BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Guimarães Ximenes Neto, Francisco Rosemiro; Rodrigues Martins, Francisco; Tomaz Aguiar, Daniela; Gomes Liberato, Benedita Tatiane. Plano municipal da Saúde de Cariré. 2010 a 2013. Caminhos para um Município Saudável. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(2). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0824.php

PLANO MUNICIPAL DA SAÚDE DE CARIRÉ

2010 – 2013

Caminhos para um Município Saudável

Antonio Rufino Martins
Prefeito Municipal

Elmo Roberto Belchior Aguiar
Vice-Prefeito Municipal

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Secretário da Saúde

Virgina Souza Aguiar
Secretária do Trabalho e Desenvolvimento Social

Águida Rodrigues Martins
Secretária da Administração, Planejamento e Finanças

Regina Lúcia Farias Oliveira
Secretária da Cultura, Esporte, Turismo e Juventude

Edite Maria Lopes Lourenço
Secretária da Educação

Adauto Eleotero Araújo
Secretária do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente

Ubirajara Mesquita Furtado
Secretária da Agricultura, Agronegócios, Pecuária e Pesca

Luciana Cristina Rodrigues Miranda
Secretária do Gabinete

Organização/Elaboração:
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Francisco Rodrigues Martins
Daniela Tomaz Aguiar
Benedita Tatiane Gomes Liberato

Atualizado em dezembro de 2012.

APRESENTAÇÃO

O município de Cariré disponibiliza para toda comunidade o Plano Municipal da Saúde - 2009 – 2013, fruto de uma construção coletiva, democrática e participativa, que perpassou por vários momentos de consulta, com os cidadãos, trabalhadores da saúde, prestadores e diversos outros segmentos da sociedade civil e da atual gestão pública municipal e sanitária; momento este que congregou quase dois mil sujeitos, durante os meses de fevereiro a junho de 2009.

O Plano Municipal compreende toda uma análise situacional, objetivos estratégicos, diretrizes e metas a serem alcançadas pela gestão e é uma ferramenta que retrata bem esse momento de reforma política e sanitária vivenciada em Cariré.

O processo de reforma sanitária ora vivenciada busca assumir a Estratégia Municipal Saudável, como modelo de atenção à saúde.

Antonio Rufino Martins
Prefeito Municipal

Elmo Roberto Belchior Aguiar
Vice-Prefeito Municipal

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Secretário da Saúde

INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Sanitária Brasileiro, que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS na Constituição Federal de 1988, teve suas raízes e alicerces junto à produção da Saúde Coletiva como campo científico.

A Saúde Coletiva em sua base constitucional possui como pilares as ciências sociais, a epidemiologia e o planejamento. Vale ressaltar que, o ato planejar no setor Saúde não se insere com o advento da Saúde Coletiva, mas sua utilização com a epidemiologia como ferramentas gerencial tem sido mais utilizada sob seus auspícios e influências.

É sabido que, a construção de políticas, programas, serviços e ações de saúde com base nas necessidades e determinantes sociais da saúde, a partir de planos cada vez mais factíveis tem contribuído no alcance de objetivos, metas e sucesso dos sistemas de serviços da saúde. Tal situação se torna mais factível, quando o planejamento se dá de maneira participativa associado a um olhar analítico aos determinantes do processo saúde e doença da comunidade. Enfim, o planejamento é uma atitude de gestão que deve guiar de maneira flexível as diretrizes de uma instituição e as ações de suas equipes/times.

Corroborando com Paim (2007, p. 768), o planejamento "[...] permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob sua orientação". Ao se socializar o planejamento nos diferentes níveis da gestão, os trabalhadores aos poucos se apropriam do mesmo como ferramenta de trabalho, permitindo o alcance dos objetivos da instituição e, principalmente, de sua missão. O planejamento para o autor atua na mobilização de vontades.

Para autoras como Ciampone, Melleiro e Takahashi (2005, p. 38), o planejamento é a "[...] arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança [...]".

No caso da saúde, o propósito do processo de planejamento segundo Mário Testa (TESTA, 2005) é o de mudança social. A transformação social se dá no pensar na construção de uma nova sociedade, que se possa intervir na sua

construção histórica, em que se pensa o planejamento como prática histórica e não como uma prática gerencial isolada.

O Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a, p. 31) aponta que o "processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária, [...] com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação".

O plano de saúde é o "instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas". Ou seja, o plano "deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde" (BRASIL, 2009a, p. 18). Enfim, o plano deve ser "mais do que exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS" (BRASIL, 2009b, p. 54), principalmente nesta atual gestão pública de Cariré.

