina em menores de 5 anos de idade (cerca de 90% dos casos). No Brasil, após a introdução da vacina conjugada contra Hemófilo (Hib) no ano de 1999, houve uma redução significativa do número de casos de Meningite por esse agente etiológico. Antes da implantação da Vacina Hib, as meningites por *Haemophilus influenzae B* ocupavam o segundo lugar dentre as meningites bacterianas, com redução da incidência após a implantação da vacina.

No Ceará, a exemplo do resto do país, com a implantação da Vacina Hib, houve um decréscimo da incidência de casos. Ocorriam, em média, cerca de 54 casos anuais até 1999 e em 2006 foram notificados 4 casos (Figura 22). Essa situação mostra a importância da manutenção de altas coberturas vacinais de forma homogênea para o controle da doença.



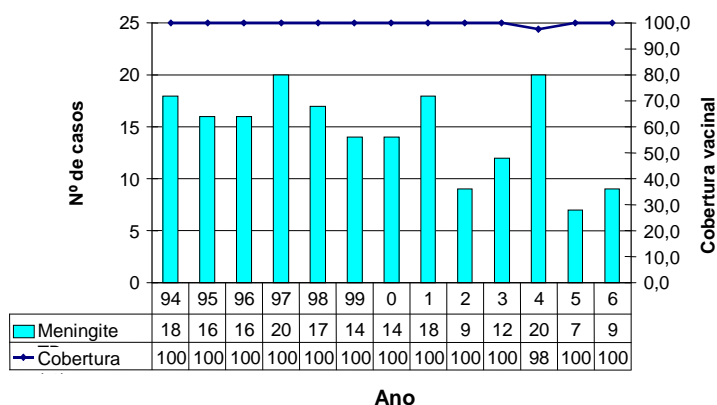
Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 22 - Número de casos de Meningites por *Haemophilus influenzae* e a cobertura vacinal de menores de 1 ano em ações de rotina (DTP + Hib). Ceará, 1994 a 2006

Meningite tuberculosa

A Meningite tuberculosa é a forma mais grave de Tuberculose e corresponde a 5% das formas extrapulmonares dessa doença. A incidência elevada de Meningite tuberculosa guarda estreita correlação com casos de Tuberculose bacilífera na população adulta e com baixas coberturas vacinais com BCG, já que a vacina é eficaz contra essa forma de Tuberculose.

No Brasil, observa-se redução da incidência de casos a partir de 1995, com o aumento das coberturas vacinais, sendo mais evidente nos últimos três anos. No Ceará (Figura 23), menos de 10 casos foram registrados nos anos em 2005 e 2006.

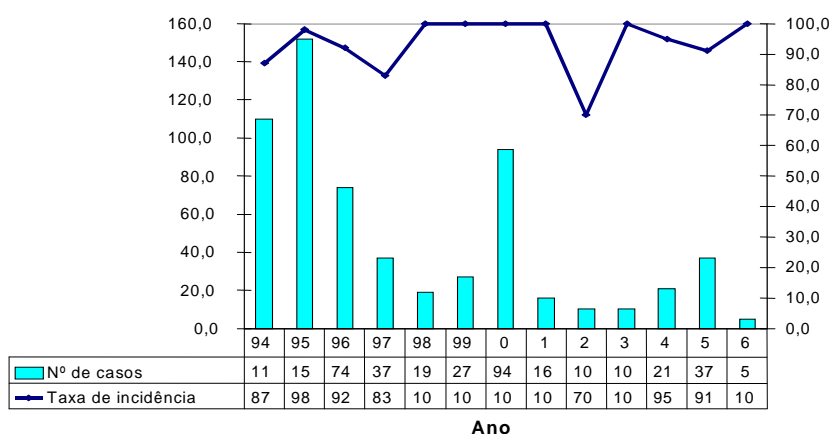


Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 23 - Número de casos de Meningite tuberculosa e a cobertura vacinal de menores de 1 ano em ações de rotina (BCG). Ceará, 1994 a 2006

Coqueluche

No Ceará, a redução de casos de Coqueluche deve-se às coberturas vacinais elevadas, ao fortalecimento da vigilância epidemiológica da doença e à realização de exame laboratorial para confirmação do diagnóstico e identificação de circulação agente.

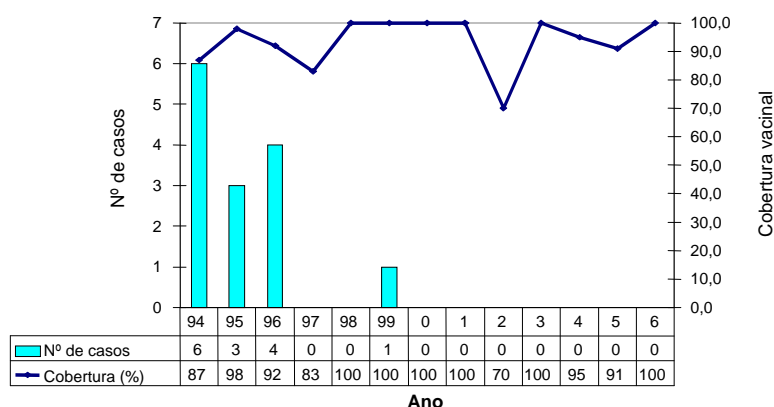


Fonte: SESA/COMPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Figure 24 – Número de casos de Coqueluche e cobertura vacinal (DTP ou DTP + Hib). Ceará, 1994 a 2006

Difteria

A redução dos casos de Difteria vem ocorrendo desde a década de 1980, em decorrência do aumento da aplicação da vacina DTP na rotina e alcance de elevadas coberturas vacinais através da implantação das campanhas de vacinação. Não há registro de casos no Ceará desde o ano 2000 (Figura 25).



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figure 25 - Número de casos de Difteria e cobertura vacinal (DTP ou DTP + Hib). Ceará, 1994 a 2006

AIDS e doenças sexualmente transmissíveis

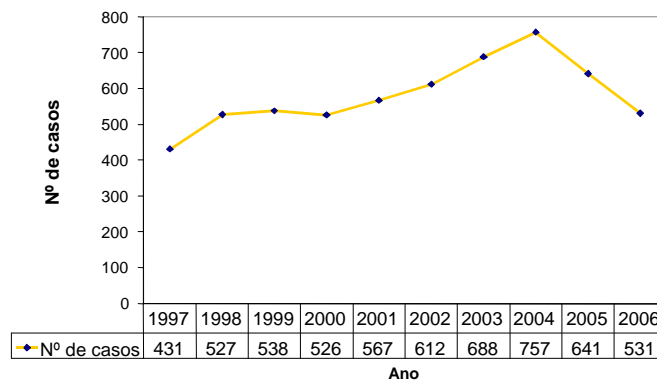
AIDS

A AIDS está entre as principais doenças emergentes no mundo, com altas prevalências no Brasil. De modo geral, a epidemia de AIDS sofreu alterações nos últimos anos, em todo o País. Principalmente na Região Sudeste, onde a proporção de casos entre os sexos já se encontra quase a mesma. Essa tendência vem sendo detectada também no Ceará, onde temos uma proporção cada vez menor entre homens e mulheres. Além disso, a epidemia está se interiorizando e acometendo pessoas mais jovens. A partir de 1998, com a introdução do uso da Terapia Antiretroviral, vem ocorrendo o aumento da sobrevivência dos pacientes e redução dos casos em 2005 e 2006 (Figura 26).

No final da década de 80, a frequência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de

transmissão. No Ceará, a razão de sexo entre indivíduos com AIDS passou de 11 homens para 1 mulher em 1987, para 2 homens para 1 mulher em 2006. A faixa etária mais atingida pela doença são os adultos de 20 a 34 anos (50%).

Em relação às mulheres, a grande preocupação é com o aumento da transmissão vertical, haja vista que as mesmas estão adoecendo em plena idade reprodutiva. A mulher infectada (com ou sem sintomas da doença) pode transmitir o HIV ao seu concepto desde as fases mais precoces da gestação, durante o parto e após o nascimento da criança. No Ceará, de 1985 a 2006, foram notificados 205 casos de AIDS em crianças e 169 (82,4%) casos ocorreram devido à transmissão vertical.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 26 - Número de casos de AIDS. Ceará, 1997 a 2006

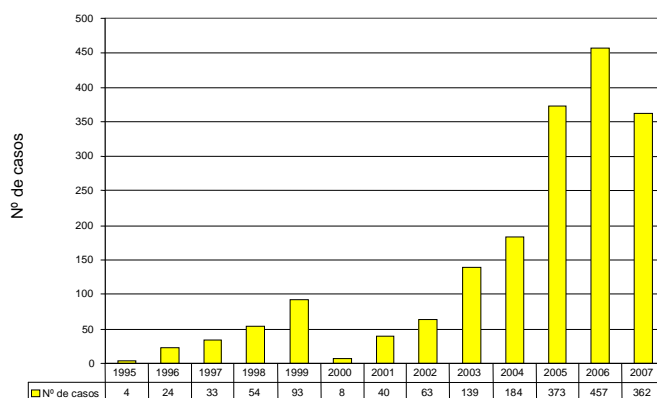
Sífilis congênita

É um agravo de saúde passível de eliminação, desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* seja identificada e tratada antes ou durante a gestação. A Sífilis é causa importante de morbidade e mortalidade perinatal e a Sífilis congênita (SC) tem se tornado um dos grandes desafios na saúde pública deste início de milênio.

De acordo com a OMS, nos países em desenvolvimento, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras. No Brasil, estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras dessa doença, com grande risco de transmissão da mãe para filho com influências na mortalidade perinatal de até 40%. A falta de qualidade na assistência pré-natal, o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade e promiscuidade sexual são fatores condicionantes para a alta prevalência da doença no Brasil.

Com o objetivo de eliminar a Sífilis congênita, em 1993, o Ministério da Saúde recomendou o rastreamento da doença na gravidez, utilizando o VDRL na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou curetagem. No Ceará, a Vigilância Epidemiológica da Sífilis vem se estruturando cada vez mais e contribuindo para o aumento do número de notificações, a cada ano (Figura 27). Esse fato revela o impacto das capacitações de profissionais e uma maior sensibilização para as notificações de casos suspeitos.

A Sífilis congênita e a transmissão vertical da AIDS estão em ascensão.



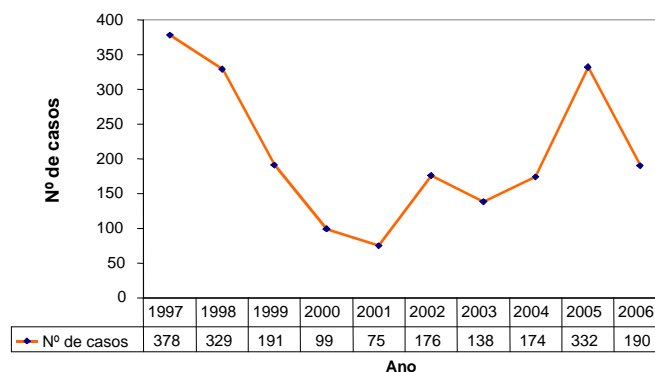
Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)
Figura 27 - Número de casos de Sífilis congênita. Ceará, 1995 a 2007

Hepatite B

A notificação de casos de hepatites, no Ceará, teve início em 1984, mas só a partir de 1990, com a utilização dos marcadores sorológicos pelo Laboratório de Saúde Pública (LACEN) houve melhora no diagnóstico.

Em 1989 o Brasil iniciou uma campanha de vacinação contra Hepatite B na Região Amazônica, onde a doença é endêmica. No Ceará, seguindo recomendação do Programa Nacional de Imunização, a vacinação em menores de 1 ano teve início em 1998, ampliando-se para menores de 20 anos a partir de 2001.

O aumento de casos nos últimos anos (Figura 28) deve-se a uma melhora da eficiência do serviço e melhor desempenho da vigilância epidemiológica.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)
Figura 28 - Número de casos de Hepatite B. Ceará, 1997 a 2006

Doenças transmitidas por vetores e zoonoses

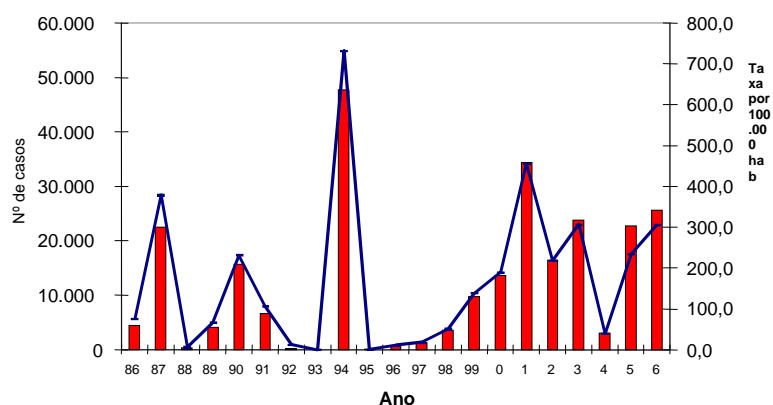
Dengue

A Dengue foi detectada pela primeira vez no Ceará no ano de 1986, manifestando-se em picos epidêmicos importantes (Figura 29 e Quadro 4). Desde 2002, há a circulação simultânea de três sorotipos virais, o que contribui decisivamente para o aumento no número de casos graves da doença. No ano de 2004, com a desestruturação das equipes municipais, após o processo eleitoral, foi possível observar um grande aumento no número de municípios com índices de infestação elevada pelo mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da doença. Com isso, acrescido a outros fatores ambientais, houve um aumento expressivo no número de casos em 2005, chegando a uma incidência superior a 230/100 mil habitantes.

O primeiro sorotipo isolado em 1986 foi o DEN-1, em 1994 foi detectada a presença do DEN-2 e em março de 2002 isolamos o DEN-3. Com a circulação simultânea de três sorotipos e grande parte dos municípios infestados pelo *Aedes aegypti* a partir do ano de 2001, o número de casos graves da doença começou a aumentar. Em 2001 era registrado 1 caso de Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) para 440 casos de Dengue clássica. Em 2002, esta proporção passou de 1 para 232; em 2003 de 1 para 82 e, em 2006, foi 151 casos de Dengue clássico para 1 caso de FHD.

No ano de 2006, foram notificados 39.689 casos de Dengue em 170 municípios. Quanto à sorologia para diagnóstico dos casos, 4.120 amostras foram negativas e 25.569 casos foram confirmados laboratorialmente, representando uma incidência de 305,30 casos por 100.000 habitantes distribuídos em 146 (88%) municípios do Estado. No mesmo ano, foram confirmados 169 casos de FHD com 14 óbitos, contribuindo com uma letalidade de 8,25%.

A Dengue vem apresentando taxas elevadas de incidência e aumento de casos de febre hemorrágica em adultos e crianças; circulam três tipos de vírus no Estado e mais de 80% dos municípios apresentaram infestação pelo *Aedes Aegypti* nos últimos oito anos.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)
Figura 29 - Número de casos e taxa de incidência de Dengue. Ceará, 1986 a 2006

Quadro 4 - Distribuição dos casos de Dengue clássico e Dengue hemorrágico e tipo de vírus circulante. Ceará, 1986 a 2006

Ano	Nº de Municípios			Dengue Clássico	Dengue Hemorrágico			Incidência por 100.000 hab	Vírus Circulante
	Com infestação pelo <i>Aedes Aegypti</i>	Com transmissão de Dengue	Com casos de Dengue Hemorrágico	Nº de casos	Nº de casos	Nº de Óbitos	Letalidade (%)		
1986	65	35	-	4.419	-	-	-	75,61	Den 1
1987	51	51	-	22.518	-	-	-	378,93	Den 1
1988	68	6	-	385	-	-	-	6,37	Den 1
1989	34	13	-	4.126	-	-	-	67,15	Den 1
1990	32	34	-	15.725	-	-	-	231,75	Den 1
1991	85	23	-	6.709	-	-	-	105,44	Den 1
1992	44	3	-	165	-	-	-	12,56	Den 1
1993	76	1	-	8	-	-	-	0,12	Den 1
1994	112	108	3	47.789	25	12	48,0	732,31	Den 1 + 2
1995	104	13	-	66	-	-	-	0,96	Den 1 + 2
1996	108	23	-	789	-	-	-	11,39	Den 1 + 2
1997	100	33	-	1.264	-	-	-	18,40	Den 1 + 2
1998	98	49	1	3.581	4	-	-	51,00	Den 1 + 2
1999	143	90	1	9.757	3	-	-	138,95	Den 1 + 2
2000	134	97	2	13.645	4	3	75,0	189,50	Den 1 + 2
2001	169	132	15	34.390	78	8	10,2	455,64	Den 1 + 2
2002	171	161	14	16.465	71	9	12,6	218,15	Den 1 + 2 + 3
2003	171	165	36	23.796	291	20	6,8	306,70	Den 1 + 2 + 3
2004	174	91	5	3.094	14	1	7,1	39,53	Den 1 + 2 + 3
2005	166	162	30	22.817	199	24	12,0	234,41	Den 1 + 2 + 3
2006	166	146	29	25.569	172	15	8,7	305,07	Den 1 + 2 + 3

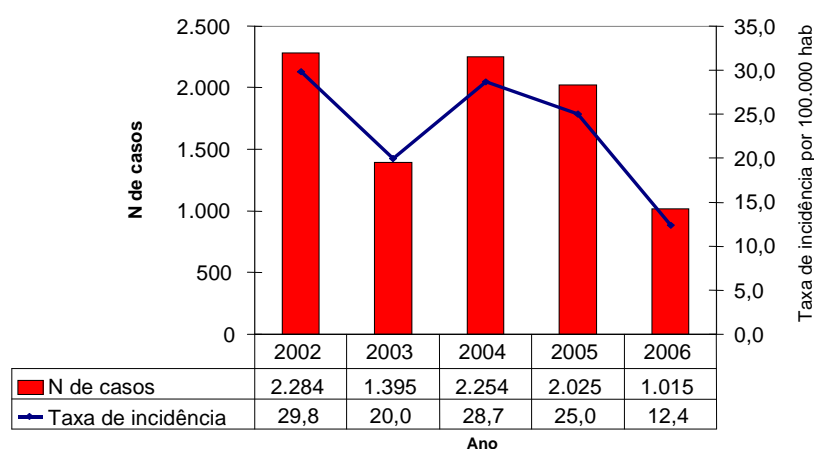
Fonte: SESA/COPROO/NUVEP

Leishmaniose tegumentar

A Leishmaniose tegumentar (LT) tem sido notificada em todas as unidades federadas, se constituindo como uma das afecções dermatológicas que merece a maior atenção devido a sua magnitude, ao risco de ocorrência de deformidades e reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional. Atinge mais o sexo masculino, predominando na faixa de 10 a 59 anos de idade.

No Ceará, nos últimos anos, houve aumento no número de casos (Figura 30), atribuído a surtos localizados em alguns municípios como: Viçosa do Ceará, Itapajé, Horizonte, Camocim e Crato.

O objetivo da Vigilância Epidemiológica é diagnosticar e tratar precocemente os casos, para reduzir as deformidades provocadas pela doença e, em áreas de transmissão domiciliar, reduzir a incidência da doença adotando medidas de controle pertinentes, após a investigação dos casos.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 30 - Número de casos e taxa de incidência de Leishmaniose tegumentar. Ceará, 2002 a 2006

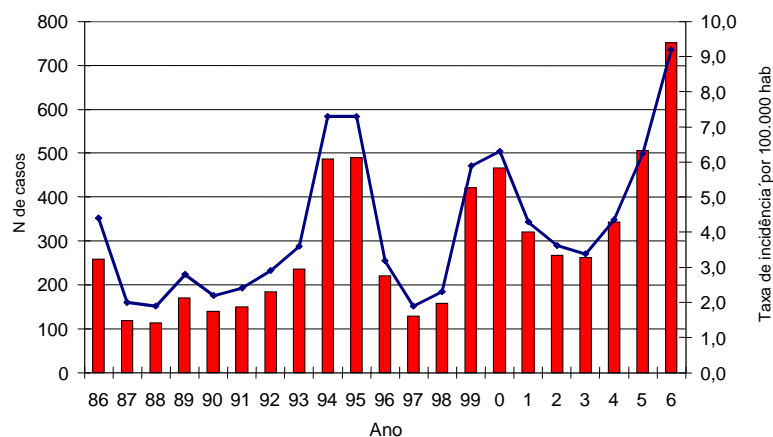
Leishmaniose visceral

No Brasil, a Leishmaniose visceral é uma doença endêmica com registro de surtos freqüentes. No Ceará, a doença se encontra em processo de expansão.

No período de 2001 a 2006 foram notificados em torno de 2.500 casos (Figura 31), com 137 óbitos e uma Letalidade Média de 5,5%. O sexo masculino foi responsável por 61,9% dos casos. Nesse período, 15 municípios tiveram transmissão intensa, com destaque para Barbalha, Bela Cruz e Canindé. A faixa etária de 1 a 4 anos apresentou a maior incidência, sendo responsável por 31,1% dos casos.

Os objetivos da Vigilância Epidemiológica são reduzir as taxas de letalidade e o grau de morbidade através do diagnóstico e tratamento precoces dos casos, além de diminuir os riscos de transmissão mediante o controle da população de reservatórios e do agente transmissor.

A Leishmaniose visceral (Calazar) está em expansão, com taxas de letalidade elevadas e afetando progressivamente os menores de 14 anos.

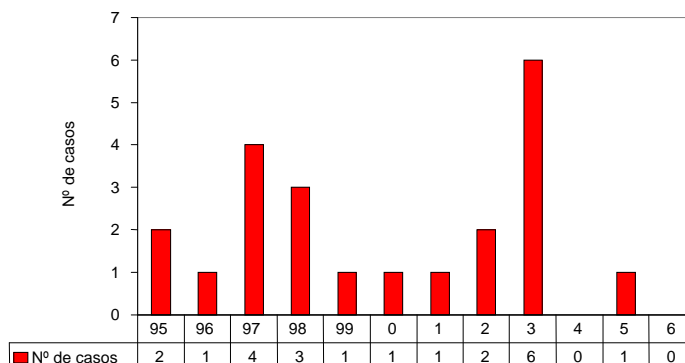


Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 31 - Número de casos e taxa de incidência de Leishmaniose visceral. Ceará, 1986 a 2006

Raiva humana

O Estado do Ceará vem registrando casos de Raiva humana, anualmente, com aumento significativo em 2003 (Figura 32), quando ocorreram sete casos, nos Municípios de Fortaleza (3), Maracanaú (1), Umirim (1), Tururu (1) e Caucaia (1), tendo o cão como animal agressor. Foram acometidas três crianças e quatro adultos, quatro das quais não procuraram atendimento anti-rábico após a agressão. Dos dois pacientes que foram às unidades de saúde após a agressão, uma não encontrou a vacina na unidade e a outra abandonou o esquema vacinal iniciado, o que indica a necessidade de informação e educação da população, bem como, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados.