É importante ressaltar que, o Plano Municipal da Saúde está fundamentado na Legislação Sanitária Constitucional e infraconstitucional, tais como as Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990 e nos Pactos pela Vida e de Gestão.

A construção do Plano Municipal se deu nos seguintes momentos:

- Em assembleias comunitárias para definição do orçamento participativo – as assembleias foram realizadas nos nove territórios da Estratégia Saúde da Família-ESF, em espaços públicos como igrejas, escolas, salões paroquiais ou culturais, com a participação das comunidades locais, trabalhadores da saúde, lideranças comunitárias e políticos. O processo se deu da seguinte maneira: o Secretário da Saúde fazia uma rápida apresentação dos princípios do Sistema Único da Saúde-SUS e dos objetivos da assembleia. Por conseguinte, era fechado um pacto, em que a comunidade iria apresentar suas necessidades na forma de propostas, sendo que ao final todas passariam por votação, e as três mais preteridas seriam aquelas que o Prefeito, o Vice-Prefeito e o Secretário da Saúde iriam eleger como prioridades e assumir o compromisso público de buscar sua resolução/efetivação. Dando continuidade, a comunidade elegia três sujeitos para acompanhar o desenvolvimento de suas prioridades. Ao final,

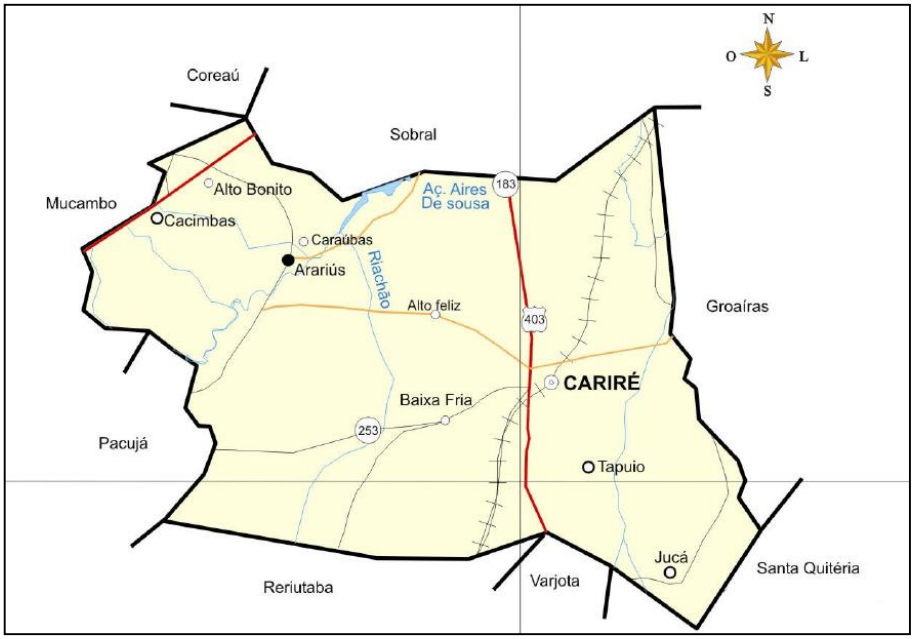
era descrita uma ata, assinada por todos. O processo de elaboração do orçamento participativo na saúde contou com mais de mil cidadãos de diversas comunidades. A realização das assembleias, com o orçamento participativo, permitiu que a gestão municipal ouvisse as necessidades da comunidade, sejam elas próprias do setor saúde ou não, e compreendesse os problemas para uma resolução mais ágil, compromissada e responsável. Ao final de tal processo, percebe-se que a participação da comunidade na definição de propostas e prioridades contribuiu substancialmente para o planejamento sanitário, o avançar do processo de consolidação do SUS e, com a inclusão da gestão participativa na agenda política municipal e sanitária.

- Consulta aos trabalhadores da saúde, que se deu por meio de um questionário entregue durante as rodas dos territórios da Estratégia Saúde da Família. O instrumento buscou identificar junto aos trabalhadores problemas e necessidades de saúde.
- Oficina de Gestão Estratégica em Saúde – trabalhou com base nos objetivos intermediários – equidade, escolha, eficiência e efetividade – e finais – produção de saúde, proteção do risco financeiro e a satisfação dos usuários – dos sistemas de saúde. No que concerne a Gestão Estratégica foram utilizadas as seguintes ferramentas de gestão: Análise Estratégica para Organizações de Saúde de Rifat Atun (2003); Análise das Cinco Forças de Michael Porter (1980); por fim a Análise Ambiental – contexto externo – oportunidades e ameaças – contexto interno – pontos fortes e fracos e o desenvolvimento da estratégia com a definição da visão, missão, valores, objetivos estratégicos.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