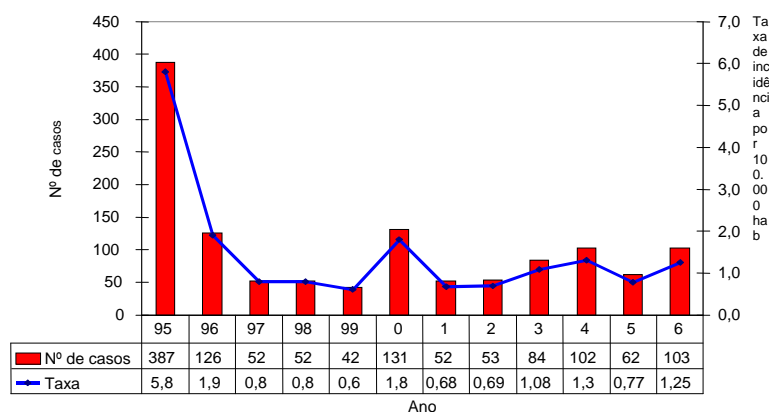
Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 32 - Número de casos de Raiva humana. Ceará, 1995 a 2006

Leptospirose

No Ceará, o perfil endêmico da Leptospirose vem se mantendo, com ocorrência de casos no ano inteiro e comportamento sazonal nos meses de maior precipitação pluviométrica. O pico observado em 1995 (Figura 33) deveu-se aos surtos ocorridos em trabalhadores de lavoura de arroz, nos Municípios de Várzea Alegre, Lavras da Mangabeira e Cedro.

A letalidade observada tem sido elevada, de 12,0% em 2006, havendo necessidade de acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

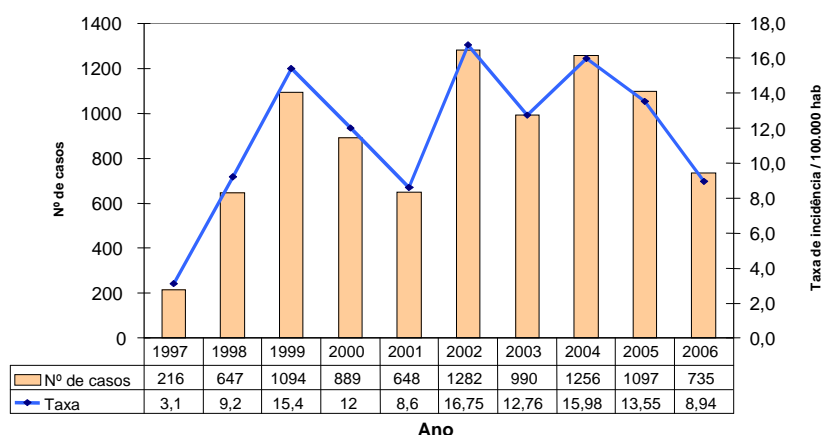


Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)
Figura 33 - Número de casos e taxa de incidência de Leptospirose. Ceará, 1995 a 2006

Doenças de veiculação hídrica e alimentar

Hepatite A

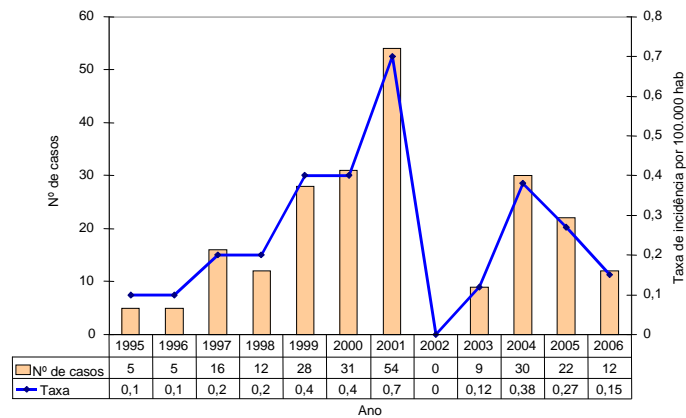
A Hepatite A continua como doença de alta incidência no Ceará (Figura 34), representando em torno de 70% dos casos de hepatites diagnosticados. Em 2006 (Tabela 4) 88% dos casos ocorreram em crianças e adolescentes (1 a 19 anos). Trata-se de doença relacionada a populações com condições sanitárias e socioeconômicas deficientes.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)
Figura 34 - Número de casos e taxa de incidência de Hepatite A. Ceará, 1997 a 2006

Febre tifóide

Casos de Febre tifóide vêm sendo registrados no Ceará, embora com baixa incidência (Figura 35). Como tem ocorrido confirmação de surtos, presume-se que a incidência possa ser maior. É importante considerar que as doenças entéricas se encontram entre as doenças de maior internação no Ceará.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 35 - Número de casos e taxa de incidência de Febre tifóide. Ceará, 1995 a 2006

Outras doenças infecciosas e parasitárias

Hanseníase

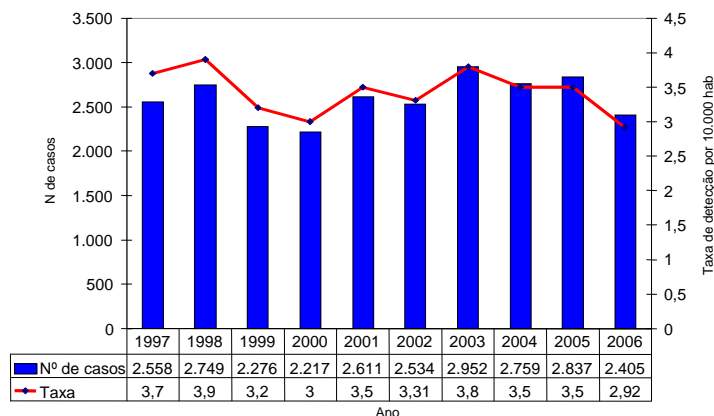
A Hanseníase é de relevância para a saúde pública, principalmente por causa do potencial incapacitante e de acometer uma população na faixa etária economicamente ativa.

Atualmente, o principal indicador epidemiológico é a taxa de detecção em menores de 15 anos, que expressa a força de transmissão recente e sua tendência. Também devem ser considerados: o coeficiente de detecção em todas as idades, que expressa a relação entre os casos novos e a população em geral e a proporção de cura dos casos diagnosticados - mais importante indicador de resultados das atividades de controle.

Nos últimos sete anos, de 2000 a 2006, em média, 154 crianças foram diagnosticadas com Hanseníase, a cada ano. Algumas dessas crianças já apresentavam formas clínicas bem avançadas.

Na análise dos dados de 1997 a 2006 (Figura 36), no 1º ano avaliado foram notificados 2.558 casos com uma taxa de detecção de 3,7/10.000 habitantes, enquanto que em 2006 foram notificados 2.405 casos, respondendo por uma taxa de detecção 2,9/10.000 habitantes. Taxa de detecção considerada muito alta, segundo parâmetros da OMS/MS.

A Hanseníase apresenta alta taxa de detecção e vem acometendo crianças abaixo de 15 anos, indicador que expressa a força de transmissão recente da doença e sua tendência.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

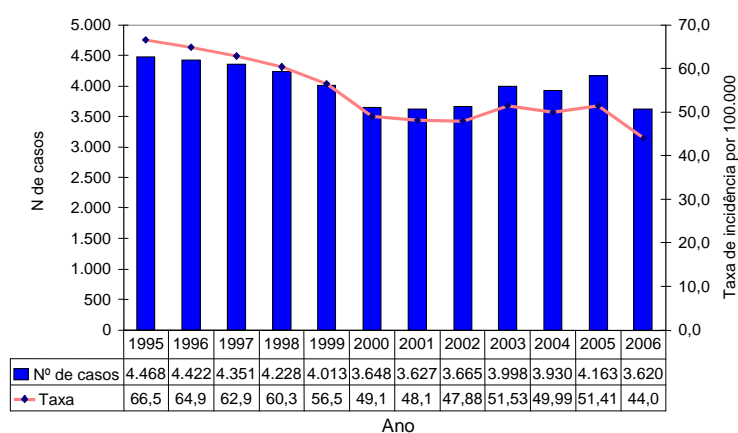
Figura 36 – Nº de casos novos e taxa de detecção de Hanseníase. Ceará, 1997 a 2007

Tuberculose

A Tuberculose acompanha o ser humano há vários séculos, mas apenas no Século XIX foi descoberto o bacilo causador da doença. A redução, tanto na morbidade quanto na mortalidade depende, entre outros fatores, do tempo em que a epidemia atinge a população. A epidemia de AIDS está modificando sensivelmente o quadro da Tuberculose atualmente, aumentando tanto a incidência em adultos jovens quanto a morbimortalidade.

A Tuberculose é uma das principais doenças endêmicas do estado. Atinge particularmente a população menos favorecida, além de grupos especiais, como os alcoólatras e os soropositivos para HIV. Observa-se que a curva de incidência da doença apresenta discreto declínio, com um aumento a partir de 2002 (Figura 37).

O acompanhamento e avaliação dos municípios, quanto às ações de Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação, muito contribuirão para a melhoria da informação para a ação e, conseqüentemente, para o controle da doença no Ceará.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 37 - Número de casos novos e taxa de incidência de Tuberculose de todas as formas. Ceará, 1995 a 2006

Hepatites virais

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o Hepatotropismo. Possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e de evolução. Entre as doenças endêmico-epidêmicas que representam problemas importantes de saúde pública no Brasil, destacam-se as hepatites virais, cujo comportamento epidemiológico tem sofrido grandes mudanças nos últimos anos.

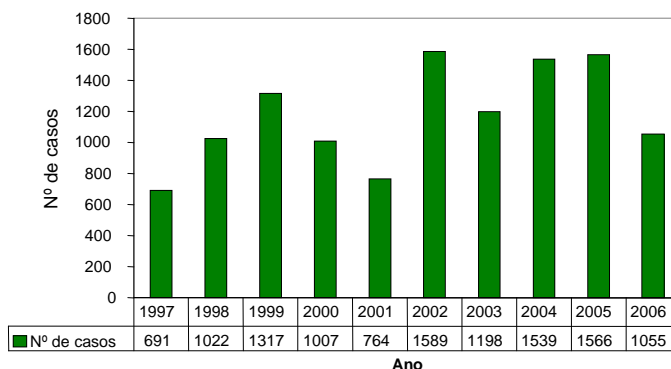
A melhoria das condições de higiene e de saneamento das populações, a vacinação contra a Hepatite B e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da Hepatite C estão entre os avanços importantes. Entretanto, as condições do Nordeste brasileiro, a heterogeneidade sócio-econômica, a distribuição irregular dos serviços de saúde, a incorporação desigual de tecnologia para diagnóstico, são elementos importantes que devem ser considerados na avaliação do processo endemoepidêmico das hepatites virais.

A notificação de casos de hepatites no Estado do Ceará teve início em 1984. A partir de 1990, os testes sorológicos para diagnóstico etiológico foram implantados no Ceará (LACEN). Com a intensificação das solicitações dos marcadores pela rede

básica de saúde a partir de 1996, houve uma diminuição gradativa das formas não especificadas com aumento de casos confirmados de Hepatite B.

Em 1989, o Brasil iniciou uma campanha de vacinação contra Hepatite B na Região Amazônica. No Ceará, seguindo recomendação do Programa Nacional de Imunização, a vacinação em menores de 1 ano teve início em 1998, ampliando-se para menores de 20 anos a partir de 2001.

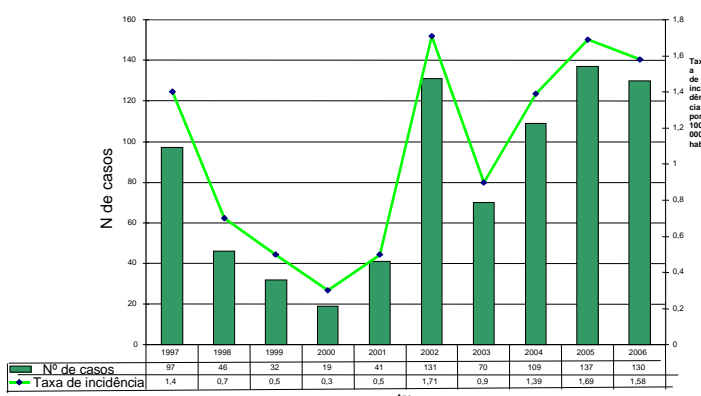
A Figura 38, com o número de casos de Hepatite A, B e C, apresenta uma curva sugestiva de comportamento endêmico, com picos periódicos, certamente influenciados por surtos de Hepatite A que ocorrem com frequência no Estado.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 38 - Número de casos de hepatites virais. Ceará, 1997 a 2006

Na Figura 39, que traz a situação da Hepatite C nos últimos dez anos, observa-se um aumento da detecção anual dos casos. A Hepatite C semelhante à Hepatite B, tende a evoluir para formas crônicas e possui mecanismos de transmissão semelhante à Hepatite B: parenteral, sexual e vertical, tendo o agravante de não ser imunoprevenível como a Hepatite B.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

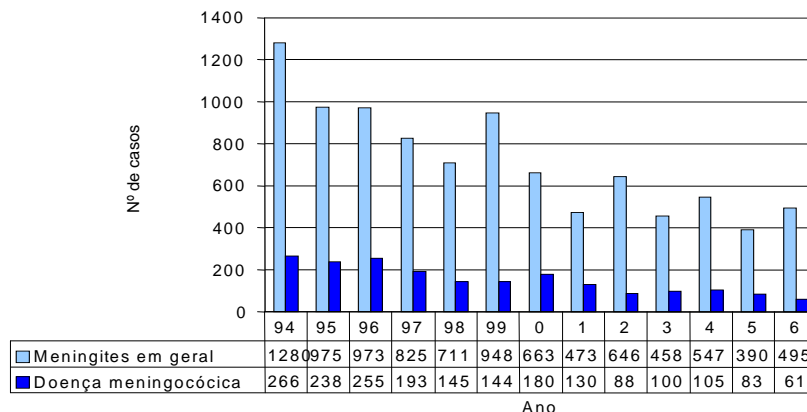
Figura 39 - Número de casos de Hepatite C. Ceará, 1997 a 2006

Meningites em geral e doença meningocócica

Entre os vários agentes causadores das meningites infecciosas, destacam-se na saúde pública a Meningite meningocócica (doença meningocócica) por *Haemophilus influenzae* B, e a Meningite tuberculosa, pela gravidade e pelo potencial de transmissão que ambas apresentam.

As meningites por *Haemophilus influenzae* B e tuberculosa, pela possibilidade de prevenção por vacinas, já foram referidas no respectivo item (doenças imunopreveníveis).

Observa-se na Figura 40 uma redução das meningites em geral, influenciada pelas meningites imunopreveníveis, como também pela redução da Doença meningocócica. De elevada transcendência pela letalidade elevada, principalmente quando o diagnóstico é tardio, a Doença meningocócica apresenta comportamento sazonal e tem sido objeto de vigilância permanente, com a realização de medidas de controle diante de cada caso suspeito.



Fonte: SESA/COPROM/NUIAS-NUVEP – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 40 – Número de casos de meningites em geral e de Doença meningocócica. Ceará, 1994 a 2006

Morbidade hospitalar

As estatísticas de morbidade hospitalar exibem as doenças ou grupo de doenças que requerem maior atenção à saúde das pessoas acometidas e o seu monitoramento permite avaliar e redimensionar as ações voltadas para a atenção à saúde da população.

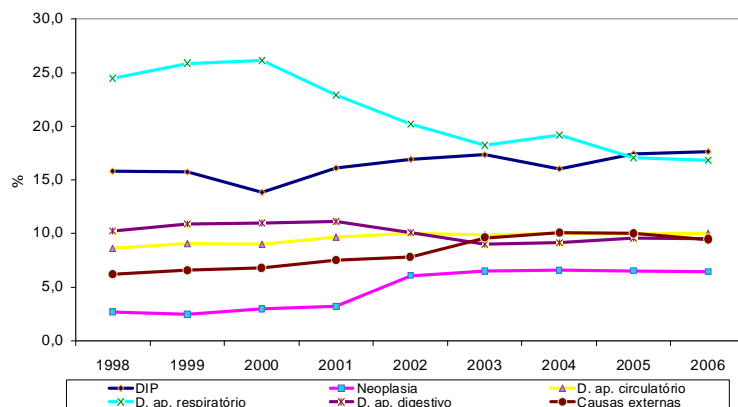
As principais causas de internação hospitalar registradas no Ceará no período de 1998 a 2006, excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério, por ordem de importância, podem ser observadas na Tabela 13 e Figura 41.

As doenças do aparelho respiratório e as Doenças infecciosas e parasitárias se destacam com mais de 60 mil internações por ano. As principais causas de mortalidade, como as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias, também ficam entre as principais causas de internação, tendo importância também as doenças do aparelho digestivo.

Tabela 13 - Número e percentual de internação por capítulo (CID10). Ceará, 1998 a 2006

Causas de internações (Cap. CID 10)	1.998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	55.997	57.516	52.260	60.332	63.868	66.034	63.132	69.849	65.313
II. Neoplasias (tumores)	9.422	8.961	11.284	12.124	23.099	24.829	25.959	26.275	23.928
III. Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários	2.391	2.702	2.928	3.219	3.086	2.913	3.044	3.287	2.898
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8.378	8.884	8.918	9.506	9.203	9.057	8.809	9.419	8.275
V. Transtornos mentais e comportamentais	13.209	17.006	15.591	16.381	15.321	20.473	16.800	18.510	20.364
VI. Doenças do sistema nervoso	3.620	4.350	4.101	4.187	3.692	4.407	4.544	4.721	4.273
VII. Doenças do olho e anexos	6.919	4.694	4.541	1.589	828	822	1.314	1.872	1.096
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	316	374	350	356	411	393	413	405	347
IX. Doenças do aparelho circulatório	30.495	33.277	33.833	36.317	38.000	37.566	39.509	40.048	37.196
X. Doenças do aparelho respiratório	86.523	94.784	98.479	85.887	76.287	69.229	75.651	68.589	62.286
XI. Doenças do aparelho digestivo	36.147	39.837	41.542	41.753	38.126	34.187	36.060	38.565	35.173
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6.733	7.441	8.772	8.130	7.686	7.756	8.489	8.133	7.206
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	6.954	7.339	8.304	8.748	10.820	9.815	10.344	10.026	9.079
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	28.524	30.882	33.814	31.426	30.947	29.579	31.058	30.884	27.623
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	9.809	10.101	8.174	8.252	10.931	10.474	10.620	12.514	11.602
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2.189	2.535	2.722	2.691	3.257	3.415	3.502	3.810	3.856
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	4.941	5.444	5.834	5.672	5.303	5.152	5.531	5.741	5.116
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	21.860	24.178	25.718	28.156	29.681	36.598	39.751	40.162	35.074
XXI. Contatos com serviços de saúde	4.019	5.706	9.769	9.789	7.482	7.368	9.257	8.602	9.272
Total (sem as obstétricas)	338.446	366.011	376.934	374.515	378.028	380.067	393.787	401.412	369.977
XV. Gravidez parto e puerpério	157.724	163.428	158.020	149.539	146.946	136.753	135.175	139.779	125.932
Total	496.170	529.439	534.954	524.054	524.974	516.820	528.962	541.191	495.909

Fonte: DATASUS – SIH - *Dados parciais de 2007



Fonte: DATASUS - SIH

Figura 41 - Percentual de internação por capítulo (CID 10). Ceará, 1998 a 2006

6 APOIO À CAPACIDADE RESOLUTIVA DO SETOR SAÚDE

6.1. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o conjunto de ações voltadas à proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto abrange a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, controle da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação na perspectiva da obtenção de resultados concretos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolvem o uso de medicamentos e que tal uso pode ser determinante para obtenção de menor ou maior resultado e impacto nos diferentes níveis de atenção a saúde, é imperativo que a assistência farmacêutica seja vista sob a ótica integral. Sendo necessário que as etapas que a constituem estejam bem estruturadas e articuladas.

Contudo, a estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos quer pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento.

No Estado do Ceará, com o advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, posteriormente, do Sistema Único de Saúde a Secretaria da Saúde implantou, em 1988, a área de Assistência Farmacêutica, iniciando o seu processo de transformação através da criação da Divisão de Assistência Farmacêutica, sendo, portanto, pioneira no país na oficialização de uma estrutura formal e organizacional neste âmbito.

Com a reforma administrativa ocorrida em 1990, esta área foi estruturada organizacionalmente elevando-se para nível de Departamento de Assistência Farmacêutica, passando, posteriormente, a status de Núcleo e elevando-se, no atual governo, com a reforma administrativa da SESA-CE, para o nível de Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COASF).

A Assistência Farmacêutica, no âmbito do Estado do Ceará, é responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos essenciais, estratégicos e imunobiológicos para as 21 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), 184 municípios e Unidades de Referência do Estado.

Os medicamentos Essenciais, cujo financiamento é da responsabilidade dos gestores das 3 esferas de governo, tem a sua Programação Pactuada elaborada pelos municípios, sob coordenação da SESA, considerando às necessidades da população.

Os medicamentos Especiais são financiados com recursos do Tesouro do Estado e destinam-se a programas estratégicos de saúde pública voltados para uma população específica. Sua distribuição para os municípios se dá através das Coordenadorias Regionais de Saúde .

Os medicamentos Excepcionais (Alto Custo) utilizados em procedimentos de alta complexidade são adquiridos com recursos do Tesouro do Estado e do Ministério da Saúde em nível Macrorregional.

A estratégia de promover uma cultura do uso de fitoterápicos vem se desenvolvendo em algumas Microrregionais como ação complementar da Assistência Farmacêutica,

valorizando a cultura popular, aliada aos avanços da medicina científica e de medidas adequadas para regular a Fitoterapia no Estado do Ceará, segundo a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Baseadas nas diretrizes e objetivos do Plano Estadual de Saúde 2007-2010, na estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica Estadual e competência dos diferentes núcleos que compõem a COASF, foram estabelecidas as seguintes ações: fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica através da cooperação técnica com os municípios, apoiando a participação dos Farmacêuticos nas ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's); implantação e estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária; descentralização da distribuição e dispensação dos medicamentos excepcionais para as farmácias especiais na Capital e para as Microrregiões no interior do Estado; implantação de Pólos Regionais de Farmácia Viva em consonância com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

6.2. Hemoderivados

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) faz parte da rede de unidades de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, sendo o órgão responsável pelo planejamento, gerenciamento e execução da Política Estadual do Sangue, de acordo com as diretrizes nacionais. O HEMOCE tem por objetivo ser uma Instituição de excelência e referência em hematologia e hemoterapia, oferecendo tecnologia, credibilidade e segurança a seus pacientes, buscando a excelência na qualidade de seus produtos e serviços, desenvolvendo o ensino e a pesquisa e visando a satisfação dos seus clientes. O espaço que estrategicamente ocupa permite ao hemocentro interagir, de forma positiva, com as instituições que utilizam seus serviços de atendimento transfusional e investigação laboratorial de doenças hematológicas.

O HEMOCE é referência em Hemoterapia e com a hemorrede estadual, composta por cinco hemocentros, um hemonúcleo e um Posto de Coleta de sangue, abrange a todo o território estadual, com cobertura completa para a rede hospitalar no interior e uma cobertura parcial de serviço em Fortaleza (54% dos leitos SUS). Tal fator configura um dos maiores desafios do HEMOCE, visto que, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1737, de 19 de agosto de 2004, em seu artigo 1º, parágrafos 1º e 2º, o hemocentro deve ser responsável por 100% do atendimento aos leitos SUS. Além desta obrigatoriedade legal, cumpre ressaltar que o HEMOCE tem apresentado, ao longo do tempo, um estoque de hemocomponentes estável e adequado, o que permite a absorção imediata de aproximadamente 20% a mais de cobertura, na Capital.

O HEMOCE não é referência para atendimento aos pacientes hematológicos na Capital, sendo esta uma das graves distorções enfrentadas atualmente. Considerando que, de acordo com a Lei 10.205, de 21 de março de 2001, é da competência da Hemorrede pública o atendimento a pacientes com Coagulopatia e Hemoglobinopatia, urge corrigir a situação atual, definindo o hemocentro coordenador como órgão de referência para atendimento desses pacientes. É importante ressaltar, ainda, a necessidade de organizar o Sistema de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias, a partir da implantação da fase II da triagem neonatal, que precisa ser implantada de imediato no Estado, visto ser prerrogativa legal atualmente em descumprimento.

6.3. Rede de Laboratórios de Saúde Pública

O Decreto nº 12.297, de 25/3/1977, instituiu o Sistema Estadual de Laboratórios de Saúde Pública na Estrutura da Secretaria da Saúde, compreendendo:

- Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), em Fortaleza,
- Laboratórios Regionais localizadas nos municípios de: Senador Pompeu, Tauá, Icó, Crato e Juazeiro do Norte.

O Laboratório Central de Saúde Pública é parte integrante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), sendo a unidade laboratorial de referência do Estado do Ceará.

O LACEN realiza o diagnóstico das doenças de notificação compulsória e outros agravos de interesse da saúde pública, atua no controle da qualidade de produtos, além de coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública.

Tem como missão contribuir para a melhoria da qualidade da saúde da população, asseguradas a universalidade e a equidade, através da realização de análises laboratoriais estratégicas para as ações de Vigilância em Saúde e da realização de exames de apoio diagnóstico que utilizem técnicas de maior complexidade em pacientes referenciados pelo SUS, bem como a formação e capacitação de profissionais para a área da saúde, incluindo ainda no campo de sua competência a pesquisa e desenvolvimento de novos métodos de análises e o aprimoramento da qualidade de seus serviços.

O papel de referência se deve em muito a existência de atividade de pesquisa e ao domínio de procedimentos de alta complexidade. Isto proporciona suporte à rede pública, fornecendo diagnósticos diferenciais e elevando a capacidade do SUS para detectar e acompanhar a ocorrência de doenças infecciosas.

O LACEN realiza em média 480.000 exames/ano, porém conta com uma capacidade instalada para aumentar este quantitativo, caso exista demanda para tal, dentro do seu papel de laboratório de saúde pública. Os cinco Laboratórios Regionais realizam em média 300.000 exames/ano.

O LACEN possui em sua estrutura física um Laboratório de Nível de Biossegurança III para trabalho com agentes de risco biológico de classe III, isto é, microorganismos que acarretam elevado risco individual e baixo risco para a comunidade.

As atividades desenvolvidas pelo LACEN são financiadas pelo Tesouro do Estado e pelos recursos federais, na forma de incentivos financeiros da Vigilância Epidemiológica e Ambiental e da Vigilância Sanitária.

6.4. Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle

As ações de regulação, avaliação, auditoria e controle no Estado são desenvolvidas em conformidade com os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde Nº. 8080/90, com competência definida no Art. 12 inciso II de “acompanhar, controlar e avaliar a rede hierarquizada do SUS”. O Sistema Estadual de Auditoria em Saúde (SEAS), no Ceará, foi regulamentado pelo Decreto nº 25.663, de 29/09/1999, como parte integrante do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), em conformidade com o Decreto Federal nº 1.651, de 28/09/1995. O desenvolvimento das ações do SEAS está sob a responsabilidade da Coordenadoria de Avaliação, Auditoria e Controle (CORAC), que é constituída pelo Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde (NUICS), Núcleo de Auditoria e Gestão do SUS (NUAUD), Central de Transplantes de Órgãos (CETRAN) e Central de Regulação (CRESUS).

A Regulação está estruturada de forma a viabilizar o acesso equânime e oportuno aos cearenses na garantia dos seus direitos sociais. O Complexo Regulador do Estado é representado pela Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS), constituída por 21 Centrais de Regulação Microrregional e 03 Centrais de Regulação Macrorregional, estas últimas funcionando em regime de plantão de 24 horas. A rede do complexo regulador integra os 184 municípios do estado, permitindo solicitação e agendamento de procedimentos de média e alta complexidade e internações de referências intermunicipais.

O Controle é exercido pelo Núcleo de Informação e Controle dos Serviços de Saúde (NUICS) com base nos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e de Informação Hospitalar (SIH), na operacionalização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) nas unidades sob gestão estadual e alimentação do Banco de Dados Nacional e Estadual do CNES. As atividades referentes à programação de atendimento estão voltadas para o monitoramento e controle do atendimento, em conformidade com os limites físicos e tetos financeiros destinados aos municípios do estado. Ao NUICS compete, ainda, o processamento de serviços produzidos do SIA/SIH; processamento da câmara de compensação de internações; produção, guarda e arquivamento de dados e documentos, assim como a divulgação de informações referentes ao controle do SUS. O apoio aos municípios e unidades prestadoras de serviços ao SUS é realizado mediante treinamento e capacitação para o processamento do SIA/SIH e operacionalização do CNES.

No componente Avaliação, as atividades estão baseadas na verificação de critérios mediante aplicação de roteiros de padrão de conformidade, indicadores de produção dos serviços e cobertura, pesquisa de satisfação dos usuários, pesquisa das condições e relações de trabalho. As atividades de avaliação estão presentes em toda e qualquer ação correlata e com fins de auditoria.

Os procedimentos de Auditoria estão sob a responsabilidade do NUAUD, que os realiza mediante planejamento anual e em situações específicas, priorizando os municípios sede de hospitais-pólo. As atividades de auditoria estão voltadas para auditorias de gestão, apuração de denúncias em ações e serviços de saúde e auditoria sobre aplicação dos recursos financeiros do SUS. Rotineiramente são realizadas auditorias analíticas em documentos e informações geradas pelos bancos de dados do SIA e SIH/SUS para subsidiar as auditorias operativas e verificação *in loco*. Os Recursos Humanos com função de executar atividades de Auditoria em Saúde no Estado são constituídos por servidores da SESA designados pela Portaria Nº 1932/2007, do Secretário da Saúde do Estado, publicada no Diário Oficial de 7/11/2007. Objetivando desconcentrar as atividades de auditoria do âmbito central da SESA para as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), o NUAUD realizou curso Padrão do Ministério da Saúde para capacitar técnicos para atuarem nas ações de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria (CARAS) no interior do Ceará. Em 2007 foram capacitados 2 técnicos por CRES.

A Central de Transplantes de Órgãos (CETRAN), foi criada e funciona desde 1998, ganhando novos impulsos nos últimos anos, destacando o Estado do Ceará nas Regiões Norte e Nordeste do País como unidade de excelência nos procedimentos operacionais para realização de transplantes de órgãos. São realizados transplantes de rim cadáver e vivo, córnea, coração e fígado, distribuídos em 10 centros transplantadores, localizados no interior do Estado (nas Macrorregiões do Cariri e Sobral) e em Fortaleza. A Central de Transplantes realizou nos últimos quatro anos um total de 2.141 procedimentos, com a média de 536/ano, sendo que no ano de 2007 atingiu a marca de 617 transplantes.

7 GESTÃO EM SAÚDE

7.1. Descentralização da Gestão

O processo de Regionalização da Saúde no Estado do Ceará teve seu marco inicial em 1997 pela necessidade de se estruturar o sistema de referência e contra-referência para o SUS.

Esse processo teve como resultado a definição de 22 Microrregiões e 3 Macrorregiões de Saúde no Estado. As Microrregiões respondem pela atenção básica descentralizada para cada município e atenção secundária pactuada entre os gestores nas Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais (CIB-MR). Nas Macrorregiões está estruturada a atenção terciária. Esta regionalização objetiva promover a cooperação intermunicipal, permitindo a economia de escala e a otimização do uso dos recursos, criando condições para uma gestão integrada e compartilhada dos serviços de saúde, objetivando o funcionamento adequado do sistema de referência e contra-referência operacionalizado pelas centrais de regulação micro e macrorregionais.

No âmbito das Microrregiões existem as instâncias da SESA denominadas Coordenadorias Regionais de Saúde, que visam promover a política estadual de saúde, assessorar, acompanhar e monitorar os municípios na sua área de abrangência, reforçando o seu papel regulador, articulador e de cooperação técnica. Apesar de alguns avanços obtidos, como a legitimidade destas instâncias diante dos municípios, favorecendo a visão participativa e compartilhada, a gestão participativa, a negociação e pactuação através das CIB/MR e a realização de avaliações e monitoramentos descentralizados, existem dificuldades ainda a serem enfrentadas, tais como: deficiências de recursos humanos; fragilidades do controle, avaliação, regulação e auditoria e na vigilância em saúde; centralização da gestão financeira; deficiência de apoio logístico; deficiência no processo de educação permanente; dificuldades de suporte técnico para fortalecimento do Controle Social, ou seja, capacitação de Conselheiros de Saúde e efetivação dos Fóruns Microrregionais, bem como deficiências na mobilização e estruturação de redes que precisam ser superadas para que o Sistema Microrregional de Saúde seja mais efetivo, eficiente e solidário.

A Portaria 399/2006, do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão, definiu um conjunto de compromissos pactuados de forma tripartite com adesão da totalidade dos 184 municípios e do gestor estadual do SUS, viabilizando a realização do Plano Diretor de Regionalização, constituído por 27 municípios-pólo e 25 municípios de apoio ao sistema de referência.

7.2. Estrutura Organizacional da SESA

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) é um órgão da Administração Direta Estadual e está regulamentada pelo Decreto Nº 28.659, de 28 de fevereiro de 2007, que criou um arcabouço jurídico-administrativo visando uma administração ágil e inovadora num contexto favorável ao avanço das políticas públicas e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado.

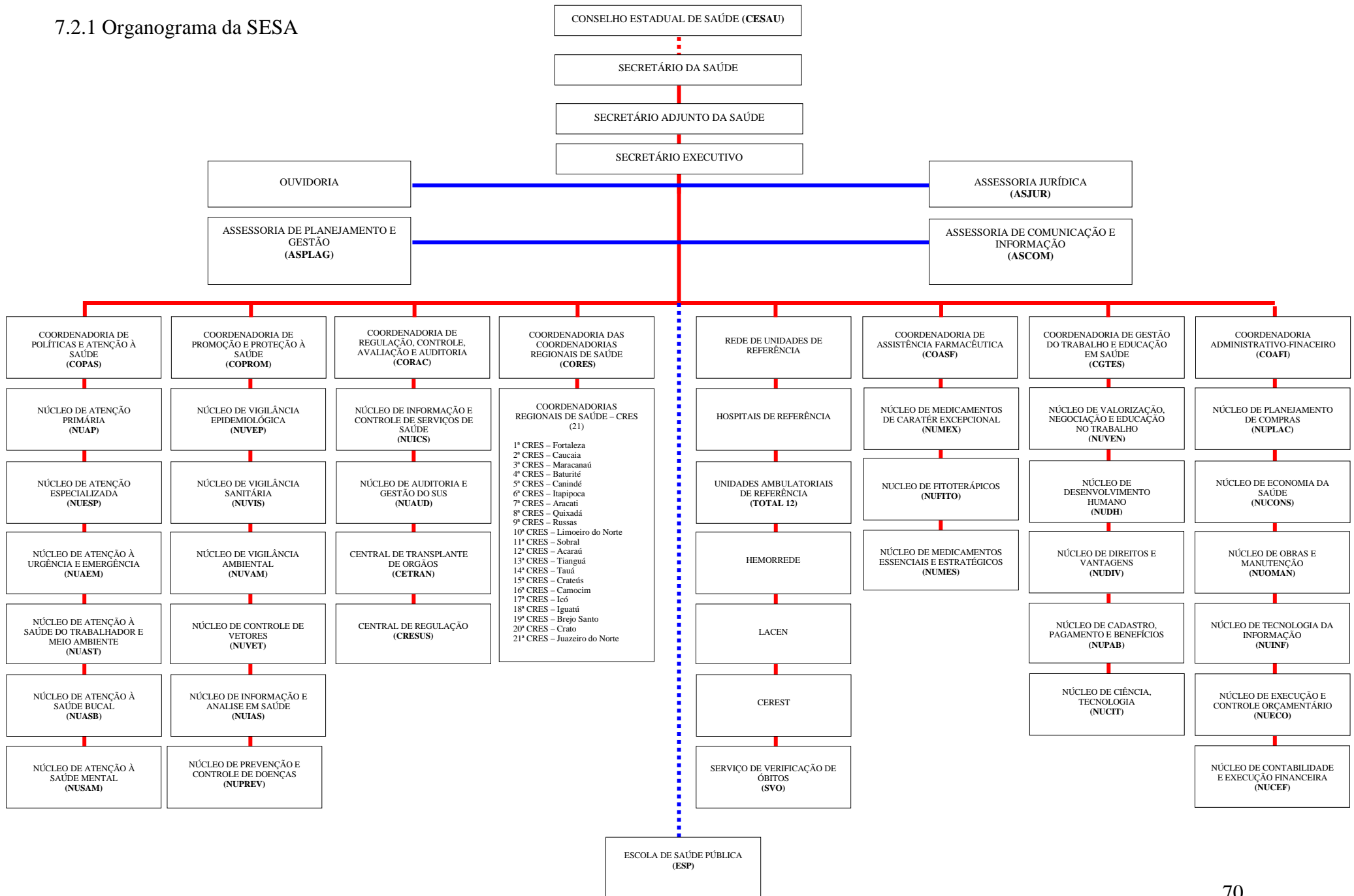
Finalidade:

Responder pela coordenação e gestão do SUS no Estado, definindo e desenvolvendo políticas e ações de saúde orientadas pelos princípios e diretrizes constitucionais.

Competências

- formular, regulamentar e coordenar a Política Estadual de Saúde;
- assessorar e apoiar a organização dos Sistemas Locais de Saúde;
- acompanhar e avaliar a situação da saúde e da prestação de serviços;
- prestar serviços de saúde através de unidades especializadas nas áreas de Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica;
- promover uma política de desenvolvimento de recursos humanos adequada às necessidades do SUS;
- apropriar-se de novas tecnologias e métodos através do desenvolvimento de pesquisas;
- integrar e articular parcerias com a sociedade e outras instituições;
- desenvolver uma política de comunicação e informação, visando à melhoria da qualidade de vida da população;
- desenvolver outras atribuições correlatas, nos termos do Regulamento.

7.2.1 Organograma da SESA



7.3. Financiamento e Gastos com Saúde no Ceará

O Plano de Saúde do Estado do Ceará para o quadriênio 2007/2010, nasce com a perspectiva de impulsionar ações e serviços de saúde de forma a otimizar o uso dos recursos existentes e reduzir as desigualdades em saúde no Estado para obter, como resultado, a melhoria da qualidade de vida da população cearense.

Dessa forma, no que diz respeito ao financiamento para fazer frente a tais objetivos, tomar-se-ão como parâmetros gerais os indicadores consolidados no Relatório de Gestão do Núcleo de Economia da Saúde no ano de 2006.

O Núcleo de Economia da Saúde (NUCONS/SESA) formalizou no referido relatório um diagnóstico do financiamento dos gastos da SESA sob todas as vertentes, descendo o nível de análise desde os parâmetros mais agregados, consubstanciados nas categorias de despesas de Pessoal, Custeio e Investimento até o seu fluxo distributivo por toda a estrutura gerencial e administrativa, ao ponto de, em várias análises, indicar o gasto efetuado ao nível de Programa/Ação e item de despesa, sem deixar, contudo, de apontar as fontes de financiamento de cada uma delas.

Assim, para o horizonte dos quatro anos subsequentes, o compromisso da SESA vai ao encontro do propósito de racionalizar a gestão dos recursos por meio de ações que favoreçam a otimização do uso destes para se obter um resultado não somente do ponto de vista da eficiência do sistema de saúde pública, como também, e principalmente, em termos de saúde e qualidade de vida da população.

Dentre estas ações tem-se: o acompanhamento do gasto da SESA, por fonte de financiamento, por meio do Orçamento; a compreensão do financiamento e gasto com saúde no Estado como um todo, através do Projeto de Contas Estaduais de Saúde e do Sistema de Informação sobre Orçamento Público (SIOPS); o monitoramento do banco de preços de medicamentos, que é um dos gastos mais expressivos da saúde e a implementação de uma cultura que permita saber os custos unitários dos centros de custos de cada unidade hospitalar e especialidades médicas do SUS.

Financiamento e Gastos

Para se obter eficiência e equidade no Sistema de Saúde Pública do Ceará, tem-se a plena convicção de que apenas recursos financeiros adicionais não são suficientes para melhorar a gestão orçamentária, já que as normas e práticas gerenciais da coisa pública precisam de um ordenamento que privilegie o gasto de forma eficiente sem comprometer os resultados esperados.

Os recursos para a Saúde estão distribuídos em 3 (três) orçamentos: a SESA como Administração Direta, onde estão contidos os recursos para pagamento de pessoal com vínculo empregatício e encargos sociais; o da Escola de Saúde Pública (ESP), autarquia vinculada à SESA e o do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), onde estão inseridos os recursos disponíveis para pessoal terceirizado, custeio e investimentos das 51 Unidades Orçamentárias da SESA. Em 2006 a distribuição desses três orçamentos por fonte indica que foram gastos R\$ 550,5 milhões com recursos do Tesouro do Estado e R\$ 300,7 milhões de Outras Fontes, totalizando R\$ 851,2 milhões, conforme demonstrado na Tabela abaixo (Tabela 14).

Tabela 14 – Financiamento e gastos em saúde da SESA, por órgão e fonte de recursos, no ano de 2006 e valor orçado para 2007 (R\$ 1,00). Ceará

Órgão	2006					2007	Var. (%) (d/c)
	Lei (a)	Lei + Cred. (b)	Empenhado (c)	% gasto	% Emp	Lei (d)	
Tesouro do Estado (TE)							
SESA	177.753.043	186.780.343	186.614.080	99,9	33,9	207.551.500	11,2
ESP	5.331.832	5.063.024	4.267.117	84,3	0,8	5.311.577	24,5
FUNDES	310.866.478	387.588.728	359.698.572	92,8	65,3	347.934.261	(3,3)
Total TE	493.951.354	579.432.095	550.579.769	95,0	100	560.797.338	1,86
Outras Fontes (OF)							
SESA	-	-	-	-	-	-	-
ESP	10.162.280	11.321.902	4.601.088	40,6	1,5	8.428.800	83,2
FUNDES	486.064.632	486.054.632	296.108.486	60,9	98,5	503.858.220	70,2
Total OF	496.226.912	497.376.534	300.709.573	60,5	100	512.287.020	70,4
TOTAL GERAL	990.178.266	1.076.808.629	851.289.342	79,1	-	1.073.084.358	26,0

Fonte: SIOF/Núcleo Economia da Saúde/SESA

Dos recursos destinados à saúde, o maior volume está concentrado no FUNDES, fato que se justifica porque é através deste que são gastos todo o custeio e investimento do Estado com Saúde, além do pessoal terceirizado.

No que se refere a utilização dos recursos orçamentários verifica-se que a eficiência no gasto se deu principalmente com recursos do Tesouro do Estado (TE), onde a despesa empenhada representou 95% dos recursos orçamentários. Já com os recursos de outras fontes, este percentual foi de 60,5%, portanto, muito abaixo do desempenho do TE. Este quadro revela que a gestão deve observar melhor o volume de recursos realmente disponíveis na política de financiamento do governo federal para a saúde para evitar baixo desempenho.

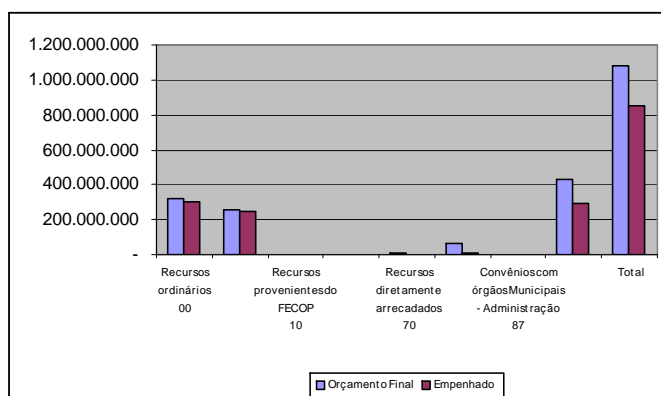
A análise entre os gastos efetivamente empenhados para o ano de 2006 em relação ao orçado para o ano subsequente evidencia a percepção mais realista dos gestores no que diz respeito aos recursos de Outras Fontes (OF).

O resultado acima exposto é bem conhecido da prática orçamentária já que recursos de Outras Fontes são pactuados principalmente com o Ministério da Saúde (Fundo a Fundo), não se observando declínio dos valores ao início de cada ano. Ora, como a alocação de recursos iniciais via Lei Orçamentária Estadual sofre várias modificações através do mecanismo de Suplementação, a SESA, enquanto órgão da Administração Direta, pode alterar a estrutura de distribuição dos recursos entre suas unidades orçamentárias para executar com sucesso todas as ações programadas através do seu planejamento interno.

Tabela 15 – Distribuição dos recursos orçados e gastos por fonte. Ceará, 2006

Fonte	Cód.	Descrição das Fontes de Recursos	Orçamento Final	Empenhado	% Emp.	% Acumulado
Tesouro do Estado	00	Recursos ordinários	318.079.977,00	300.059.351,00	35,2	64,7
	01	Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados	260.900.667,00	250.068.967,00	29,4	
	10	Recursos provenientes do FECOP	451.451,00	451.451,00	0,1	
Outras Fontes	81	Convênios com Órgãos Internacionais (Adm. Direta)	215.000,00	-	-	35,3
	70	Recursos diretamente arrecadados	9.411.190,00	2.687.447,00	0,3	
	83	Convênios com órgãos federais - Administração Indireta	60.205.484,00	7.141.265,00	0,8	
	87	Convênios com órgãos Municipais - Administração	1.201.760,00	35.487,00	0,0	
	91	Recursos provenientes do SUS	426.343.100,00	290.845.374,00	34,2	
Total			1.076.808.629,00	851.289.342,00	100,0	100,0

Fonte: SIOF/Núcleo Economia da Saúde/SESA



Fonte: SIOF/Núcleo Economia da Saúde

Figura 42 – Distribuição dos recursos orçados e gastos por fonte. Ceará, 2006

A forma de distribuição dos recursos da SESA entre as diversas fontes está descrita na Tabela 15. As percepções gerais a respeito dos resultados dão conta do maior volume de gastos com recursos do TE na Fonte 00 (Recursos Ordinários) – Arrecadação Direta, seguidos da quota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cujas participações são da ordem de 35,2% e 29,4%, respectivamente. Interessante observar que na composição das Outras Fontes o maior peso é concentrado na Fonte 91 (34,2%), que representa as transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o FUNDES e que vem aumentando sua participação devido, principalmente, a nova configuração da política de descentralização do Ministério da Saúde (MS).

Por outro lado, fica evidente ainda no contexto da Tabela 15 a pouca eficiência dos gastos na Fonte 83 (Convênios com Órgãos Federais), já que em termos proporcionais foi o de pior desempenho. Basta observar que do montante de R\$ 60,2 milhões foram empenhados apenas R\$ 7,1 milhões, o que correspondeu a apenas 11,8% do total dos recursos de Outras Fontes e 0,8% de todas as despesas empenhadas em 2006.

A melhor compreensão da evolução dos gastos em saúde na SESA entre 2000/06 está ilustrada na Tabela (16) e Figura (43), cuja consolidação leva em consideração a perspectiva histórica. Observa-se que houve um incremento real considerável de

recursos. No Tesouro do Estado prevalece um aumento real de 73,5% e em Outras Fontes o acréscimo é da ordem de 52,3%, totalizando um incremento real total de 65,4%. Atribui-se esse resultado positivo à implementação da Emenda Constitucional nº 29/2000 que estabelece um aumento de recursos progressivo por parte da União, Estados e Municípios.