O município de Cariré está localizado a Noroeste do estado do Ceará, na Microrregião de Sobral, com uma área de 756.893 Km², altitude da Sede - 158 m, latitude - 3º 57' 02'', longitude distando 287,1 KM de Fortaleza, possuindo limites com sete municípios - Sobral, Reriutaba, Varjota, Santa Quitéria, Groaíras, Mucambo e Pacujá. Predominam no território de Cariré os climas tropical quente semiárido e o tropical quente semiárido brando, com chuvas de janeiro a abril e uma precipitação pluviométrica, média histórica, de 905,1 mm. A vegetação predominante é a Caatinga Arbustiva Aberta, Floresta Caducifólia Espinhosa e Floresta Mista Dicotillo-Palmácea (Jornal o POVO, 2008).

Figura 1 Mapa do município de Cariré.



Fonte: Ceará. IPECE, 2002.

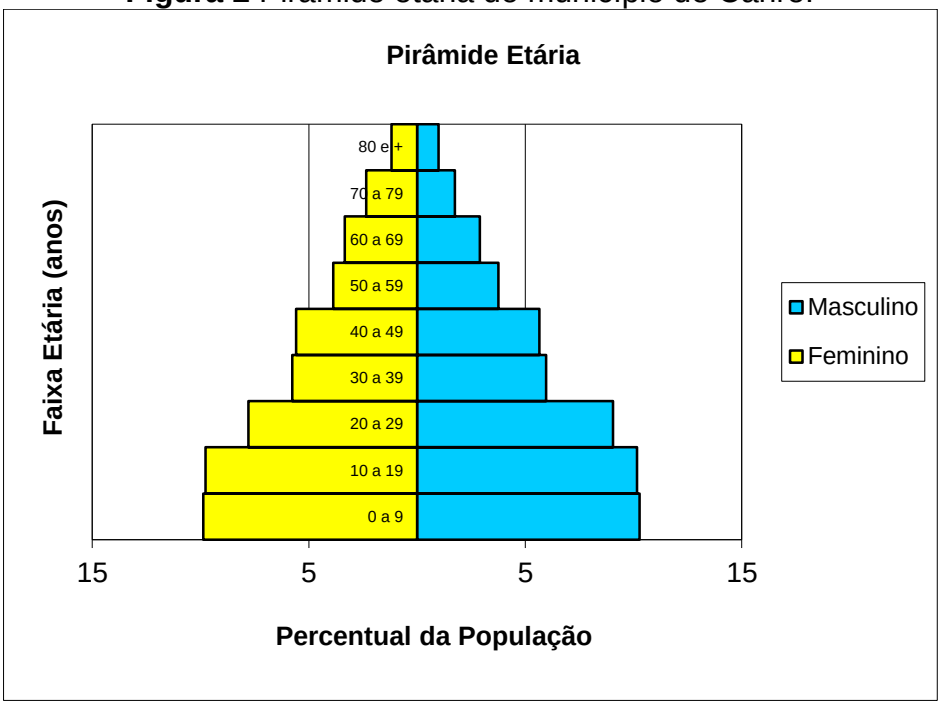
O processo de elaboração do Plano Municipal da Saúde tem em seu alicerce a análise de situação. A composição dos dados utilizados na análise a seguir foram extraídos principalmente, dos Sistemas de Informação em Saúde-SIS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.

1.1 Análise dos Dados Demográficos e Sócio-econômicos

1.1.1 Demografia

O município de Cariré nos últimos trinta anos apresenta um crescimento populacional quase estável. Segundo análise do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, o município possui uma taxa média geométrica de crescimento anual 0,54%: 1980 – 18.311; 1991 – 17.747; 1996 – 18.223; 2000 – 18.617; e 2007 – 19.354, e uma densidade demográfica de 26,7 habitantes. A baixa taxa de crescimento deve-se ao fato do município não possuir atrativo de empregos e os jovens logo ao atingir a maioridade evade-se para os estados do Sudeste do País. As principais rendas do município derivam da agricultura de subsistência, pecuária extensiva, emprego público, aposentadoria e programas assistências do Governo Federal a exemplo do Programa Fome Zero. Quanto a densidade populacional, Cariré tem um extenso território – 711,2 km² – é pouco populoso e povoado, com predominância da população na zona rural, mas já com discreta inversão na taxa de urbanização de 21,54% em 1991 para 29,32% em 2000: população rural – 1991 - 13.925, 2000 - 13.158, população urbana – 1991 – 3.822, 2000 - 5.459. Em 2000, a população do município representava 0,25% da população do Estado, e 0,01% da população do País (BRASIL, 2009).

Figura 2 Pirâmide etária do município de Cariré.



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2008.