Entretanto, um dado curioso é que, observando-se a tendência dos gastos por fonte de financiamento, verifica-se que os recursos do Tesouro do Estado apresentam uma tendência crescente de 2000 a 2006 e, a partir de 2002, passa a ser superior aos recursos federais, com um comportamento ascendente, principalmente entre 2005 e 2006. Quanto aos recursos federais (Outras Fontes), observa-se uma elevação significativa entre 2000 e 2001, passando a cair significativamente até 2005, passando a elevar-se entre 2005 e 2006, possivelmente dado às novas diretrizes operacionais provenientes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que modifica a política de financiamento da saúde (Figura 42).

Este cenário deve ser acompanhado pelas autoridades de saúde estadual para verificar se as modalidades de repasse de recursos federais estão diminuindo seu grau de responsabilidade com as ações e serviços de saúde produzidos no Estado com a responsabilidade gerencial deste.

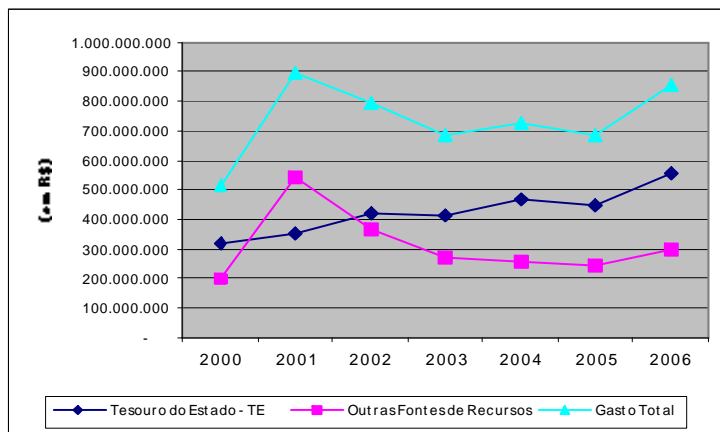
Ainda na Tabela 16 verifica-se que a população cearense cresceu em 14,1% de 2000 a 2006, e que o gasto *per capita* teve um incremento de 44,9%, passando de R\$ 71,4 por habitante para R\$ 103,6. Entretanto, o ano cujo gasto *per capita* esteve maior em termos reais foi no ano de 2001 onde chegou a R\$ 118,4, valor este que ainda não foi atingido até o ano de 2006 estudado.

Tabela 16 – Evolução dos gastos reais da SESA, por fonte de recursos, população e gasto *per capita*, 2000 a 2006

Ano	Tesouro do Estado - TE (a) (R\$ 1,00)	Outras Fontes de Recursos (b) (R\$ 1,00)	Gasto Total (a+b)	População Estimada - IBGE 2000 (c)	Gasto <i>per capita</i> (a+b/c) (R\$ 1,00)
2000	174.203.878	108.443.616			
Índice	1,821220861	1,821220861	1,821220861		
2000	317.263.737	197.499.776	514.763.512	7.200.167	71,4
2001	215.353.564	325.381.293			
Índice	1,653041545	1,653041545	1,653041545		
2001	355.988.388	537.868.795	893.857.184	7.547.620	118,4
2002	288.384.200	251.569.529			
Índice	1,463559862	1,463559862	1,463559862		
2002	422.067.540	368.187.065	790.254.607	7.654.535	103,2
2003	348.657.100	230.221.468			
Índice	1,183153978	1,183153978	1,183153978		
2003	412.515.035	272.387.446	684.902.480	7.758.441	88,2
2004	431.432.875	240.916.104			
Índice	1,081763496	1,081763496	1,081763496		
2004	466.708.335	260.614.247	727.322.582	7.976.563	91,1
2005	436.064.381	240.823.726	676.888.107		
Índice	1,017201872	1,017201872	1,017201872		
2005	443.565.504	244.966.345	688.531.849	8.097.276	85,0
2006	550.579.769	300.709.573	851.289.342	8.217.085	103,6
Variação % 2000/6	73,5	52,3	65,4	14,1	44,9

Fonte: Balanço Estado (SEFAZ); Elaboração: Núcleo Economia da Saúde

Nota: Valores atualizados pelo IGP-M para 2006



Fonte: NUCONS/SESA

Figura 43 - Evolução dos gastos com saúde, por fonte de recursos, população e gasto per capita. Ceará, 2000 a 2006

Seguindo a perspectiva de aplicação dos recursos do Setor Público, ao se basear em médias de séries históricas, depreende-se que, em linhas gerais, a previsão é que, entre 2007/10, não se verifiquem, maiores diferenciações na forma de distribuição e alocação entre Programas e Fontes de Recursos, exceto na tendência de incremento de recursos observada para o setor saúde, em nível nacional. Em termos de Programa, o de melhor desempenho foi o 596 - Planejamento, Orçamento e Gestão, com 100%; entretanto, este programa é o que tem menor volume de recursos alocados. Em segundo lugar vem o Programa 400 - Coordenação e Manutenção Geral, com 96,7%, seguido do 536 – Fortalecimento e Expansão da Atenção à Saúde no Nível Primário (Saúde da Família), com 86,7% e, em quarto, o 535 – Fortalecimento da Atenção à Saúde nos Níveis Secundário e Terciário (Saúde Mais Perto de Você), com 72,2%. Os demais Programas tiveram um desempenho considerado baixo na medida que obtiveram um resultado inferior a 70%.

Tabela 17– Gastos da SESA por programa e fonte de recursos. Ceará, 2006

PROGRAMA	TESOURO DO ESTADO			OUTRAS FONTES			TOTAL		
	LEI+CRED	EMPENHADO	% Emp	LEI+CRED	EMPENHADO	% Emp	LEI+CRED	EMPENHADO	% Emp
536 Fortalecimento e Expansão da Atenção à Saúde no Nível Primário – Saúde da Família	80.991.676	77.243.174	14,0	48.345.816	34.877.038	11,6	129.337.492	112.120.212	13,2
535 Fortalecimento da Atenção à Saúde nos Níveis Secundário e Terciário	224.262.803	205.670.315	37,4	386.159.276	235.197.415	78,2	610.422.079	440.867.731	51,8
559 Vigilância à Saúde	9.169.397	7.623.311	1,4	29.507.394	19.375.904	6,4	38.676.791	26.999.215	3,2
553 Controle Social e Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – SUS	2.754.878	1.969.994	0,4	20.000	46.204	0,0	2.974.878	2.016.198	0,2
554 Desenvolvimento de Recursos Humanos, Ensino e Pesquisa em Saúde	4.200.922	3.440.188	0,6	20.897.902	5.886.212	2,0	25.098.824	9.326.400	1,1
596 Planejamento, Orçamento e Gestão	313.774	313.774	0,1			-	313.774	313.774	0,0
400 Coordenação e Manutenção Geral	256.737.129	253.375.437	46,0	10.434.783	4.940.265	1,6	267.171.912	258.315.702	30,3
888 Gestão de Tecnologia da Informação	1.001.514	943.575	0,2	1.811.363	386.535	0,1	2.812.877	1.330.110	0,2
TOTAL GERAL	579.432.095	550.579.769	100,0	497.376.534	300.709.573	100,0	1.076.808.629	851.289.342	100,0

Fonte: SIOF/Elaboração:

Na composição dos gastos por Grupo de Despesa (Pessoal, Custeio e Investimento) em 2006, a rubrica pessoal concentrou 31,2% das despesas totais, enquanto o custeio foi responsável por 63,9% dos gastos e os investimentos 4,9%. (Tabela 18).

Entre as despesas de pessoal, 88,4% são cobertas pelo Tesouro Estadual (TE) e 11,6% por Outras Fontes (OF). No custeio, o gasto é mais equilibrado, de forma que com recursos do TE foram gastos 53% enquanto com recursos de OF 47%. Já os recursos destinados a investimentos, 66,1% do gasto foi com recursos do TE enquanto que 33,9% são provenientes de OF. (Tabela 18).

Observando-se o gasto por fonte de recursos nos referidos grupos de despesa verifica-se que com os recursos do TE foram gastos 42,7% com pessoal, 53,3% com custeio e 5% com investimento. Já os recursos de OF observa-se que somente foram gastos com pessoal 10,2%, especialmente com gratificações do SUS, enquanto 85,1% dos recursos foram para o custeio das ações e serviços de saúde. Em investimentos apenas foram gastos 4,7%, evidenciando que os gastos da saúde concentram-se em pagamento de pessoal e custeio da máquina.

Observando-se os gastos por fonte de recursos nos grupos de despesas verifica-se que o TE é o grande responsável pelo pagamento de pessoal e manutenção das Unidades de saúde e Células Microrregionais no Programa 400.

O segundo maior gasto do TE foi no Programa 535 destinado a ação de fortalecimento da atenção secundária e terciária, que concentrou R\$ 176,4 milhões do TE e R\$ 199,5 milhões de OF. Neste Programa estão concentrados os recursos que vão para manutenção das unidades hospitalares e ambulatoriais, bem como o repasse para os hospitais-pólo de atenção secundária, a contrapartida da política de hospitais de pequeno porte e os medicamentos de alto custo.

Em terceiro lugar vêm os gastos com atenção básica, em especial para pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde e compra de medicamentos básicos para atender o Programa Saúde da Família. Outras ações de menor porte estão concentradas em campanhas de vacinação, subvenções sociais, Programa de Qualidade da Atenção Básica (PROQUALI), Programa de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), desenvolvimento da assistência odontológica, bem como ao fortalecimento das ações direcionadas para os diversos ciclos de vida.

Observando-se a distribuição dos recursos financiados por Outras Fontes (OF) observa-se que o maior gasto de custeio encontra-se no Programa 535, bem como o maior volume de recursos para investimentos.

O Programa destinado à Gestão de Tecnologia da Informação somente foi financiado por recursos federais, do mesmo modo que o Programa de Planejamento, Orçamento e Gestão só foi contemplado com financiamento do TE.

Tabela 18 – Gasto dos programas da SESA por grupo de despesa e fonte de recursos. Ceará, 2006

CÓD.	DESCRIÇÃO	PESSOAL		CUSTEIO		INVESTIMENTO		TOTAL
		EMPENHADO	%	EMPENHADO	%	EMPENHADO	%	EMPENHADO
TESOURO DO ESTADO		235.173.372	88,4	287.864.909	53,0	27.542.187	66,1	550.580.468
536	Fortalecimento e Expansão da Atenção à Saúde no Nível Primário	-		75.210.401		2.032.773		77.243.173
	%	-		97,4		2,6		100,0
535	Fortalecimento da Atenção à Saúde nos Níveis Secundário e Terciário	5.599.803		176.493.216		23.577.296		205.670.315
	%	2,7		85,8		11,5		100,0
559	Vigilância à Saúde	272.626		7.044.042		306.643		7.623.311
	%	3,6		92,4		4,0		100,0
554	Desenvolvimento de Recursos Humanos, Ensino e Pesquisa em Saúde	-		3.440.188		-		3.440.188
	%			100,0		-		100,0
596	Planejamento, Orçamento e Gestão	-		313.774		-		313.774,00
	%	-		100,0		-		100,0
553	Controle Social e Desenvolvimento e Institucional do SUS	-		1.288.147		681.847		1.969.994
	%	-		65,4		34,6		100,0
400	Coordenação e Manutenção Geral	229.300.847		24.074.591		943.575		254.319.012
	%	90,2		9,5		0,4		100,0
888	Gestão de Tecnologia da Informação - ESP	-		-		-		-
	%	-		-		-		-
OUTRAS FONTES		30.791.664	11,6	255.761.123	47,0	14.156.787	33,9	300.709.573
536	Fortalecimento e Expansão da Atenção à Saúde no Nível Primário	3.264		34.729.742		144.032		34.877.038
	%	0,0		99,6		0,4		100,0
535	Fortalecimento da Atenção à Saúde nos Níveis Secundário e Terciário	24.417.973		199.576.170		11.203.272		2335.197.415
	%	10,4		84,9		4,8		100,0
559	Vigilância à Saúde	2.575.405		15.342.287		1.458.211		19.375.904
	%	13,3		79,2		7,5		100,0
554	Desenvolvimento de Recursos Humanos, Ensino e Pesquisa em Saúde	1.087		5.106.236		778.889		5.886.212
	%	0,0		86,7		13,2		100,0
596	Planejamento, Orçamento e Gestão	-		-		-		-
	%	-		-		-		-
553	Controle Social e Desenvolvimento e Institucional do SUS	-		-		46.204		46.204
	%	-		-		100,0		100,0
400	Coordenação e Manutenção Geral	3.793.935		1.001.237		145.093		4.940.265
	%	76,8		20,3		2,9		100,0
888	Gestão de Tecnologia da Informação – ESP	-		5.450		381.085		386.535
	%	-		1,4		98,6		100,0
TOTAL GERAL		265.965.036	100,0	543.626.032	100,0	41.698.974	100,0	851.290.042
	%	31,2		63,9		4,9		100,0

Fonte: SIOF/Elaboração: NUCONS

É perfeitamente conhecido que o maior percentual dos gastos com o setor saúde do Estado provém de recursos do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES). A Tabela 19 indica que o montante empenhado para fazer frente às necessidades impostas pela complexa estrutura de saúde cearense para o ano de 2006 são de 98,5%, 77,0% e 65,3%, se levamos em conta, respectivamente, as participações de Outras Fontes, Todas as Fontes e do Tesouro do Estado.

Realizando uma análise mais pormenorizada da distribuição dos gastos efetuados nas Unidades de Saúde em relação aos volumes mais significativos de participação dentro da estrutura do FUNDES, temos a esclarecer que:

- Os recursos provenientes do Tesouro do Estado em relação às unidades prestadoras de serviços médicos assumem maior importância no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital de Messejana (HM), com participação de 9,6% e 5,7%, respectivamente;
- As mesmas instituições se destacam quando nos referimos às Outras Fontes de recursos (8,3% e 8,2%, respectivamente), como também na sua participação total em relação a Todas as Fontes de financiamento (9,1% e

6,6%, respectivamente).

Já se realizamos a análise da participação das Coordenadorias em ordem decrescente, verifica-se que:

- Sob a rubrica dos recursos oriundos do Tesouro do Estado destacam-se a CODAS (Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde) e o Gabinete do Secretário (8,2% e 6,7%) respectivamente;
- Já em relação às Outras Fontes e para Todas as Fontes juntas, observa-se a permanência da CODAS, com 29,7% e 15,8%, respectivamente;
- Porém, ainda na situação descrita no caso anterior, a COVAC (Coordenadoria de Vigilância Sanitária, Avaliação e Controle) aparece em segundo lugar na ordem decrescente de recursos empenhados, com participações de 28,0% (Outras Fontes) e 10,2% (Todas as Fontes), respectivamente.

Analisando-se o perfil da participação das Células Regionais de Saúde nos gastos, se destacaram os volumes de recursos empenhados pelas CERES de Sobral (11^a) e Quixadá (8^a) com participações de 1,8% e 1,4%, respectivamente, nos recursos do Tesouro do Estado. Além disso, analisando o maior efeito líquido presente entre essas duas CERES, destacamos que sob Todas as Fontes de recursos, o volume mais significativo empenhado foi observado para a CERES de Sobral (1,2%).

Dessa forma, depreende-se que a estrutura de financiamento descrita não tenderá a sofrer grandes oscilações entre 2007/10 em termos de composição, apenas, como já relatado, haverá incremento em face do maior volume de recursos disponíveis ao início de cada ano, seguindo a mesma tendência para o Brasil devido, principalmente, a elevação da demanda por serviços públicos de saúde concomitante à ampliação da capacidade instalada somada à manutenção da estrutura existente.

Tabela 19 – Gastos da SESA por unidade orçamentária. Ceará, 2006

Nº	Unidade Orçamentária	Grupo de Fonte					
		Tesouro do Estado		Outras Fontes		Todas as Fontes	
		EMPENHADO	% Emp	EMPENHADO	% Emp	EMPENHADO	% Emp
1	SESA	186.614.080	33,9			186.614.080	21,9
2	Escola de Saúde Pública - ESP	4.267.117	0,8	4.601.087,54	1,5	8.868.205	1,0
3	Fundo Estadual de Saúde - FUNDES	359.698.572	65,3	296.108.486	98,5	655.807.057	77,0
4	Gabinete do Secretário - GABSEC	37.032.004	6,7	5.875.347	2,0	42.907.351	5,0
5	Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde - COPAS	5.521.285	1,0	5.878.198	2,0	11.399.483	1,3
6	Coordenadoria Administrativo e Financeira - COAFI	15.565.101	2,8	3.246.869	1,1	18.811.970	2,2
7	Hospital Geral de Fortaleza - HGF	52.891.816	9,6	24.964.421	8,3	77.856.237	9,1
8	Hospital Geral César Cals - HGCC	18.425.083	3,3	11.267.148	3,7	29.692.231	3,5
9	Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS	20.851.828	3,8	14.563.028	4,8	35.414.856	4,2
10	Hospital de Messejana - HM	31.178.165	5,7	24.716.541	8,2	55.894.706	6,6
11	Hospital São José - HSJ	4.269.342	0,8	3.310.437	1,1	7.579.779	0,9
12	Hospital de Saúde Mental de Messejana - HMM	2.154.787	0,4	1.724.420	0,6	3.879.206	0,5
13	Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	1.145.898	0,2	6.969.143	2,3	8.115.041	1,0
14	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão - CIDH	660.046	0,1	733.948	0,2	1.393.995	0,2
15	Centro Especializado em Odontologia (CEO)	2.208.537	0,4	791.058	0,3	2.999.595	0,4
16	CEO - Rodolfo Teófilo	448.724	0,1	153.266	0,1	601.991	0,1
17	CEO - Benfica	706.441	0,1	288.040	0,1	994.481	0,1
18	Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará - IPCC	509.384	0,1	1.682.944	0,6	2.192.328	0,3
19	Centro de Saúde Dona Libânia	738.695	0,1	606.318	0,2	1.345.014	0,2
20	Centro de Saúde do Meireles	782.036	0,1	307.179	0,1	1.089.215	0,1
21	Conselho Estadual de Saúde - CESAU	435.558	0,1	-	-	435.558	0,1
22	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - HEMOCE	10.439.453	1,9	10.237.074	3,4	20.676.527	2,4
23	Coordenadoria de Vig. Sanit., Aval. e Controle - COVAC	2.628.873	0,5	84.338.126	28,0	86.966.999	10,2
24	Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde - CODAS	45.212.178	8,2	89.409.588	29,7	134.621.766	15,8
25	Coordenadoria das Células Regionais de Saúde - CORES	1.351.136	0,2	46.204	0,0	1.397.341	0,2
26	Hospital Antônio Justa	279.692	0,1	350.000	0,1	629.692	0,1
27	Hospital Antônio Diogo	335.389	0,1	271.001	0,1	606.390	0,1
28	Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	780.466	0,1	-	-	780.466	0,1
29	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST)	4.844	0,0	590.075	0,2	594.918	0,1
30	Coordenadoria da Rede de Unidades da SESA	84.488	0,0	-	-	84.488	0,0
31	1ª CERES - Fortaleza	6.929.860	1,3	188.575	0,1	7.118.434	0,8
32	2ª CERES - Caucaia	6.084.384	1,1	156.834	0,1	6.241.218	0,7
33	3ª CERES - Maracanaú	5.257.160	1,0	195.955	0,1	5.453.115	0,6
34	4ª CERES - Baturité	210.276	0,8	100.975	0,0	4.311.251	0,5
35	5ª CERES - Canindé	4.074.868	0,7	107.027	0,0	4.181.895	0,5
36	6ª CERES - Itapipoca	4.121.668	0,7	127.371	0,0	4.249.040	0,5
37	7ª CERES - Aracati	3.705.661	0,7	47.053	0,0	3.752.714	0,4
38	8ª CERES - Quixadá	7.971.945	1,4	271.450	0,1	8.243.395	1,0
39	9ª CERES - Russas	4.098.945	0,7	135.509	0,0	4.234.454	0,5
40	10ª CERES - Limoeiro do Norte	4.378.785	0,8	165.703	0,1	4.544.488	0,5
41	11ª CERES - Sobral	9.826.919	1,8	625.783	0,2	10.452.702	1,2
42	12ª CERES - Acarajú	2.452.897	0,4	92.077	0,0	2.544.973	0,3
43	13ª CERES - Tianguá	4.938.639	0,9	286.716	0,1	5.225.355	0,6
44	14ª CERES - Tauá	2.514.781	0,5	168.926	0,1	2.683.706	0,3
45	15ª CERES - Crateús	5.860.775	1,1	157.187	0,1	6.017.961	0,7
46	16ª CERES - Camocim	3.019.241	0,5	142.466	0,0	3.161.707	0,4
47	17ª CERES - Icó	3.629.295	0,7	100.456	0,0	3.729.751	0,4
48	18ª CERES - Iguatu	5.248.694	1,0	134.026	0,0	5.382.720	0,6
49	19ª CERES - Brejo Santo	2.879.259	0,5	116.640	0,0	2.995.899	0,4
50	20ª CERES - Crato	5.194.693	0,9	282.527	0,1	5.477.220	0,6
51	21ª CERES - Juazeiro do Norte	6.658.575	1,2	184.860	0,1	6.843.434	0,8
	TOTAL	550.579.769	100,0	300.709.573	100,0	851.289.342	100,0

Fonte: SIOF / Elaboração: NUCONS

Contas Públicas em Saúde

Com o intuito de dimensionar o volume de recursos destinados à saúde e sua aplicabilidade, a SESA/CE iniciou a apuração das Contas Públicas em Saúde no Ceará, utilizando, para tanto, a metodologia baseada no Sistema de Matrizes padronizadas pela Organização Mundial de Saúde (2003).

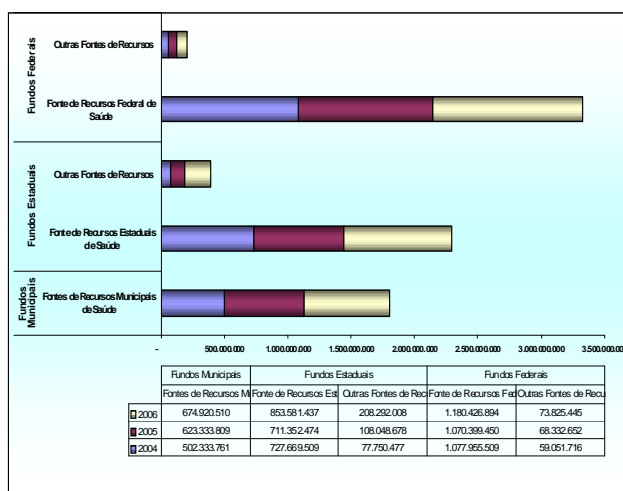
O objetivo desse projeto-piloto é dimensionar e mapear o fluxo de recursos públicos destinados ao setor saúde, como forma de viabilizar o pleno conhecimento do montante disponível sob todas as fontes (Federal, Estadual e Municipal) além de conhecer onde estão priorizados os recursos e quem os gerencia. A proposta do projeto é a de incorporar no âmbito estadual um Sistema de Contas Públicas em Saúde com ano base 2004 que possa ser apurado continuamente.

A metodologia da OMS é representada por meio de 05 (cinco) matrizes, onde a primeira contabiliza os recursos segundo Fonte de Financiamento e Agente Financeiro e corresponde ao que foi realizado até o momento.

A realização dessa atividade justifica-se pela crescente necessidade do gestor Estadual em conhecer a estrutura de financiamento e gastos em saúde pública no Ceará, em decorrência da complexidade da estrutura de financiamento da saúde no Brasil e do atual estágio de descentralização das ações e serviços de saúde.

Até o momento utilizou-se integralmente a apuração da Matriz 1, por Fontes e Agentes, para a prestação de serviços públicos em saúde no Ceará, entre 2004 e 2006 e os dados também foram atualizados monetariamente pelo IGP-M, tendo por base o ano de 2006, para permitir a comparação entre distintos anos.

Os principais resultados evidenciaram que o financiamento da saúde no Ceará, no período de 2004 a 2006, revela uma tendência crescente em todas as três esferas de governo, entretanto, o maior aumento deu-se na esfera municipal, com um acréscimo percentual de 34,4% (de 502,3 para 673,9 milhões de reais), seguido pelo nível estadual com variação de 17,3% (de 727,6 para 853,5 milhões de reais) e, finalmente, no âmbito federal, com 9,51% (de 1.077,0 para 1.180,4 bilhões de reais), no período estudado.



Fonte: NUCONS/SESA

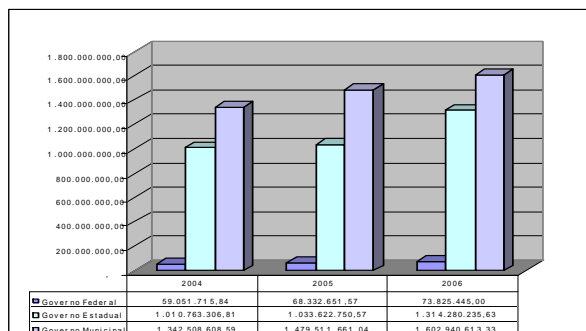
Figura 44 – Financiamento dos recursos públicos em saúde nas três esferas de governo. Ceará, 2004 a 2006

A análise da Figura 44 deixa clara a tendência nacionalmente observada da descentralização dos recursos aplicados em ações e serviços de saúde gerenciados pelos municípios, cujo início do processo se deu por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 e sua correlação à universalização da atenção em saúde.

Entre 2004 e 2006 predomina a participação crescente dos recursos geridos no Ceará sob todas as fontes de financiamento, porém, quando se observa a sua composição, fica evidente a predominância do montante administrado pelos municípios, confirmando o processo contínuo de aumento de responsabilidades dos gestores locais de saúde no sentido da plena factibilidade da proposta impetrada pelo SUS nesse processo.

Fica também evidenciado massivo volume de recursos administrados pelo Estado. Contudo, de acordo com as considerações representadas anteriormente, futuramente irá se traduzir na sua perda de participação, porém, de maneira mais gradual, se comparado aos recursos federais, já que os Estados são entes importantíssimos no suporte às atividades implementadas em nível local. É o caso

do pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde e do repasse de recursos para os Hospitais-Pólo Microrregionais, custeados pela fonte Tesouro do Estado.



Fonte: NUCONS/SESA

Figura 45 - Gerenciamento dos recursos públicos para a saúde nas três esferas de governo. Ceará, 2004 a 2006

Com a descentralização da gestão da saúde observou-se uma tendência também crescente no gerenciamento de recursos em todas as esferas de governo (federal, estadual e municipais) - Figura 45. No âmbito municipal observa-se que o gerenciamento inicial correspondia a mais de R\$ 1,3 bilhões (2004), passando para o patamar de R\$ 1,6 bilhões em 2006, representando um incremento de 19,4%. Já na esfera estadual, os recursos administrados atingiram um montante R\$ 1 bilhão em 2004 para em seguida (2006), considerando atingir mais de R\$ 1,3 bilhões, ou seja, um acréscimo real de 30%. Por último, no entanto, os recursos federais, houve um aumento de 25% no período estudado (De R\$ 59 para R\$ 73,8 milhões).

Tabela 20 - Gasto público das três esferas de governo, gasto *per capita* e proporção do gasto estadual com saúde em % do PIB/CE, Ceará, 2004 a 2006

Agentes/ Ano	2004			2005			2006		
	Total de Recursos R\$ 1.000,00	Recurso <i>per capita</i> em R\$	% gasto em saúde do PIB em R\$	Total de Recursos R\$ 1.000,00	Recurso <i>per capita</i> em R\$	% gasto em saúde do PIB em R\$	Total de Recursos R\$ 1.000,00	Recurso <i>per capita</i> em R\$	% gasto em saúde do PIB em R\$
Governo	2.412.323,6	302,43	7,79	2.581.467,1	318,81	7,63	2.991.046,3	364,00	7,76
Gov. Fed.	59.051,7	7,40	0,19	68.332,6	8,44	0,20	73.825,4	8,98	0,19
MS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros Órgãos Federais	59.051,7	7,40	0,19	68.332,6	8,44	0,20	73.825,4	8,98	0,19
Gov. Estad.	1.010.763,3	126,72	3,26	1.033.622,7	127,65	3,06	1.314.280,2	159,94	3,41
SESA	933.012,8	116,97	3,01	925.574,1	114,31	2,74	1.103.706,9	134,32	2,86
Outras Secretarias de Estado	55.692,6	6,98	0,18	83.570,3	10,32	0,25	182.929,4	22,26	0,47
IPEC	22.057,8	2,77	0,07	24.478,4	3,02	0,07	27.643,9	3,36	0,07
Gov. Munic.	1.342.508,6	168,31	4,34	1.479.511,6	182,72	4,37	1.602.940,6	195,07	4,16
SMS	1.342.508,6	168,31	4,34	1.479.511,6	182,72	4,37	1.602.940,6	195,07	4,16
Outras Secretarias Assist. à Saúde dos Serv. Munic.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (R\$)	2.412.323,6	302,43	7,79	2.581.467,1	318,81	7,63	2.991.046,3	364,00	7,76
Total (US\$)	1.122.010,9	140,66	3,62	1.200.662,4	148,28	3,55	1.391.184,3	169,3	3,61

Fonte: NUCONS/SESA - Contas Públicas em Saúde 2006/Valores atualizados pelo IGP-M ano base 2006

Como demonstrado na Tabela 20, os gastos em saúde no Ceará como proporção do PIB ultrapassaram o mínimo estabelecido pela OMS (5%), com participações de 7,79%, 7,63% e 7,76%, para os anos de 2004, 2005 e 2006, respectivamente.

Já quando atentamos para o critério dos recursos mínimos *per capita* sugeridos por aquela organização, percebemos que os valores encontram-se aquém dos US\$ 500,00, basta verificar que para o período sob análise, o maior valor atingiu a cifra de R\$ 364,00 (ano de 2006).

A mensagem para o Estado do Ceará é muito clara e nos diz que o gasto em saúde relacionado ao comportamento da economia local está em consonância com os parâmetros da OMS, porém, a análise mais pormenorizada dos números levam a crer que a sua evolução anual ainda é muito incipiente e que houve até mesmo uma redução entre os dois primeiros anos (de 7,79% para 7,63%), fato inaceitável num contexto em que o PIB cearense vem apresentando *performance* crescente nos últimos anos seguindo a tendência do Brasil como um todo.

De outro lado, ao fazermos uma análise global em relação ao montante total de recursos é patente a observação da escassez dos mesmos para fazer frente às demandas crescentes por serviços de saúde, o que é plenamente verificado quando atentamos para o fato de possuímos uma distribuição *per capita* inferior a US\$ 170,00, o que configura uma situação vexatória ao não se atingir os US\$ 500,00 balizados pela OMS para essa rubrica.

Dessa forma existe a necessidade de que seja ampliada a Apuração das Contas Estaduais em saúde pela importância que assumirá na gestão dos recursos alocados internamente para o setor saúde no Estado, tornando-se imprescindível nessa nova fase iniciada pelo Plano de Saúde 2007/2010.

Banco de Preços de Medicamentos

O Núcleo Economia da Saúde implementou as informações das aquisições dos medicamentos de atenção à saúde, especificamente os medicamentos excepcionais/alto custo junto ao Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde.

Foram cadastrados um total de 194 (cento e noventa e quatro) medicamentos de alto custo, registrando o gasto público em medicamentos no valor de R\$ 148.551.408,38 (cento e quarenta e oito milhões, quinhentos e cinquenta e um mil, quatrocentos e oito reais e trinta e oito centavos).

O Banco de Preços em Saúde – BP é um instrumento de redução e controle de preços que funciona como um potencial estabilizador de mercado, possibilita o acesso de informações comparativas em nível nacional, o que otimiza a gestão de compras públicas e a troca de informações e experiências entre os participantes das demais áreas de gestão das instituições.

Pretende-se, ao longo dos próximos quatro anos, ampliar o nível de informações sobre medicamentos, incluindo também os medicamentos básicos e um controle mais efetivo dos medicamentos comprados em cumprimento a ordens judiciais.

Implantação de Sistema Gerencial de Custos

Sob a perspectiva de otimização do uso recursos e melhoria da eficiência das unidades ambulatoriais e hospitalares da SESA é que se implantou o Sistema de Custos nesta Secretaria e, já em 2006, obteve-se resultados satisfatórios que suscitam o compromisso de ampliação no quadriênio 2007/10 através da adesão de todas as unidades restantes a esta nova ferramenta de gestão, devendo chegar aos hospitais-pólo microrregionais de atenção secundária.

Quase todos os hospitais da rede SESA já operam o sistema de custos, com exceção do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Dentre as unidades ambulatoriais tal ferramenta já se consolidou nas práticas diárias do LACEN,

HEMOCE e CEO-CENTRO e entre os hospitais-pólo microrregionais foi instalado e prestado treinamento nos Hospitais São Francisco de Canindé e São Vicente de Paula de Itapipoca.

Esse diagnóstico incita o esforço da gestão central em estimular que as demais unidades lancem mão desse instrumento a fim de que a Administração da SESA possa fortalecer o controle e organização dessas unidades consideradas bastante complexas em sua estrutura.

Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS

O Núcleo Economia da Saúde/SESA acompanha a evolução dos percentuais aplicados em ações e serviços de saúde nos municípios cearenses e no próprio Estado através do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

O trabalho é realizado através da Coordenação Estadual do SIOPS que realiza visitas de assessoramento em todos os 184 municípios cearenses, como forma de acompanhar a execução e sanar as dúvidas e/ou dificuldades dos gestores locais em alimentar satisfatoriamente o sistema.

No ano de 2006 conseguiu-se colocar o Estado em posição de destaque frente aos demais Estados da Federação (3ª lugar nacional), ficando atrás apenas de São Paulo e Rio Grande do Sul.

De acordo com as normas contidas na E.C nº 29/2000, a partir do ano de 2004, os percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios com ações e serviços de saúde são de 12% e 15% para Estados e municípios, respectivamente (Tabela 21).

No contexto cearense temos que o Estado cumpriu sua meta ao aplicar 14,49% de recursos em ações diretamente ligadas à saúde em 2006. Já para os municípios naquele ano, a grande maioria cumpriu efetivamente as normas contidas no texto da citada Emenda, ou seja, 182 entes federados (98,91%) do total de 184 aplicaram recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, acima dos 15% exigidos pelo instrumento legal (EC/29).

Enfim, observou-se o não cumprimento do dispositivo legal em apenas 02 (dois) municípios (1,09%), quais sejam, Barbalha e Canindé, além de 7 municípios não terem até junho de 2008 transmitido suas informações ao SIOF.

Desta forma conclui-se que o resultado final foi bastante satisfatório e no quadriênio 2007/10 deve ser mantido o mesmo padrão de gerenciamento para quem sabe atingir-se o percentual de 100% dos municípios cumprindo efetivamente o dispositivo legal.

Tabela 21 - Número de municípios segundo o cumprimento da EC 29/2000. Ceará, 2000 a 2006

Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de Municípios com % abaixo da EC 29	35	12	13	12	22	2	2	2
Percentual	19,0	7,0	7,0	7,0	12,0	1,1	1,1	1,14
Nº de Municípios com % acima da EC 29	149	172	171	172	162	182	182	175
Percentual	81,0	93,0	93,0	93,0	88,0	98,9	98,9	98,87

Fonte: SIOPS / Elaboração: NUCONS

7.4. Investimento em Saúde

Os dados e informações que orientaram em todo o processo de elaboração deste Plano e a consonância com a política de investimento em saúde indicaram como prioridade dos investimentos a consolidação das demandas da sociedade resultante dos eventos realizados nas microrregionais de saúde, as demandas resultantes dos eventos realizados nas macrorregiões de planejamento do governo e as decisões componentes dos compromissos setoriais de governo considerando o objetivo de materializar solidariamente (União, Estado e Municípios) o Sistema Único de Saúde.

O desenvolvimento deste componente orienta-se para aumentar a capacidade técnica do complexo produtivo da saúde, utilizada na melhoria do acesso, na efetivação da atenção em saúde, não somente do capital físico, mas também da força de trabalho para a eleição de prioridades de investimento com recursos próprios ou de financiadores parceiros sensibilizados com a questão saúde.

Para atender esta finalidade a gestão estadual implantou o Projeto de Monitoramento das Ações e Projetos Prioritários (MAPP) como uma inovação no processo de planejamento e acompanhamento de seus projetos (nas Instituições do SUS, em se tratando da área da saúde) constantes do Plano Plurianual elaborado de forma participativa e regionalizada, com previsão de 4 anos.

Os projetos constantes do MAPP integram o orçamento da saúde e seus objetivos buscam o fortalecimento do SUS: na gestão, na implantação das unidades de saúde, no aperfeiçoamento tecnológico e do conhecimento dos profissionais que nelas atuam.

Neste sentido, os investimentos em saúde, seguindo os objetivos estratégicos do governo, distinguem-se por favorecer a redução da dependência do Ceará na área de ciência e tecnologia da saúde.

7.5. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Há 20 anos, o Brasil vem definindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 5 de outubro de 1988. Nos anos noventa, os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de forma regionalizada, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando o controle social. Como consequência dessa transformação, os estados e municípios, muitas vezes, tiveram que buscar alternativas de contratação de novos trabalhadores, em função das determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal e sem contarem com orientações corretas e claras de como atender a essas novas exigências, sobretudo pelas características dos programas e pela sua instabilidade administrativa e orçamentária. Assim sendo, o Estado do Ceará tornou-se um dos principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não Governamentais (ONG), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e contratos com cooperativas, notadamente para o setor saúde. Com isso, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho.

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES) foi instituída na estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) pelo Decreto Nº 28.655, de 26 de fevereiro de 2007. A CGTES é composta pelo Núcleo de Valorização, Negociação e Educação no Trabalho (NUVEN), Núcleo de Direitos e Vantagens (NUDIV), Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em

Saúde (NUCIT), Núcleo de Desenvolvimento Humano (NUDH) e Núcleo de Cadastro, Pagamento e Benefícios (NUPAB).

A finalidade da atuação da CGTES é a política de saúde no âmbito estadual, tendo como eixo principal a gestão do trabalho e da educação em saúde, considerando as condições de trabalho no SUS, análise institucional, desempenho da equipe, desenvolvimento e ascensão na carreira do Sistema Único de Saúde.

É de responsabilidade da CGTES a implementação de políticas relativas à formação, à educação permanente em saúde e ao desenvolvimento profissional, nos níveis técnico e superior, o que será realizado mediante atividades de capacitação e qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde, com o envolvimento de instituições formadoras, conforme as necessidades do SUS.

No desempenho de suas atribuições, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará conta com trabalhadores de diversos vínculos e origens, conforme os Quadros 5 e 6:

Quadro 5 – Servidores da SESA

PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Pessoal próprio da SESA	9.548
Pessoal Terceirizado	3.012
Pessoal de Outros Órgãos Lotados na SESA	2.317
TOTAL	14.877

Fonte: SESA/NUPAB

Quadro 6 - Horas contratadas em cooperativas

PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Nível Superior	103.100
Nível Médio	178.025
TOTAL	281.125

Fonte: SESA/COAFI

A estadualização de 8.807 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), implantados em maio de 2008, é uma etapa importante para a desprecarização dos vínculos de trabalho desses trabalhadores e o reconhecimento de sua atuação.

Em dezembro de 2007, a SESA inicia a política de desprecarização do trabalho no SUS, convocando através de editais os aprovados e habilitados em concurso público de nível médio e, em janeiro de 2008, os trabalhadores de nível superior médico, concursados em 2006, conforme distribuição no Quadro 7:

Quadro 7 - Pessoal a ser lotado na SESA (concurso 2006)

PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Médico	1.164
Outros Profissionais de Nível Superior	1.250
Outros Profissionais de Nível Médio	2.027
TOTAL	4.441

Fonte: SESA/NUPAB/COAFI

No âmbito da SESA, a CGTES é responsável pela implementação da política de educação permanente em saúde para os trabalhadores, tomando como base as necessidades do SUS e buscando uma formação adequada para o trabalho no setor saúde.

A redefinição de novos instrumentos e possibilidades de desenvolvimento de forma compartilhada entre gestores e entidades representativas dos trabalhadores em saúde potencializa o funcionamento da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS (MENPSUS), desde 2001, quando foi aprovada através da resolução 05/2001 do Conselho Estadual de Saúde do Ceará. A partir de sua reinstalação em 2004, a MENPSUS vem desenvolvendo uma agenda prioritária com ênfase na defesa de realização de concurso público para o ingresso no SUS; na desprecarização do trabalho em saúde, conforme preconiza o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DESPRECARIZASUS) do Ministério da

Saúde; na avaliação de desempenho dos trabalhadores no SUS; na instituição de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) da SESA; na eliminação de distorção do processo de trabalho em saúde e na implementação da Política de Saúde do Trabalhador em Saúde no âmbito do Estado do Ceará.

Escola de Saúde Pública do Ceará: saberes e práticas na construção da excelência profissional para o SUS

A educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda. Paulo Freire

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) foi criada em 22 de julho de 1993, através da Lei de n.º 12.140, sob a forma de autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), com personalidade jurídica de direito público e autonomia administrativa e financeira. É credenciada pelo Conselho de Educação do Ceará como Instituição de Ensino Superior para ministrar cursos profissionalizantes na área da saúde.

A ESP-CE tem a missão de contribuir para a excelência da atenção à saúde e a melhoria da qualidade de vida da população do Ceará por meio de desenvolvimento de programas de formação, educação permanente dos profissionais de saúde e pesquisas sobre temas relevantes em saúde pública. Dessa forma, encontra-se em consonância com os Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a utilização de metodologias, experiência e infra-estrutura das escolas de governo vinculadas às secretarias municipais e estaduais de saúde, na formação dos trabalhadores do SUS de nível básico, técnico e superior.

Constituem os valores defendidos pela ESP-CE a sintonia com as demandas em saúde da população, o compromisso com a ética e consolidação da cidadania, a excelência no desempenho e resultados, a atuação Intersetorial, a transparência para os gestores e comunidade, a atitude crítica e de autocritica permanente, o reconhecimento da possibilidade de múltiplos olhares sobre a realidade, a humanização em saúde com foco nos programas educacionais, o estímulo à expressão da criatividade dos profissionais, a gestão compartilhada e o respeito à diversidade e às diferenças.

É papel do Sistema Único de Saúde, definido na Constituição Federal, ordenar, de acordo com seus interesses e necessidades, o processo de formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, resultando na atenção mais efetiva, equânime e de qualidade. No entanto, ao longo dos anos, as iniciativas desenvolvidas no campo da formação profissional, embora tenham possibilitado a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços de saúde, ainda exprimem uma lacuna entre a capacitação e a transformação das práticas profissionais, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Assim, considerando-se a necessidade de ofertar atendimento integral e de qualidade, pautado em valores éticos e humanísticos, as demandas para capacitação não podem ser definidas apenas com base em uma lista de necessidades individuais de atualização, nem nas orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, em cada serviço de saúde, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos abordados.

Nesse sentido, a EPC-CE, ao desenvolver desenhos de currículos em que equilibra a excelência técnica e a relevância social, com métodos de ensino-aprendizagem

tendo o aluno como sujeito na construção do conhecimento e firmando parcerias com universidades, serviços de saúde, comunidade e outros setores da sociedade civil, vem contribuindo sobremaneira para reduzir o distanciamento entre a formação dos profissionais e os interesses e necessidades concretas do SUS.

Ao longo dos seus 15 anos, a ESP-CE se consolida como uma instituição de vanguarda na educação de profissionais para o Sistema de Saúde do Ceará. Coerente com suas concepções apresenta-se como um centro de produção e disseminação de conhecimentos, articulados às necessidades do SUS. As marcas de sua atuação refletem-se nas iniciativas no campo do ensino, investigação científica e cooperação técnica. A formação pioneira de Gestores e Agentes de Saúde utilizando metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, abriu espaços para a realização de programas educacionais visando o fortalecimento das equipes na Estratégia Saúde da Família, formação de profissionais na área de enfermagem e saúde bucal. Novos desafios são postos e a ESP-CE amplia a sua atuação nos campos da Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, sempre renovando as práticas profissionais articuladas com as demandas apontadas pelo SUS. Até dezembro de 2007, 61.392 alunos passaram pelos bancos dessa Escola, seja em cursos básicos e outros eventos (33.761), cursos de educação profissional (25.862) e pós-graduações (1.769).

A construção de parcerias relevantes com instituições nacionais e internacionais, como Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), *Instituto Superior di Sanità (Itália)*, *Johns Hopkins University*, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS), Universidade de Toronto (Canadá), *Management Sciences for Health (MSH)*, Fundação *W.F. Kellogg* (Estados Unidos), Cooperação Financeira Alemã (KFW - Alemanha), Agência de Desenvolvimento Internacional do Governo Britânico (DFID - Reino Unido), Universidade de *Maastricht* (Holanda), *Imperial College of Science, Technology and Medicine* (Inglaterra), *London School of Tropical Medicine* (Inglaterra), Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), e, mais recentemente, a Agência Canadense de Desenvolvimento Institucional (ACDI), tem propiciado a troca de experiências e incorporação de novos saberes e estratégias educacionais, como o desenho de Currículos baseados em Competências.

Merece destaque a participação da ESP-CE na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), Rede de Formação de Recursos Humanos em Vigilância em Saúde que propiciou a realização no Ceará do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, certificado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), além do Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública, firmado entre a ESP-CE, a Universidade Federal do Ceará e a Universidade Estadual do Ceará, com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

No campo das novas tecnologias destaca-se a inserção da ESP-CE à Rede Metropolitana de Fortaleza (GigaFOR), que integra instituições de pesquisa, educação profissional e superior. Essa iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia faz parte do Projeto Rede - Conhecimento, que tem por objetivo criar infra-estrutura nacional óptica de alta capacidade para a comunicação. Participa também da Rede Tele-Saúde Brasil, que interliga importantes instituições de ensino e serviços de saúde, em um processo de trabalho cooperado *online* e articula a atenção primária e a regulação do sistema de saúde às instituições formadoras.

O desenvolvimento de pesquisas focalizadas em temas relevantes para o sistema de saúde sempre ocupou lugar de destaque na ESP-CE, contribuindo para o seu reconhecimento como um centro de reflexão estratégica e produção de conhecimento.

No período de 1994 a 1997, com recursos provenientes do Projeto Nordeste, a ESP-CE coordenou e acompanhou o desenvolvimento de 83 projetos de pesquisas. Entre 1999 e 2003, foram realizados 30 projetos de pesquisa, nas áreas de Assistência e Epidemiologia da Atenção Primária à Saúde, Organização e Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde, Desenvolvimento de Programas e Abordagens Educacionais para os Profissionais de Saúde e Vigilância à Saúde. O apoio financeiro, obtido a partir de 2004 junto a OPAS, UNESCO, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), permitiu a realização de projetos voltados para investigar a situação nutricional de crianças indígenas Tapebas, prevalência de Anemia Falciforme, perfil epidemiológico de acidentes de moto, saúde cardiovascular das trabalhadoras da saúde, processo de trabalho das equipes de saúde bucal, avaliação do Curso Técnico em Enfermagem pelos egressos e supervisores, transição nutricional da saúde Materno-Infantil, perfil das mães cegas e cuidados prestados aos filhos e precarização do trabalho dos profissionais em exercício em unidades de saúde da SESA-CE. A expressiva produção intelectual dos alunos dos vários cursos de pós-graduação, apresentada sob a forma de monografias e artigos científicos, contribui de forma efetiva para a disseminação do conhecimento produzido a partir de investigações pautadas no cotidiano dos profissionais.

A ESP-CE adota um modelo educacional que favorece a formação de profissionais aptos a uma prática renovada, coerente com os desafios do seu tempo. Desse modo, os programas educacionais da ESP-CE fundamentam-se em um conjunto de premissas consistentes com os conhecimentos gerados pela investigação científica no campo da educação e potencialmente efetivas para a formação de profissionais com os atributos desejados para promover uma elevação significativa do patamar de qualidade dos serviços de saúde. Estes pilares, sobre os quais os currículos dos diversos programas educacionais são elaborados, pressupõem o ensino centrado no estudante, baseado em problemas, aprendizagem contextualizada, abordagem temática multidisciplinar, integrada e por competência orientada e baseada na comunidade.

A ESP-CE inaugura em 2008, com recursos do Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP), o Núcleo de Educação Profissional (NEP) que desenvolverá projetos e programas da área de Educação Profissional, estando previstos os seguintes cursos técnicos: Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Radiologia, Citologia, Patologia Clínica, Higiene Dental, Prótese Dentária, Enfermagem e de Agente Comunitário de Saúde. Dessa forma, a capacitação desses profissionais será incrementada com a utilização de tecnologias avançadas de ensino em saúde e com o desenvolvimento de práticas laboratoriais inseridas nos diversos cursos.

Na perspectiva de um cenário futuro, a ESP-CE almeja, até 2011, ser reconhecida nacionalmente como um novo modelo de instituição em seu gênero, caracterizando-se como um importante centro de pensamento crítico, sintonizado com as fronteiras do conhecimento e com as tendências contemporâneas na organização e gestão dos serviços de saúde. Através da capacidade investigativa e da estreita ligação com o sistema de saúde, contribuirá de forma significativa para o seu aperfeiçoamento, gerando idéias e projetos inovadores em diversas áreas do campo de produção da saúde, procurando ainda se distinguir pelo trabalho com educação permanente dos profissionais de saúde, em função do caráter inovador de suas estratégias e métodos e de desfechos positivos na melhoria do desempenho profissional. Nesse sentido, trabalhará os seguintes focos de atuação e pesquisa:

profissionalismo e Ética em saúde, violência e saúde, abordagens de ensino e aprendizagem para profissionais de saúde, educação permanente em atenção primária à saúde, gestão hospitalar, gestão de serviços municipais e regionais de saúde e vigilância em saúde.

Os cursos a serem ofertados distinguir-se-ão em virtude da ênfase dada à humanização da prática em saúde, à excelência das metodologias e à qualidade de seus professores. A ESP-CE responderá a novos desafios, com o desenvolvimento de programas educacionais que causem impacto visível nos rumos do SUS e a implantação e a consolidação de uma filosofia educacional. Dessa maneira, configura-se o desenho de uma estrutura acadêmica concebida tendo como base os grandes domínios conceituais e funcionais da saúde compreendendo a atenção à saúde, a gestão de sistemas e serviços de saúde, a vigilância em saúde e as relações entre saúde e sociedade. Essa concepção estrutural pretende se caracterizar pelo dinamismo e pela convergência dos saberes, sem demarcações rígidas de fronteiras entre as diversas áreas, pressupondo uma fluidez internacional que permita o desenvolvimento de uma visão interativa da saúde nas suas várias dimensões.

7.6. Participação Social

Conselho Estadual de Saúde (CESAU)

É um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), com jurisdição em todo o território do Estado do Ceará e participação na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

As atividades do colegiado são realizadas nos cenários integrantes de sua estrutura básica onde a Plenária funciona com suas reuniões ordinárias mensais e extraordinárias, para deliberar sobre as matérias analisadas pelas Câmaras Técnicas de Acompanhamento da Regionalização da Assistência do SUS Ceará, de Recursos Humanos, de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente e Orçamento e Finanças.

O Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde, instrumento adotado em 2005 como ferramenta para a socialização das informações entre conselhos, será fortalecido em 2007 com a doação de computadores para os Conselhos Municipais de Saúde, proporcionada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) do Ministério da Saúde (MS), e terá prosseguimento no Projeto de Inclusão Digital.

O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da articulação com o Gestor Estadual e Conselhos Municipais de Saúde (CMS) agendado para 2007 favoreceu a execução do Plano de Ação no âmbito do controle social incluindo as diversas instâncias como Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Ministério Público.

O Plano de Ação 2007 envolveu o Projeto de Inclusão Digital, a Educação Permanente, as Conferências de Saúde, a organização de Comissão Intersectorial em Saúde do Trabalhador (CIST) e da Escola Continental em Saúde do Trabalhador.

O Programa de Educação Permanente na perspectiva da qualificação do controle social será implantado através do Programa de Formação de Conselheiros de Saúde do Ceará, com execução prevista para junho de 2007, abrindo perspectiva

inovadora pela atuação do Conselheiro como Conselheiro-educador, inaugurando o protagonismo dessa ação pelos responsáveis da ação do controle social no SUS.

Está prevista para 2007 a 5ª Conferência Estadual de Saúde evento de grande relevância para o fortalecimento do SUS, dado a mobilização de conselheiros e lideranças dos movimentos sociais nas Conferências Municipais de Saúde, elegendo 112 Delegados para a 13ª Conferência Nacional de Saúde, com os representantes dos segmentos de usuários e dos profissionais de saúde.

As ações direcionadas para o controle social na Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) tiveram como foco a ação de Comissão designada pelo CESAU para propor a Composição da Comissão Intersectorial em Saúde do Trabalhador (CIST) Estadual, subordinada ao CESAU.

Outra ação decorrente da Agenda da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT/MS) com a rede de CEREST em todo o país, tem impulsionado a organização da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC), com o protagonismo do CESAU e do Conselho Gestor do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador Manoel Jacaré para, juntamente com o CESAU e a Gestão Estadual, promoverem as condições para a instalação das ações da REC/CEARÁ.

Outras ações e atividades constantes no Plano de Ação CESAU serão realizadas com a participação dos conselheiros, seja no âmbito interno do colegiado bem como nas condições de representação em outras áreas e setores afins, contando com o apoio do Gestor Estadual, conforme se segue:

- Programa de Formação de Conselheiros de Saúde
- Programa Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde
- Projeto de Inclusão Digital
- Realização da 5ª Conferência Estadual de Saúde
- Representação do CESAU
- Resoluções Aprovadas e Publicadas

Ouvidorias do SUS no Ceará

Como canal de mediação entre o poder público e o cidadão, as Ouvidorias do SUS são instrumentos de gestão e de controle social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. Têm papel relevante na identificação das necessidades e demandas sociais, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico objetivando à tomada de decisões no âmbito do SUS.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará tem sido pioneira em disponibilizar à população este importante canal de interlocução com a gestão pública, tendo criado sua Ouvidoria Geral em 1991.

Durante os anos 90, a SESA/CE estruturou uma Rede de Ouvidorias em Saúde, com implantação de núcleos de Ouvidoria nas diversas unidades prestadoras de serviços da Secretaria (hospitais de referência, hemocentro, laboratório central, centros especializados de odontologia e centros de saúde especializados). Nos últimos anos, o esforço tem sido no sentido de descentralizá-las para as microrregiões de saúde, o que resultou na criação de seis núcleos de ouvidorias nas Coordenadorias Regionais de Fortaleza, Aracati, Tianguá, Icó, Juazeiro do Norte e Crato.

A Rede de Ouvidorias da SESA/CE atende às demandas da população cearense, através das suas 22 unidades.

Segundo relatório do Programa OuvidorSUS, os assuntos de maior recorrência nas demandas do Estado do Ceará foram os seguintes:

Quadro 8 - Programa OuvidorSUS – recorrências nas demandas. Ceará, 2007

ASSUNTO	PERCENTUAL
Assistência Ambulatorial	45,8%
Assistência Farmacêutica	24,3%
Assistência Hospitalar	11,7%
Financeiro	3,7%
Gestão	11,2%
Outros Assuntos	0,9%
Vigilância Epidemiológica	0,5%
Vigilância Sanitária	1,9%
Total	100%

Fonte: Relatório do Sistema OuvidorSUS - abril a outubro de 2006 - DOGES/MS

Não obstante a relevância das ações das Ouvidorias existentes, elas ainda mostram-se insuficientes para dar cobertura a complexidade das demandas de saúde do Estado em sua amplitude, especialmente quando se trata de atender aos usuários dos municípios interioranos, daí por que o esforço em descentralizar as Ouvidorias do SUS deve ser intensificado, através da:

- Implantação e implementação de Ouvidorias nas Coordenadorias Regionais de Saúde que ainda não as possuem, nos Municípios (notadamente naqueles com mais de 100 mil habitantes) e nas unidades prestadoras de serviço do Sistema;
- Fortalecimento da articulação entre as Ouvidorias do SUS, com a criação do Fórum Estadual de Ouvidorias do SUS no Estado do Ceará;
- Qualificação dos profissionais da Rede de Ouvidorias do SUS do Ceará.

8 PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

PROBLEMA

Elevado número de óbitos e incapacidades por causas externas (acidentes de trânsito e homicídios)

PRIORIDADES

1. Reduzir as incapacidades e a morbimortalidade por causas externas
2. Implantar política de prevenção e enfrentamento da morbimortalidade por causas externas
3. A redução de danos e proteção do adulto jovem

LINHAS DE AÇÃO

1. Realização de campanhas de promoção à saúde e implementar medidas educativas para prevenção de acidentes através do fortalecimento das ações intersetoriais (DETRAN/Saúde/Educação, Justiça e Segurança Pública)
2. Garantia de ações sócio-educativas de promoção da saúde relativas às violências
3. Implantação da Rede Estadual do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)
4. Ações de prevenção aos homicídios e o pronto atendimento às vítimas de acidentes de trânsito
5. Co-financiamento dos SAMU municipais.

PROBLEMA

Alta incidência de Dengue e outras doenças endêmicas (Leishmaniose Tegumentar e Visceral)

PRIORIDADES

1. Reduzir a incidência de Dengue e doenças endêmicas
2. Reduzir índices de endemias

LINHAS DE AÇÃO

1. Implementação do Plano Estadual de Controle do Dengue e outras Endemias
2. Realização de campanhas de promoção à saúde e implementar medidas educativas para prevenção de acidentes através do fortalecimento das ações intersetoriais (DETRAN/ Saúde/ Educação, justiça e segurança pública)

PROBLEMA

Deficiência na Atenção Básica

PRIORIDADES

1. Qualificar a Atenção Básica
2. Melhorar a resolutividade da Atenção Primária e o acesso na Atenção Secundária
3. Fazer cumprir os princípios e diretrizes da Atenção Primária

LINHAS DE AÇÃO

1. Fortalecimento da Atenção Básica: Planejamento Familiar, Pré-natal, melhorar assistência dos prematuros, nutricional e a atenção hospitalar

2. Implementação do monitoramento e controle das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde com vistas à sua efetividade
3. Implantação/ implementação do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção
4. Promoção de ações educativas intersetoriais
5. Ampliação das ações de Saúde Bucal na Atenção Primária
6. Intensificação na Vigilância em Saúde em consonância com o Pacto pela Saúde
7. Fortalecimento do Programa Estadual de Fitoterapia
8. Incorporação de tecnologias apropriadas para o controle de infecção e biossegurança nos serviços de saúde

PROBLEMA

Altas taxas de internação por Diarréia e IRA

PRIORIDADE

Reduzir o número de internações por Diarréia e IRA

LINHAS DE AÇÃO

1. Maior compromisso das Equipes de SF para as ações de promoção à saúde no monitoramento dos casos de diarréia e IRA
2. Realização de ações educativas intersetoriais

PROBLEMA

Elevado índice da mortalidade materna e Infantil

PRIORIDADE

Reduzir a mortalidade materna e infantil (perinatal e neonatal)

LINHAS DE AÇÃO

1. Implementação do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil em todos os municípios
2. Fortalecer a assistência à gestante (pré-natal/ parto)
3. Realização de ações educativas intersetoriais

PROBLEMA

Altos índices de doenças e agravos não transmissíveis (neoplasias)

PRIORIDADES

1. Reduzir internações por DANT
2. Reduzir as neoplasias (mama, próstata e colo do útero)

LINHAS DE AÇÃO

1. Realização de ações intersetoriais
2. Implementação do Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

PROBLEMAS

1. Doenças do aparelho circulatório
2. Elevado número de internações por AVC

PRIORIDADES

1. Reduzir internações por doenças do aparelho circulatório
2. Reduzir índices de doenças crônico-degenerativas

LINHAS DE AÇÃO

1. Implantação dos Centros de Reabilitação para vítimas de AVC
2. Promoção de políticas para o envelhecimento saudável

PROBLEMA

Recrudescimento da Hanseníase e da Tuberculose

PRIORIDADE

Reduzir as taxas de incidência de Tuberculose e Hanseníase

LINHAS DE AÇÃO

1. Redução da morbi-mortalidade da Tuberculose pulmonar bacilifera
2. Redução da morbidade e incapacidade física por Hanseníase
3. Intensificação das ações de vigilância epidemiológica visando a eliminação da Hanseníase

PROBLEMA

Deficiência na Atenção Secundária, baixa resolutividade nos Hospitais-Pólo/ Hospitais de Pequeno Porte (HPP)/ Laboratórios Regionais subutilizados

PRIORIDADE

Gestão e funcionamento das unidades de atenção secundária

LINHAS DE AÇÃO

1. Implantação/ implementação de Centros de Especialidades Médicas
2. Parceria com os municípios que tenham população acima de 20 mil habitantes para implantação de uma rede de atenção em saúde mental
3. Melhoria do apoio diagnóstico para Atenção Básica e Especializada

PROBLEMA

Insuficiência da oferta de serviços na Atenção Secundária

PRIORIDADE

Garantir assistência integral nos três níveis de atenção

LINHA DE AÇÃO

Desapropriação e redefinição do modelo gerencial dos Hospitais-Pólo

PROBLEMA

Baixa cobertura e pouca resolutividade nos três níveis de atenção

PRIORIDADES

1. Investir na infra-estrutura de serviços especializados de apoio, diagnóstico e terapia
2. Garantir a oferta dos procedimentos da Central de Regulação/ marcação conforme necessidade da população

LINHAS DE AÇÃO

1. Termo de Compromisso entre gestores estadual e municipal apresentando metas a serem cumpridas pela SF
2. Garantia de maior cooperação financeira do Estado para financiar ações básicas de saúde
3. Efetivação do apoio e diagnóstico à Atenção Básica e Secundária
4. Análise situacional para redefinir as ações dos Hospitais-Pólo
5. Maior financiamento para Atenção Secundária, Hospital-Pólo e Hospital de Pequeno Porte
6. Estruturação dos Hospitais para atender às necessidades conforme perfil apresentado
7. Efetivação da Programação Pactuada Integrada (PPI)
8. Captação de recursos para investimento e custeio para assistência aos prematuros

PROBLEMA

Deficiência nas Ações ofertadas pelo Centro Estadual de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST)

PRIORIDADE

Implantar o Sistema de Informação Agravos de Notificação (SINAN/ NET)

LINHAS DE AÇÃO

1. Pactuação dos procedimentos de atenção à saúde do trabalhador na PPI
2. Garantia de estrutura física adequada, equipamentos, insumos e profissionais qualificados com suficiência para atender os três níveis de atenção
3. Atenção à Saúde do Trabalhador

PROBLEMA

Gravidez na adolescência

PRIORIDADE

Reduzir gravidez na adolescência

LINHAS DE AÇÃO

1. Fortalecimento da educação em saúde mediante temas transversais e o protagonismo dos estudantes em relação às práticas de saúde de caráter individual e coletivo
2. Buscar meios de implementar atendimento de doenças geno-étnicas, como a Anemia Falciforme
3. Cuidado e proteção da infância e adolescência
4. Cuidado e proteção das mulheres grávidas

PROBLEMA

Insuficiência da oferta de serviços na Atenção Secundária

PRIORIDADE

Reduzir índices de doenças crônico-degenerativas

LINHAS DE AÇÃO

1. Articulação de uma rede de urgência e emergência e de hospitais-pólo de atenção secundária e terciária
2. Desenvolvimento de consórcios intermunicipais de saúde

PROBLEMAS

1. Carência de profissionais especialistas
2. Insuficiência de profissionais
3. Descompromisso dos profissionais
4. Falta de capacitação
5. Deficiência das respostas demandadas da Central de Regulação
6. Escassez de oferta dos procedimentos da Central de Regulação
7. Descumprimento da PPI
8. Deficiência na Gestão

PRIORIDADES

1. Maior financiamento para fixação das equipes do SF
2. Garantir a intersetorialidade e integralidade da atenção
3. Garantir a oferta dos procedimentos da Central de Regulação/ marcação conforme a necessidade da população
4. Fortalecer as ações de regulação, controle e auditoria
5. Sensibilizar os gestores para votar e apoiar a Emenda Constitucional 29

LINHAS DE AÇÃO

1. Articulação entre órgãos formadores e serviços um processo de educação continuada para a qualificação de pessoal da saúde
2. Implementação/ funcionamento dos Pólos de Educação Permanente
3. Implantar Pólo de Educação Permanente
4. Fortalecimento da política de educação permanente
5. Capacitação dos profissionais da Atenção Básica e Secundária enfatizando a humanização
6. Implantação do Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS)
7. Promoção da capacitação e educação permanente no nível assistencial e gerencial
8. Integrar o complexo regulador estadual com as centrais municipais
9. Fortalecer a Central de Regulação
10. Implantação de um Programa de Tele-Saúde para dar suporte às Faculdades de Medicina, aos Agentes Comunitários de Saúde, ao treinamento na área médica e esclarecimento de diagnóstico para segunda opinião médica

PROBLEMAS

1. Pouca atuação e autonomia do Controle Social
2. Baixa atuação do Controle Social

PRIORIDADE

Fortalecer o Controle Social

LINHAS DE AÇÃO

1. Promoção do acesso a serviços de qualidade, pautado no amplo respeito à diversidade
2. Reconhecimento de outras iniciativas populares de reivindicação e participação

- nas políticas de saúde
3. Combate à violência por intolerância e discriminação de qualquer natureza
 4. Capacitação dos Conselheiros

PROBLEMA

Falta de água potável, poluição do ar por atividades de mineração (pedreiras, caieiras e cerâmicas)

PRIORIDADES

Reduzir incidências de doenças causadas por vetores, agrotóxicos, poluição do ar e de veiculação hídrica

LINHAS DE AÇÃO

1. Fortalecimento da vigilância da qualidade da água
2. Fortalecimento de ações intersetoriais/ promoção de saneamento básico, drenagem, educação permanente e controle social
3. Implementação das ações de vigilância da qualidade da água realizadas pelos Laboratórios Regionais de Saúde Pública
4. Discussão da viabilidade de fluoretação das águas de abastecimento para consumo humano

PROBLEMAS

1. Altos índices de intoxicação exógena pelo uso de agrotóxicos
2. Ausência das práticas que visam a preservação ambiental
3. Descaso e falta de estímulo à consciência ecológica
4. Falta de educação ambiental *Latu-sensu*, inclusive curricular

PRIORIDADES

1. Reduzir o uso indiscriminado de agrotóxicos
2. Incluir ações educativas de conscientização de uma cultura de preservação do meio ambiente
3. Estimular a sociedade em reconhecer a importância dos cuidados e da preservação ambiental
4. Incluir no *curriculum* disciplinas sobre educação ambiental ofertando ações intersetoriais

LINHAS DE AÇÃO

1. Promoção à convergência e à integração de ações intersetoriais de educação ambiental
2. Priorização da educação ambiental em todos os níveis de ensino
3. Aprofundamento e descentralização das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e entomológica
4. Promoção de ações intersetoriais para desenvolvimento da consciência sanitária e de proteção do meio ambiente, destacando-se iniciativas como a Escola Promotora de Saúde

PROBLEMA

Altos índices de dependência química (drogadiço)

PRIORIDADES

1. Reduzir índices de drogadiços
2. Ampliar a oferta de ações educativas aos drogadiços

LINHAS DE AÇÃO

1. Implantação de Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Droga (CAPS AD) nas microrregionais para desenvolver ações de controle e/ ou redução de usuários de álcool e drogas.

9 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS ESTRUTURANTES

DIRETRIZES

- 1 Assegurar atendimento de ações e serviços de saúde universal, integral e humanizado a todos os cearenses
- 2 Fortalecer a capacidade de planejamento e gestão do Sistema Estadual de Saúde de forma cooperativa e solidária observando o princípio de eficiência e equidade com participação da sociedade
- 3 Fortalecer a gestão do trabalho e a política estadual de educação permanente em saúde
- 4 Fortalecer a regulação, avaliação, auditoria e controle social do SUS
- 5 Promover articulação intersetorial e interinstitucional entre órgãos governamentais e não governamentais para potencializar as ações e serviços de saúde
- 6 Aperfeiçoar a gestão descentralizada e a regionalização do SUS observando o princípio federativo
- 7 Fortalecer a Vigilância em Saúde com ênfase na promoção e proteção à saúde individual e coletiva
- 8 Fortalecer a Política Estadual de Saúde do Trabalhador
- 9 Fortalecer o Sistema Estadual de Assistência Farmacêutica

OBJETIVOS

1. Efetivar o atendimento com resolutividade na média e alta complexidade nas Macrorregiões de Saúde do Estado
2. Estruturar o Sistema Estadual de Urgência e Emergência
3. Garantir as ações e serviços de saúde com resolutividade no nível secundário em todas as Microrregiões de Saúde
4. Estimular a expansão e a efetivação da Atenção Básica em Saúde
5. Efetivar a Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde
6. Implementar Práticas de Gestão Participativa e Controle Social do SUS
7. Implantar Consórcios públicos de saúde de acordo com o modelo da regionalização da saúde do Estado

METAS ESTRUTURANTES

1. Reduzir em 50% a Razão da Mortalidade Materna, passando de 70,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2006 para 35,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2010
2. Reduzir em 12% a Taxa de Mortalidade Infantil, passando de 17,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2006 para 15,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos até 2010
3. Aumentar a detecção precoce do Câncer de mama, reduzindo em 10% o percentual de casos com estadiamento registrado III e IV, passando de 47,6% em 2006 para 42,8% até 2010

4. Aumentar a detecção precoce do Câncer de colo de útero, reduzindo em 10% o percentual de casos com estadiamento registrado III e IV, passando de 31,9% em 2006 para 28,7% até 2010
5. Aumentar a detecção precoce do Câncer de próstata, reduzindo em 10% o percentual de casos com estadiamento registrado III e IV, passando de 75,7% em 2006 para 68,1% até 2010
6. Reduzir em 20% a Taxa de Gravidez na Adolescência, passando de 32,3 por 1.000 hab. em 2006 para 25,8 por 1.000 hab. até 2010
7. Reduzir em 10% a Taxa de Mortalidade por causas externas (acidente de trânsito, homicídio e suicídio) passando de 63,5 por 1.000 hab em 2006 para 57,1 por 100.000 habitantes até 2010
8. Erradicar o Sarampo até 2010
9. Eliminar a Raiva Humana, Tétano Neonatal, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita, Meningite por *Haemophilus influenzae* e a Influenza até 2010
10. Controlar o Dengue, Tuberculose, Hanseníase, AIDS, Doenças Diarréicas, Hepatite B e a Doença Meningocócica até 2010
11. Reduzir em 2% a Taxa de Letalidade de Leishmaniose visceral, passando de 4,1% em 2006 para 4,02% até 2010
12. Reduzir em 76,5% a taxa de letalidade por Febre Hemorrágica do Dengue, passando de 8,5% em 2006 para 2,0% até 2010
13. Reduzir em 3% a Taxa de Mortalidade por AVC na população de 40 anos e mais, passando de 18,97 óbitos para 10.000 habitantes em 2006 para 18,4 óbitos para 10.000 habitantes até 2010
14. Reduzir em 15% a necessidade de tratamento endodôntico, passando de 283.200 dentes em 2006 para 240.720 dentes até 2010
15. Ampliar em 81% os Fóruns Microrregionais de Conselheiros de Saúde, passando de 3 em 2006 para 21 até 2010
16. Implementar em 100% a capacitação de Conselheiros de Saúde até 2010
17. Implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) da SESA em consonância com os objetivos estratégicos estabelecidos no Plano de Governo até 2010.

10 FINANCIAMENTO

A Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais deste Pacto com seus três componentes (Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão), no Item III determina que são princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

1. Responsabilidade das três esferas de gestão - União, Estados e Municípios;
2. Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;
3. Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;
4. Financiamento de custeio com recursos federais organizados em blocos de recursos assim apresentados:
 - Bloco 1 - Atenção básica
 - Bloco 2 - Atenção de média e alta complexidade
 - Bloco 3 - Vigilância em Saúde
 - Bloco 4 - Assistência Farmacêutica
 - Bloco 5 - Gestão do SUS

Esta estrutura de financiamento e sua organização por Programas de Governo tem a capacidade de fornecer uma visão ampla da gestão pois se almeja alcançar o resultado estratégico de uma população mais sadia e uma visão detalhada quando focada na análise dos produtos que se quer alcançar.

A operacionalização deste plano está condicionada à disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, observando a coerência entre os dados apresentados na análise do financiamento e as propostas nela contidas.

Ressalte-se que o financiamento que ora se apresenta orientará os instrumentos de planejamento e gestão da SESA com destaque para o Plano Plurianual (PPA 2008-2011) e sua Gestão por Resultados (GPR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e da Vigilância em Saúde.

Os recursos financeiros para o custeio do Plano Estadual de Saúde são provenientes do Tesouro do Estado e Fontes externas de órgãos financiadores para a saúde, inclusive o Ministério da Saúde, que dentre outros financia as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso Estado.

Quadro 9 - Consolidado dos recursos financeiros por programas estratégicos da saúde, no Plano Estadual de Saúde. Ceará, 2008

Blocos	PROGRAMA	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
		TESOURO	OUTRAS		
2	535-Fortalecimento da Atenção à Saúde nos Níveis Secundário e Terciário	1.119.436.726,48	2.148.376.247,19	3.267.812.973,67	62,30
1	536-Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	21.680.295,45	4.356.889,92	26.037.185,37	0,49
5	554-Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	185.787.544,67	21.873.828,55	207.661.373,22	3,95
5	553-Gestão, Controle Social e Desenvolvimento Institucional do SUS	9.552.077,90	1.692.389,00	11.244.466,90	0,21
3	559-Vigilância em Saúde	38.017.697,76	96.957.558,07	134.975.255,83	2,56
4	005-Assistência Farmacêutica	111.936.434,16	476.654.807,00	588.591.241,16	11,20
1	076-Atendimento a Pessoa Idosa	2.199.547,00	-	2.199.547,00	0,04
1	074-Programa de Atenção a Pessoa com Deficiência	1.824.024,00	52.800,00	1.876.824,00	0,03
5	888-Gestão de Tecnologia da Informação	1.704.156,50	1.429.691,60	3.133.848,10	0,05
5	400- Coordenação e Manutenção Geral -SESA	1.009.711.051,47	-	1.009.711.051,47	19,22
TOTAL		2.501.849.555,39	2.751.394.211,33	5.253.243.766,72	100,00

Legenda: Blocos de Financiamento do SUS

Bloco 1. Atenção Básica

Quadro 10 - Programa: 536 - Fortalecimento da atenção primária à saúde

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 10756-Fortalecimento das Ações Direcionadas à População dos Diversos Ciclos de Vida	152.367,29	1.710.473,92	1.862.841,21	7,15
02 10839-Reforço à Estruturação Física e Tecnológica da Atenção Primária à Saúde	3.191.667,66	--	3.191.667,66	12,25
03 20149-Expansão da Atenção à Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família - Sorriso da Família	10.085.671,66	--	10.085.671,66	38,73
04 20247-Melhoria da Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem	386.841,66	--	386.841,66	1,48
05 20416-Melhoria da Atenção à Saúde da Criança	953.583,32	--	953.583,32	3,66
06 20481-Melhoria da Atenção à Saúde do Adulto	269.257,32	--	269.257,32	1,03
07 20513- Promoção da Alimentação Saudável	75.000,00	143.500,00	218.500,00	0,83
08 20552-Melhoria da Qualidade da Atenção na área de Organização e Funcionamento dos Serviços – PROQUALI	698.333,32	--	698.333,32	2,68
09 20554-Projeto de Expansão de Equipes de Saúde da Família – PROESF - 2ª Etapa: Monitoramento e Avaliação	912.666,66	912.000,00	1.824.666,66	7,00
10 20560-Melhoria das Ações de Promoção, Prevenção e Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer	400.152,00	100.000,00	500.152,00	1,92
11 20591-Apoio aos Municípios na Implantação e Organização das Ações de Saúde Ocular na Atenção Primária	8.403,32	--	8.403,32	0,10
12 20641-Fortalecimento da Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva	180.405,66	245.916,00	426.321,66	1,63
13 21310-Auxílio Financeiro às Instituições na área da Saúde	4.270.945,58	--	4.270.945,58	16,40
14 21313-Estruturação do Sistema de Saúde Penitenciário	95.000,00	1.245.000,00	1.340.000,00	5,14
TOTAL	21.680.295,45	4.356.889,92	26.037.185,37	100,00

Quadro 11 - Programa: 076 - Atendimento à pessoa idosa

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 10582-Manutenção do Centro de Referência do Idoso.	1.681.000,00	-	1.681.000,00	76,42
02 20512-Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso	518.547,00	--	518.547,00	23,58
TOTAL	2.199.547,00	-	2.199.547,00	100,00

Quadro 12 - Programa: 074 - Programa de atenção à pessoa com deficiência

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 10050-Reaparelhamento da Unidade de Atenção à Pessoa com Deficiência	203.487,00	52.800,00	256.287,00	13,66
02 20179-Implantação da Assistência à Criança	91.005,00	-	91.005,00	4,84
03 20768-Fortalecimento da Atenção à Pessoa com Deficiência	1.529.532,00	-	1.529.532,00	81,50
TOTAL	1.824.024,00	52.800,00	1.876.824,00	100,00

Bloco 2. Atenção de Média e Alta Complexidade

Quadro 13 - Programa: 535 - Fortalecimento da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 10031-Fortalecimento e Expansão dos CEO nas Microrregiões	2.047.040,48	-	2.047.040,48	0,06
02 10242-Auxílio Financeiro aos Hospitais de Pequeno Porte	12.444.110,00	34.993.942,00	47.438.052,00	1,45
03 10384-Melhoria da Unidade Central da SESA	5.000,00	-	5.000,00	0,00
04 10409-Ampliação do Hospital Geral de Fortaleza	6.828.713,40	9.100.000,00	15.928.713,40	0,48
05 10421-Reforço à Estruturação e Adequação Física e Tecnológica da Atenção nos Níveis Secundário e Terciário	106.304.845,80	141.681.224,00	247.986.069,80	7,58
06 10524-Projeto de Atenção à Saúde nos Níveis Secundário e Terciário/ BID	28.871.110,80	114.298.405,40	143.169.516,20	4,38
07 10739-Estruturação do Sistema de Urgência e Emergência	630.000,00	2.050.000,00	2.680.000,00	0,08
08 11271-Garantia de Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade aos Usuários do SUS		449.200.000,70	449.200.000,70	13,74
09 11272-Garantia de Assistência Especial aos Usuários do SUS	3.827.000,00	4.598.000,00	8.425.000,00	0,25
10 11273-Funcionamento e Melhoria da HEMORREDE	51.711.783,40	56.622.794,70	108.334.578,10	3,31
11 11343-Fortalecimento da Rede de Captação e Transplante de Órgão	55.200,00	-	55.200,00	0,00
12 20134-Fortalecimento e Expansão dos Centros de Especialidades Médicas	9.232.956,30	-	9.232.956,30	0,28
13 20143-Fortalecimento e Ampliação da Rede Hospitalar da Assistência Secundária e Terciária.	117.535.966,00	-	117.535.966,00	3,59
14 20146-Funcionamento e Melhoria das Unidades Próprias da SESA	343.371.656,32	824.764.272,69	1.168.135.929,01	35,74
15 20147-Funcionamento do Sistema Estadual de Urgência	19.881.440,84	60.698.000,00	80.579.440,84	2,56
16 20150-Fortalecimento e Expansão de Ações Especializadas em Saúde Sexual Reprodutiva e DST/ AIDS	90.000,00	1.067.000,00	1.157.000,00	0,03
17 20185-Funcionamento do Centro de Referência e Apoio à Mulher (CERAM)	635.000,00	-	635.000,00	0,02
18 20276-Fortalecimento das Ações de Saúde Mental	942.784,00	-	942.784,00	0,02
19 20277-Fortalecimento da Atenção à Saúde do Trabalhador	278.128,70	102.607,00	380.735,70	0,01
20 20386-Funcionamento e Melhoria das Unidades Hospitalares Construídas pelo Projeto de Atenção à Saúde Secundária e Terciária/ BID	54.499.256,00	-	54.499.256,00	1,66
21 20391-Funcionamento e Melhoria das Unidades Ambulatoriais construídas pelo Projeto de Atenção à Saúde Secundária e Terciária/ BID	37.218.746,00	-	37.218.746,00	1,13
22 20647-Fortalecimento das Ações e Serviços da Atenção à Saúde da Mulher	11.800.854,66	-	11.800.854,66	0,36
23 20743 -Fortalecimento e Melhoria das Ações de Atenção à Saúde da Criança	323.876,70	-	323.876,70	0,00
24 20826-Expansão e Fortalecimento de Saúde Ocular na Atenção Secundária	664.629,00	-	664.629,00	0,03
25 20865-Manutenção de Serviços de Referência em Odontologia Especializada na Média e Alta Complexidade	6.386.735,00	-	6.386.735,00	0,19
26 20867-Garantia de Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade aos Usuários do SUS	172.142.366,70	449.200.00,70	621.342.367,40	19,02
27 20978-Contrato de Gestão HWA	131.707.526,38	-	131.707.526,38	4,03
TOTAL	1.119.436.726,48	2.148.376.247,19	3.267.812.973,67	100,00

Bloco 3. Vigilância em Saúde

Quadro 14 - Programa: 559 - Vigilância em saúde

	AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
		TESOURO	OUTRAS		
01	11318-Controle do Dengue e de outras doenças Endêmicas	5.473.941,38	9.804.527,05	15.278.468,43	11,31
02	11322-Fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental	23.200,00	3.607.892,26	3.631.192,26	2,69
03	11321-Fortalecimento das Ações de Vigilância Sanitária, Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador	100.000,00	4.175.887,44	4.275.887,44	3,16
04	20006-Funcionamento do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	657.678,38	-	657.678,38	0,48
05	11319-Manutenção e Expansão da Rede de Laboratórios de Saúde Pública	1.086.582,00	8.910.000,00	9.996.582,00	7,40
06	10992-Estruturação e Expansão da Rede de Laboratorios de Saúde Pública e Hospitais Sentinela	-	5.807.240,00	5.807.240,00	4,39
07	10993 -Estruturação do Centro de Serviço de Verificação de Óbitos	-	72.000,00	72.000,00	0,05
08	10994-Estruturação, Adequação Física e Tecnológica de Áreas Administrativas	2.888.300,00	3.191.000,00	6.079.300,00	4,50
09	20006-Manutenção e Funcionamento do Centro de Serviço de Verificação de Óbito	6.778.717,00	864.000,00	7.642.717,00	5,66
10	20365-Controle Sanitário de Produtos e Serviços Relacionados à Saúde	320.674,00	8.877.561,32	9.198.235,32	6,81
11	20367-Vigilância Epidemiologica e Informações em Saúde para o SUS	90.000,00	2.425.000,00	2.515.000,00	1,86
12	20369-Vigilância Ambiental em Saúde	-	710.000,00	710.000,00	0,52
13	20375-Prevenção de Doenças Imunopreviníveis	-	2.213.000,00	2.213.000,00	1,63
14	20385 – Prevenção, Controle e Assistência das DST/AIDS, Hanseníase e Tuberculose	496.000,00	4.481.000,00	4.977.000,00	3,68
15	20387 – Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, Zoonoses e Acidentes por Animais Peçonhetos	16.242.377,00	12.354.450,00	28.596.827,00	21,18
16	20388 - Manutenção da Rede de Laboratorios de Saúde Pública	3.860.228,00	29.464.000,00	33.324.228,00	24,68
TOTAL		38.017.697,76	96.957.558,07	134.975.255,83	100,00

Bloco 4. Assistência Farmacêutica

Quadro 15 - Programa: 005 – Sistema integral de assistência farmacêutica

	AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
		TESOURO	OUTRAS		
01	21314-Fortalecimento do Sistema Integral de Assistência Farmacêutica	12.412.020,16	43.212.624,00	55.624.644,16	9,3
02	11270-Sistema Integral de Assistência Farmacêutica nos Níveis Secundário e Terciário	19.011.046,00	68.000.000,00	87.011.046,00	15,0
03	20267-Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	37.025.915,00	129.267.183,00	166.293.098,00	28,0
04	2026-Assistência Farmacêutica na Média Complexidade	16.357.666,00	5.175.000,00	21.532.666,00	3,6
05	20269-Assistência Farmacêutica na Alta Complexidade	26.977.058,00	231.000.000,00	257.977.058,00	43,8
06	20270-Assistência Farmacêutica em Fitoterapia	152.729,00	-	152.729,00	0,03
TOTAL		111.936.434,16	476.654.807,00	588.591.241,16	100,00

Bloco 5. Gestão

Quadro 16 - Programa: 554 - Gestão do trabalho e educação em saúde

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 20131-Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde	2.593.280,00	25.000,00	2.618.280,00	1,26
02 20138-Desenvolvimento da Ciência e Tecnologia em Saúde	188.040,00	-	188.040,00	0,09
03 20140-Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde	-	3.033.904,10	3.033.904,10	1,46
04 20200-Manutenção do Programa Agente Comunitário de Saúde	166.960.972,67	-	166.960.972,67	80,43
05 20518-Desenvolvimento de Investigação Científica	-	100.000,00	100.000,00	0,04
06 20525-Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS	715.000,00	3.135.000,00	3850000	1,85
07 20527-Educação Profissional	99.000,00	6.862.750,00	6.961.750,00	3,35
08 20678-Humanização da Atenção e Gestão em Saúde	588.540,00	-	588.540,00	0,28
09 21330-Formação e Capacitação dos Trabalhadores do SUS	615.000,00	8.717.174,45	9.332.174,40	4,49
10 21331-Formação e Capacitação dos Trabalhadores da SESA para o seu Desenvolvimento	2.036.000,00	-	2.036.000,00	0,98
11 21333-Residência Médica	11.991.712,00	-	11.991.712,00	5,77
TOTAL	185.787.544,67	21.873.828,55	207.661.373,17	100,00

Quadro 17 - Programa: 553 – Gestão, controle social e desenvolvimento institucional do SUS

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 10475-Estruturação e adequação física e tecnológica de áreas administrativas	3.033.119,00	2.000,00	3.035.119,00	26,99
02 10633-Ampliação e qualificação da área de Ouvidoria em Saúde do Estado do Ceará	43.075,00	232.206,00	275.281,00	2,44
03 10641-Fortalecimento da estruturação de apoio tecnológico	433.913,00	-	433.913,00	3,85
04 20339-Fortalecimento das Células Regionais de Saúde	1.726.334,47	-	1.726.334,47	15,35
05 20355-Desenvolvimento do Sistema de Planejamento e Gestão do SUS	166.667,00	644.000,00	810.667,00	7,20
06 20622-Apoio logístico e promoção de eventos em benefício da população	533.333,00	-	533.333,00	4,74
07 21325-Fortalecimento e controle social e institucional do SUS	1.857.548,43	706.183,00	2.563.731,43	22,84
08 21327-Regulação, avaliação, auditoria e controle social do SUS	1.758.088,00	108.000,00	1.866.088,00	16,59
TOTAL	9.552.077,90	1.692.389,00	11.244.466,90	100,00

Quadro 18 - Programa: 888 – Gestão e tecnologia da informação

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 51210 – Implantação e Estruturação de Bens e Serviços de Tecnologia da Informação	1.704.156,50	1.429.691,60	3.133.848,10	100,00
TOTAL	1.704.156,50	1.429.691,60	3.133.848,10	100,00

Quadro 19 - Programa: 400 – Coordenação e manutenção geral da SESA

AÇÃO	RECURSOS - FONTE		TOTAL	%
	TESOURO	OUTRAS		
01 20738-Pagamento de Pessoal e Encargos Sociais - SESA	994.428.308,00	-	994.428.308,00	98,49
02 21471-Manutenção e Funcionamento Administrativo	14.969.543,47	-	14.969.543,47	1,48
03 22484-Concessão de Outros Benefícios Assistenciais	313.200,00	-	313.200,00	0,03
TOTAL	1.009.711.051,47	-	1.009.711.051,47	100,00

11 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para realizarmos o monitoramento e avaliação deste plano deveremos considerar a nossa capacidade de alcance do que consolidamos nos objetivos, evidenciando a nossa visão de futuro, cenários apontados nas diretrizes políticas e parâmetros apresentados nas metas, os quais serão grandes subsídios para avaliação entre a situação apresentada na análise e a situação almejada ou desejada.

Por meio do monitoramento e avaliação é que iremos colocar nosso plano à prova, verificarmos os acertos e erros, pois, neste exercício permanente, perceberemos se as ações planejadas estarão modificando a realidade problemática e nos conduzindo ou alcançando os resultados propostos.

É, neste momento, que poderemos analisar e discutir os motivos que influenciaram positiva e negativamente, os avanços e os prejuízos então detectados, para que novas ações mais adequadas sejam eleitas e contribuam com o sucesso da nossa gestão.

A Avaliação em Saúde, refere-se à avaliação tecnológica (*Power et al.*, 1994) ou de programas (*Hartz et al.*, 1997), ora enfatizando a qualidade (*Donabedian*, 1988), ora as avaliações econômicas de custo-efetividade (*Banta & Luce*, 1993), recorrendo para essa finalidade tanto a técnicas quantitativas (*Cook et al.*, 1982) quanto qualitativas (*Guba & Lincoln*, 1988).

A diversidade do instrumental metodológico atualmente disponível para a avaliação permite focalizar não apenas práticas, serviços e programas, mas abordar totalidade mais complexas, como sistemas nacionais e locais de saúde. Algumas das proposições elaboradas com essa finalidade correspondem a uma listagem de possíveis indicadores (OMS, 1990), à definição de momentos (Campoamor, 1990), ou têm focado especificamente componentes da gestão e organização dos serviços (Heimann et al., 1998).

O esforço de recuperar a totalidade e identificar as dimensões contextuais e históricas pode se acompanhar também de iniciativas relacionadas com a busca de características universais. Vista desse ângulo, a elaboração de uma tipologia para a análise do processo de descentralização das ações de saúde pode corresponder a uma objetivação necessária, sem ser objetivista, ou corresponder a uma visão reducionista do processo, dado que se constitui em parte da estratégia de avaliação, realizada em articulação com as análises anteriormente mencionadas. Justifica-se na medida em que as formulações referentes à mudança do modelo assistencial, embora presentes no discurso oficial, têm assumido significados diferentes para os diversos atores sociais (Oliveira, 1999).

Muito já foi dito sobre as múltiplas definições existentes sobre avaliação e noções correlatas (Vieira da Silva & Formigli, 1994; Contandriopoulos et al., 1997). Por esse motivo, cabe explicitar qual o sentido dado aos conceitos. Avaliação será usada aqui num sentido amplo que diz respeito a um julgamento sobre práticas ou objetos. Ela pode variar desde uma apreciação norteada pelo senso comum e assistemática até uma investigação avaliativa orientada por métodos e técnicas científicas, podendo ser pontual e localizada ou pode corresponder a um acompanhamento sistemático. Nesse último caso, a atividade será denominada monitoramento, que corresponde a uma avaliação sistemática sobre algumas características das práticas ou objetos, sobre o processo de descentralização das ações de saúde.

Matus(1996) em seu "Terceiro Argumento: Reação veloz e planejada" afirma a flexibilidade do planejamento e o tempo hábil da medida porque, muitas vezes,

apesar de tentarmos visualizar o futuro, delimitando possibilidades e alternativas de ação, podemos errar. Assim, ao nos depararmos com surpresas, deveremos reconhecê-las e reagirmos com velocidade de novo planejamento, sabendo quais as alternativas que não são mais eficazes.

Assim o monitoramento e avaliação do plano devem ser subsídios e alerta para o constante aperfeiçoamento embasadas nas pactuações geradas pelo Termo de Compromisso entre gestores e a própria realidade dinâmica da situação de saúde e do desenvolvimento das ações de intervenção propostas viabilizando a mensuração dos resultados.

A transparência e a responsabilidade técnica e política aliada à prática do controle social são elementos imprescindíveis, uma vez que o compromisso, a solidariedade e outros valores presentes para a gestão do SUS no Estado irão aumentar a possibilidade de êxito do plano.

A análise da situação de saúde a partir das informações produzidas durante o processo de monitoramento possivelmente indicará necessidades ulteriores para a avaliação. Para problemas onde os resultados não sejam aqueles esperados, ou, onde há discrepâncias entre as coberturas potencial e real ou entre a cobertura e os resultados, estão indicadas as análises de implantação, a avaliação da qualidade técnico-científica e da satisfação dos usuários. Ou seja, se quantitativamente a oferta de ações é suficiente, porém os efeitos esperados não são observados, há que se investigar se as ações previstas foram implementadas adequadamente de acordo com o plano e quais os determinantes contextuais do grau de implantação encontrado (Denis & Champagne, 1997), bem como se existe conformidade das práticas com o conhecimento disponível e quais as percepções da população em relação às ações, ou seja, tentar explicar os processos e suas razões.

O processo de monitoramento e avaliação deve pautar-se por indicadores especialmente selecionados, coerentes com os objetivos e metas, de fácil acesso e sensíveis a alterações ocorridas frente à implementação das ações ou decorrentes de novos conceitos político-epidemiológicos. Para tanto, é importante elaborar e/ ou selecionar indicadores de avaliação e monitoramento do Planejamento Estratégico, que serão constantemente alimentados e orientados ao acompanhamento do processo. Sistemáticamente, informações atualizadas serão disponibilizadas na página eletrônica da Secretaria de Estado da Saúde permitindo aos técnicos e à sociedade acompanhar a sua evolução.

12 REFERÊNCIAS

- Banta, H.D.; Luce, B.R. 1993. *Health Care Technology and its Assessment*. Oxford University Press, London, 1993. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. v.4, n.2. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo>. Acesso: mar, 2008.
- Brasil, **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/bvs/legislação/decretos.htm>. Acesso: mar, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - DOU de 20/9/90 - Lei Orgânica da Saúde** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169. Acesso: mar, 2008
- _____. Ministério da Saúde, **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169 Acesso: mar, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um Pacto pela saúde no Brasil**. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399**, publicada em 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169. Acesso: mar, 2008.
- Campoamor, N.R. 1990. *Evaluación de los sistemas locales de salud*, p. 463-467. In: **JM Paganini & RC Mir (orgs). Los Sistemas Locales de Salud**. Organización Panamericana de La Salud. Washington, D.C. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo> . Acesso: mar, 2008
- Castellhanos, P.L. *Epidemiologia, salud pública, situación de salud y condiciones de vida. consideraciones conceptuales*, p. 137-160. In: **RB Barata (org.) - Condições de Vida e Situação de Saúde**. ABRASCO, Rio de Janeiro, 1997.
- Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Planejamento Estratégico 2004-2007: uma construção de todos / **Secretaria da Saúde do Estado do Ceará** – Fortaleza: SESA, 2004.
- Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R 1997. Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos, p. 29-48. In: **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. H. ZMA. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Cook T, Cook F, Mark M 1982. Modèles experimentaux et quasi experimentaux en recherche évaluative: une introduction, p. 105-142. *Introduction aux Méthodes de Recherche Évaluative*. Le Presses de l'Université de Laval. LRRLL Québec. Disponível em: : <http://www.scielo.org/scielo>. Acesso: mar, 2008.
- Denis J, Champagne F 1997. Análise da implantação de programas, p. 49-88. In: Z Hartz (ed.) - *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Disponível em: www.scielo.org/scielo. Acesso: mar, 2008.

Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. v. I. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor, 1988.

Guba E.; Lincoln, Y. *Fourth generation evaluation*, p. 21 - 49, Cap. I. In: ***The Coming of Age of Evaluation***. Sage Publications, Newbury Park, 1988.

Hartz, Z.A; Champagne, F,; Contandrioupoulos, A,P; Leal, M,D, 1997. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil, p. 89-131. In: **ZA Hartz (ed.) - Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.

Heimann, L.S et al. **A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: uma Proposta de Investigação sobre o Impacto de Políticas**. Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 1998.

MATUS, C. Política, **Planejamento e Governo**. 2ª ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA, 1996.

_____. **O Plano como Aposta**. *Perspectiva*, 4: 28-42, 1991.

Rivera FJU (org.). **Planejamento e programação em saúde - um enfoque estratégico**. HUCITEC - ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S>. Acesso em: mar, 2008.

OMS - Organização Mundial de Saúde. *Guía para una estrategia de evaluación y garantía de calidad de los sistemas de atención de salud*, p. 455 - 462. In: **JM Paganini & RC Mir (orgs.) - Los Sistemas Locales de Salud. Organización Panamericana de la Salud**, Washington, D.C, 1990.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde 1994. **Las Condiciones de Salud en las Americas**. Publicación Científica 524. II, 68 pp.

Power, E.J.;Tunis, S.R; Wagner, J.L. *Technology assessment and public health*. *Ann Rev Public Health* 15: 561-579, 1994.

ANEXO

ANEXO 1 - Estrutura Organizacional da SESA

I – DIREÇÃO SUPERIOR

Conselho Estadual de Saúde(CESAU)
Secretário da Saúde
Secretário Adjunto da Saúde

II – GERÊNCIA SUPERIOR

1. Secretario Executivo

III – ORGÃOS DE ASSESSORAMENTO

2. Ouvidoria
3. Assessoria Jurídica
4. Assessoria de Comunicação e Informação
5. Assessoria de Planejamento e Gestão

IV – ORGÃOS DE EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA

6. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde

6.1. Núcleo de Atenção Primária
6.2. Núcleo de Atenção Especializada
6.3. Núcleo de Atenção à Urgência e Emergência
6.4. Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente
6.5. Núcleo de Atenção à Saúde Bucal
6.6. Núcleo de Atenção à Saúde Mental

7. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde

7.1. Núcleo de Vigilância Epidemiológica
7.2. Núcleo de Vigilância Sanitária
7.3. Núcleo de Vigilância Ambiental
7.4. Núcleo de Controle de Vetores
7.5. Núcleo de Informação e Análise em Saúde
7.6. Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos

8. Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

8.1. Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde
8.2. Núcleo de Auditoria e Gestão do SUS
8.3. Central de Transplante de Órgãos
8.4. Central de Regulação

9. Coordenadoria Regional de Saúde

9.1. 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - Fortaleza
9.2. 2ª Coordenadoria Regional de Saúde – Caucaia
9.3. 3ª Coordenadoria Regional de Saúde - Maracanaú
9.3.1. Centro de Convivência Antônio Justa
9.3.1.1 Seção Técnica
9.3.1.2. Seção Administrativo-Financeira
9.3.2. Centro de Convivência Antônio Diogo
9.3.2.1. Seção Técnica
9.3.2.2. Seção Administrativo-Financeira
9.4. 4ª Coordenadoria Regional de Saúde - Baturité

- 9.5. 5ª Coordenadoria Regional de Saúde - Canindé
- 9.6. 6ª Coordenadoria Regional de Saúde - Itapipoca
- 9.7. 7ª Coordenadoria Regional de Saúde - Aracati
- 9.8. 8ª Coordenadoria Regional de Saúde - Quixadá
- 9.9. 9ª Coordenadoria Regional de Saúde - Russas
- 9.10. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde - Limoeiro do Norte
- 9.11. 11ª Coordenadoria Regional de Saúde - Sobral
- 9.12. 12ª Coordenadoria Regional de Saúde - Acaraú
- 9.13. 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - Tianguá
- 9.14. 14ª Coordenadoria Regional de Saúde - Tauá
- 9.15. 15ª Coordenadoria Regional de Saúde - Crateús
- 9.16. 16ª Coordenadoria Regional de Saúde - Camocim
- 9.17. 17ª Coordenadoria Regional de Saúde - Icó
- 9.18. 18ª Coordenadoria Regional de Saúde - Iguatu
- 9.19. 19ª Coordenadoria Regional de Saúde - Brejo Santo
- 9.20. 20ª Coordenadoria Regional de Saúde - Crato
- 9.21. 21ª Coordenadoria Regional de Saúde - Juazeiro do Norte

10. Unidades de Referência

10.1. Unidades Ambulatoriais de Referência

10.1.1. Centro de Saúde Escola - Meireles (CSM)

- 10.1.1.1. Centro Administrativo-Financeiro
- 10.1.1.2. Setor de Assistência Médica
- 10.1.1.3. Setor de Ações Básicas
- 10.1.1.4. Seção de Assistência Farmacêutica
- 10.1.1.5. Seção de Análises Clínicas

10.1.2. Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM)

- 10.1.2.1. Seção Técnica
- 10.1.2.2. Seção Administrativo-Financeira

10.1.3. Centro Odontológico Tipo I - CEO Centro

- 10.1.3.1. Seção Técnica
- 10.1.3.2. Seção Administrativo-Financeira

10.1.4. Centro Odontológico Tipo II – CEO Joaquim Távora

- 10.1.4.1. Setor de Assistência em Saúde Bucal

10.1.5. Centro Odontológico Tipo II – CEO Rodolfo Teófilo

- 10.1.5.1. Setor de Assistência em Saúde Bucal

10.1.6. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE)

- 10.1.6.1. Unidade de Hemoterapia
- 10.1.6.2. Unidade de Hematologia
- 10.1.6.3. Unidade de Ensino e Pesquisa
- 10.1.6.4. Unidade Administrativo-Financeira
 - 10.1.6.4.1. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
 - 10.1.6.4.2. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais

10.1.7. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia do Crato

- 10.1.7.1 Centro Técnico

10.1.7.2. Seção Administrativo-Financeira

10.1.8. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Sobral

10.1.8.1. Centro Técnico

10.1.8.2. Seção Administrativo-Financeira

10.1.9. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Iguatu

10.1.9.1 Centro Técnico

10.1.9.2 Seção Administrativo-Financeira

10.1.10. Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)

10.1.10.1. Divisão de Coordenação dos Laboratórios Regionais de Saúde Pública

10.1.10.1.1. Laboratório Regional de Saúde Pública de Senador Pompeu

10.1.10.1.2. Laboratório Regional de Saúde Pública de Tauá

10.1.10.1.3. Laboratório Regional de Saúde Pública de Icó

10.1.10.1.4. Laboratório Regional de Saúde Pública do Crato

10.1.10.1.5. Laboratório Regional de Saúde Pública de Juazeiro do Norte

10.1.10.2. Divisão de Biologia Médica

10.1.10.2.1. Centro de Análise Clínica

10.1.10.3. Divisão de Bromatologia

10.1.10.3.1. Centro de Microbiologia e Química

10.1.10.4. Divisão Técnica

10.1.10.4.1. Centro de Preparação de Reagentes - Meios de Cultura

10.1.10.5. Centro Administrativo-Financeiro

10.1.11. Instituto de Prevenção do Câncer (IPC)

10.1.11.1. Unidade Médico - Assistencial

10.1.11.1.1. Seção de Pacientes Externos

10.1.11.1.2. Seção de Anatomia Patológica

10.1.11.1.3. Seção de Citopatologia

10.1.11.1.4. Seção de Arquivo Médico e Estatística

10.1.11.2. Centro Administrativo-Financeiro

10.1.11.2.1. Seção de Finanças

10.1.11.2.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas

10.1.11.2.3. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais

10.1.12. Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH)

10.1.12.1. Unidade Médico - Assistencial

10.1.12.1.1. Seção de Enfermagem

10.1.12.1.2. Seção de Arquivo Médico e Estatística

10.1.12.2. Centro Administrativo - Financeiro

10.1.12.2.1. Seção de Desenvolvimento de Pessoas

10.1.12.2.2. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais

10.1.13. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

10.1.13.1. Unidade Técnica

10.1.13.2. Centro Administrativo-Financeiro

10.1.13.3. Secretaria Executiva do Conselho Gestor

10.1.14. Centro de Serviço de Verificação de Óbitos Dr. Rocha Furtado (SVO)

10.1.14.1. Seção Técnica

10.1.14.2. Seção Administrativo-Financeira

10.1.15. Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher (CERAM)

10.1.15.1. Unidade Técnica

10.1.15.2. Seção Administrativo-Financeira

10.2. Hospitais de Referência

10.2.1. Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

10.2.1.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento

10.2.1.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar

10.2.1.3. Divisão de Qualidade

10.2.1.3.1. Setor de Formação de Pessoas

10.2.1.4. Divisão Médico - Assistencial

10.2.1.4.1. Setor de Cirurgia Geral

10.2.1.4.2. Setor de Neurocirurgia

10.2.1.4.3. Setor de Cirurgia Plástica e Reparadora

10.2.1.4.4. Setor de Cirurgia Pediátrica

10.2.1.4.5. Setor de Otorrinolaringologia

10.2.1.4.6. Setor de Oftalmologia

10.2.1.4.7. Setor de Urologia

10.2.1.4.8. Setor de Ginecologia

10.2.1.4.9. Setor de Obstetrícia

10.2.1.4.10. Setor de Nefrologia

10.2.1.4.11. Setor de Ortopedia

10.2.1.4.12. Setor de Endoscopia

10.2.1.4.13. Setor de Pediatria

10.2.1.4.14. Setor de Neonatologia

10.2.1.4.15. Setor de Anestesiologia e Gasoterapia

10.2.1.4.16. Setor Ambulatorial

10.2.1.4.17. Setor de Clínica Médica

10.2.1.4.17.1. Seção de Transplante Renal

10.2.1.4.17.2. Seção de Neurologia

10.2.1.4.18. Unidade de Emergência

10.2.1.4.18.1. Setor de Terapia Intensiva da Emergência

10.2.1.5. Divisão Técnica

10.2.1.5.1. Setor de Enfermagem

10.2.1.5.2. Setor de Nutrição

10.2.1.5.3. Setor de Farmácia

10.2.1.5.4. Setor de Serviço Social

10.2.1.5.5. Setor de Odontologia

10.2.1.5.6. Setor de Fisioterapia

10.2.1.5.7. Setor de Arquivo Médico e Estatística

10.2.1.5.8. Setor de Anatomia Patológica

10.2.1.5.9. Setor de Patologia Clínica

10.2.1.5.10. Setor de Imagenologia

10.2.1.5.11. Setor de Fonoaudiologia

10.2.1.6. Divisão Administrativo-Financeira

10.2.1.6.1. Unidade de Desenvolvimento de Pessoas

10.2.1.6.2. Unidade de Material e Patrimônio

10.2.1.6.2.1. Seção de Almoxarifado

10.2.1.6.3. Setor de Manutenção e Reparo

10.2.1.6.4. Unidade de Serviços Gerais e Comunicação Administrativa

10.2.1.6.4.1 Seção de Transporte

10.2.2. Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSM)

- 10.2.2.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
- 10.2.2.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
- 10.2.2.3. Unidade de Preceptoria de Residência Médica
- 10.2.2.4. Unidade de Internação
- 10.2.2.4.1. Seção de Internação de Pacientes Alcoólicos e de Outras Dependências
- 10.2.2.5. Unidade de Pacientes Externos
- 10.2.2.6. Divisão Técnica
- 10.2.2.6.1. Centro de Enfermagem
- 10.2.2.6.2. Centro de Farmácia
- 10.2.2.6.3. Centro de Nutrição
- 10.2.2.6.4. Centro de Atendimento Médico - Hospitalar
- 10.2.2.7. Divisão Administrativo-Financeira
- 10.2.2.7.1. Seção de Finanças
- 10.2.2.7.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
- 10.2.2.7.3. Seção de Material e Patrimônio
- 10.2.2.7.4. Seção de Almoxarifado
- 10.2.2.7.5. Seção de Atividades Gerais e Comunicação Administrativa
- 10.2.2.7.6. Seção de Lavanderia e Rouparia
- 10.2.2.7.7. Seção de Manutenção e Reparo

10.2.3. Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ)

- 10.2.3.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
- 10.2.3.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
- 10.2.3.3. Unidade de Preceptoria de Residência Médica
- 10.2.3.4. Unidade Médica
- 10.2.3.5. Divisão Técnica
- 10.2.3.5.1. Centro de Patologia Clínica
- 10.2.3.5.2. Centro de Imagenologia
- 10.2.3.5.3. Centro de Farmácia
- 10.2.3.5.4. Centro de Nutrição e Dietética
- 10.2.3.5.5. Centro de Arquivo Médico e Estatística
- 10.2.3.5.6. Centro de Enfermagem
- 10.2.3.5.7. Centro de Assistência Social
- 10.2.3.5.8. Centro de Vigilância Epidemiológica
- 10.2.3.6. Divisão Administrativo - Financeira
- 10.2.3.6.1. Seção de Finanças
- 10.2.3.6.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
- 10.2.3.6.3. Seção de Material e Patrimônio
- 10.2.3.6.4. Seção de Atividades Gerais e Comunicação Administrativa

10.2.4. Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HCASG)

- 10.2.4.1. Unidade de Preceptoria de Residência Médica
- 10.2.4.2. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
- 10.2.4.3. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
- 10.2.4.4. Divisão Médico - Assistencial
- 10.2.4.4.1. Unidade de Métodos Auxiliares Terapêuticos
- 10.2.4.4.1.1. Setor de Fisioterapia e Reabilitação
- 10.2.4.4.1.2. Setor de Patologia Clínica
- 10.2.4.4.1.3. Setor de Radiologia e Ultrasonografia
- 10.2.4.4.1.4. Setor de Terapia Ocupacional
- 10.2.4.4.1.5. Setor de Anestesiologia

- 10.2.4.4.2. Unidade de Emergência
- 10.2.4.4.3. Unidade de Pacientes Externos
- 10.2.4.4.4. Unidade de Cirurgia Cardiovascular
 - 10.2.4.4.4.1. Setor de Cirurgia Torácica
- 10.2.4.4.5. Unidade de Cardiologia
 - 10.2.4.4.5.1. Setor Coronariano
 - 10.2.4.4.5.2. Setor de Terapia Intensiva
 - 10.2.4.4.5.3. Setor de Hemodinâmica
 - 10.2.4.4.5.4. Setor de Métodos Eletrográficos
- 10.2.4.4.6. Unidade de Pneumologia
 - 10.2.4.4.6.1. Setor de Métodos Complementares
 - 10.2.4.4.6.2. Setor de Recuperação Intensiva
- 10.2.4.5. Divisão Técnica
 - 10.2.4.5.1. Unidade de Serviço Social
 - 10.2.4.5.2. Unidade de Enfermagem
 - 10.2.4.5.2.1. Centro de Cardiologia
 - 10.2.4.5.2.2. Centro Coronariano
 - 10.2.4.5.2.3. Centro de Terapia Intensiva
 - 10.2.4.5.2.4. Centro de Pacientes Externos
 - 10.2.4.5.2.5. Centro de Esterilização
 - 10.2.4.5.2.6. Centro de Cirurgia e Material
 - 10.2.4.5.2.7. Centro de Pneumologia
 - 10.2.4.5.2.8. Centro de Emergência
 - 10.2.4.5.3. Unidade de Farmácia
 - 10.2.4.5.4. Unidade de Nutrição
 - 10.2.4.5.5. Unidade de Documentação Científica
- 10.2.4.6. Divisão Administrativo - Financeira
 - 10.2.4.6.1. Unidade de Finanças
 - 10.2.4.6.2. Unidade de Desenvolvimento de Pessoas
 - 10.2.4.6.3. Unidade de Material e Patrimônio
 - 10.2.4.6.3.1. Seção de Almoxarifado
 - 10.2.4.6.4. Setor de Manutenção e Reparo
 - 10.2.4.6.5. Unidade de Serviços Gerais e Comunicação Administrativa
 - 10.2.4.6.5.1. Seção de Lavandaria e Rouparia

10.2.5. Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (HGCCO)

- 10.2.5.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
- 10.2.5.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
- 10.2.5.3. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Clínica Médica
- 10.2.5.4. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Tocoginecologia
- 10.2.5.5. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Cirurgia
- 10.2.5.6. Divisão Médica
 - 10.2.5.6.1. Centro de Tocoginecologia
 - 10.2.5.6.2. Centro de Cirurgia
 - 10.2.5.6.3. Centro de Clínica Médica
 - 10.2.5.6.4. Centro de Neonatologia
 - 10.2.5.6.5. Centro de Terapia Intensiva
 - 10.2.5.6.6. Centro de Ambulatório
 - 10.2.5.6.7. Centro de Anestesiologia
 - 10.2.5.6.8. Centro de Imagenologia
- 10.2.5.7. Divisão Técnica
 - 10.2.5.7.1. Centro de Nutrição e Dietética

- 10.2.5.7.2. Centro de Farmácia
- 10.2.5.7.3. Centro de Arquivo Médico e Estatística
- 10.2.5.7.4. Centro de Assistência Social - Médica
- 10.2.5.7.5. Centro de Enfermagem
- 10.2.5.7.6. Centro de Fisioterapia
- 10.2.5.7.7. Centro de Patologia Clínica
- 10.2.5.8. Divisão Administrativo - Financeira
- 10.2.5.8.1. Seção de Finanças
- 10.2.5.8.2. Unidade de Desenvolvimento de Pessoas
- 10.2.5.8.3. Seção de Material e Patrimônio
- 10.2.5.8.4. Seção de Almoxarifado
- 10.2.5.8.5. Seção de Serviços Gerais e Comunicação Administrativa
- 10.2.5.8.6. Seção de Lavanderia e Rouparia
- 10.2.5.8.7. Seção de Manutenção e Reparo

10.2.6. Hospital Infantil Dr. Albert Sabin (HIAS)

- 10.2.6.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
- 10.2.6.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
- 10.2.6.3. Unidade de Preceptorial de Residência Médica
- 10.2.6.4. Divisão Médica
- 10.2.6.4.1. Centro de Emergência
- 10.2.6.4.2. Centro de Pacientes de Ambulatório
- 10.2.6.4.3. Centro de Pacientes Internos
- 10.2.6.4.3.1. Seção de Coordenação do Internato
- 10.2.6.4.3.2. Seção de Internação A
- 10.2.6.4.3.3. Seção de Internação B
- 10.2.6.4.3.4. Seção de Internação C
- 10.2.6.4.3.5. Seção de Internação D
- 10.2.6.4.3.6. Seção de Internação E
- 10.2.6.4.4. Centro de Cirurgia
- 10.2.6.4.5. Centro de Anestesiologia
- 10.2.6.4.6. Centro de Diagnóstico por Imagem
- 10.2.6.4.7. Centro de Hemoterapia e Quimioterapia
- 10.2.6.4.8. Centro de Terapia Intensiva Neonatal
- 10.2.6.4.9. Centro de Terapia Intensiva Pediátrica
- 10.2.6.5. Divisão Técnica
- 10.2.6.5.1. Setor de Enfermagem
- 10.2.6.5.2. Centro de Assistência Social
- 10.2.6.5.3. Centro de Fisioterapia
- 10.2.6.5.4. Centro de Odontologia
- 10.2.6.5.5. Centro de Terapia Ocupacional
- 10.2.6.5.6. Centro de Fonoaudiologia
- 10.2.6.5.7. Centro de Nutrição e Dietética
- 10.2.6.5.8. Centro de Laboratório e Análises Clínicas
- 10.2.6.5.9. Centro de Farmácia
- 10.2.6.5.10. Seção de Arquivo Médico e Estatística
- 10.2.6.6. Divisão Administrativo - Financeira
- 10.2.6.6.1. Seção de Finanças
- 10.2.6.6.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
- 10.2.6.6.3. Seção de Material e Patrimônio
- 10.2.6.6.4. Seção de Almoxarifado
- 10.2.6.6.5. Seção de Atividades Gerais e Comunicação Administrativa

- 10.2.6.6.6. Seção de Limpeza e Rouparia
- 10.2.6.6.7. Seção de Manutenção e Reparo

11. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

- 11.1. Núcleo de Medicamentos de Caráter Excepcional
- 11.2. Núcleo de Fitoterápicos
- 11.3. Núcleo de Medicamentos Essenciais e Estratégicos

12. Coordenadoria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde

- 12.1. Núcleo de Ciência e Tecnologia
- 12.2. Núcleo de Desenvolvimento Humano
- 12.3. Núcleo do Direitos e Vantagens
- 12.4. Núcleo de Cadastro, Pagamento e Benefícios
- 12.5. Núcleo de Valorização, Negociação e Educação no Trabalho

V – ÓRGÃO DE EXECUÇÃO INSTRUMENTAL

13. Coordenadoria Administrativo-Financeira

- 13.1. Núcleo de Planejamento de Compras
- 13.2. Núcleo de Economia da Saúde
- 13.3. Núcleo de Execução e Controle Orçamentário
- 13.4. Núcleo de Contabilidade e Execução Financeira
- 13.5. Núcleo de Obras e Manutenção
- 13.6. Núcleo de Tecnologia da Informação

VI – Entidade Vinculada

Escola de Saúde Pública