Cariré apresenta uma diferença em relação a proporção dos sexos se comparado a população brasileira, ou seja, há uma discreta predominância do sexo masculino, 0,13%.

Tabela 1 População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2007.

Sexo / Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	229	202	431
1 a 4	930	931	1.861
5 a 9	1.207	1.172	2.379
10 a 14	1.223	1.055	2.278
15 a 19	1.077	957	2.034
20 a 29	1.305	1.323	2.628
30 a 39	1.148	1.200	2.348
40 a 49	806	826	1.632
50 a 59	682	768	1.450
60 a 69	510	630	1.140
70 a 79	397	414	811
80 e +	176	186	362
Total	**9.690**	**9.664**	**19.354**

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2008.

1.1.2 Dados Sócioeconômicos

No período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDH-M de Cariré cresceu 25,91%, passando de 0,494 em 1991 para 0,622 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 56,1%, seguida pela Longevidade, com 33,4% e pela Renda, com 10,4% (BRASIL, 2009).

A renda per capita média do município cresceu 26,46%, passando de R$ 53,25 em 1991 para R$ 67,34 em 2000. A pobreza, medida pela proporção de habitantes com renda domiciliar per capita inferior a R$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000, diminuiu 12,31%, passando de 87,7% em 1991 para 76,9% em 2000. A desigualdade cresceu: o Índice de Gini passou de 0,53 em 1991 para 0,60 em 2000 (BRASIL, 2009). A seguir, apresenta-se a Tabela 2 da evolução do IDH.

Tabela 2 Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal, 1991 e 2000.

Variáveis	1991	2000
IDHM	0,494	0,622
IDHM-Renda	0,436	0,476
IDHM-Longevidade	0,572	0,7
IDHM-Educação	0,475	0,69

Fonte: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2009.

A melhoria no setor Educacional nas últimas décadas deveu-se principalmente, a implantação do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamentla-FUNDEF na segunda metade dos anos 1990, que levou a redução acentuada da taxa de analfabetismo de crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de 59,9% em 1991 para 24,6% em 2000. Situação importante é o crescimento da frequência escolar nesta mesma faixa etária, passando de 60,8% em 1991 para 97,5% em 2000 (BRASIL, 2009), conforme apresentado na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 Nível Educacional da população Jovem, 1991 e 2000.

Faixa etária (anos)	Taxa de analfabetismo		% com menos de 4 anos de estudo		% com menos de 8 anos de estudo		% frequentando a escola	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
7 a 14	59,9	24,6	-	-	-	-	60,8	97,5
10 a 14	44,3	12,4	90,3	73,9	-	-	66,3	98,1
15 a 17	31,3	4,3	65,2	43,1	97,1	87,9	52,4	82,0
18 a 24	38,0	14,3	64,2	35,9	92,2	74,4	-	-

Fonte: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2009.

Quanto ao nível educacional da população adulta de 25 anos ou mais, em 1991 a taxa de analfabetismo era de 58,7% e em 2000, 46,5%. O percentual de adultos com menos de quatro anos de estudo era 83,9% - 1991 e 72,2% - 2000. Já em relação ao percentual com menos de oito anos de estudo era o seguinte: 1991 – 95% e 2000 – 90,5%.

Quanto à renda, há um declínio dos 20% mais pobres do município, concomitantemente que há aumento no extrato populacional dos 20% mais riscos.

Tabela 4 Porcentagem da renda apropriada por extratos da população, 1991 e 2000.

Variáveis	1991	2000
20% mais pobres	4,3	1,3
40% mais pobres	12,0	7,1
60% mais pobres	23,9	18,4
80% mais pobres	42,0	38,3
20% mais ricos	58,0	61,7

Fonte: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2009.

Quanto ao extrato de renda, percebe-se a redução no percentual de mais pobres e o aumento do percentual de mais ricos.

Tabela 5 Indicadores de Pobreza, 1991 e 2000.

Variáveis	1991	2000
% de indigentes	58,23	50,92
% de pobres	87,65	76,86
% de crianças indigentes	74,04	68,38
% de crianças pobres	94,53	89,88
Intensidade da pobreza	58,42	60,14
Intensidade da indigência	44,79	56,45

Fonte: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2009.

Quanto ao acesso a bens e serviços básicos e de consumo há um incremento de 1991 a 2000, principalmente no que concerne a água encanada e a geladeira (Ver Tabela 6).

Tabela 6 Acesso a Serviços Básicos e Bens de Consumo, 1991 e 2000.

Variáveis	1991	2000
Água Encanada*	9,0	34,0
Energia Elétrica*	45,0	76,0
Coleta de Lixo*	47,9	52,0
Geladeira	12,0	41,9
Televisão	23,0	64,4
Telefone	1,1	8,3
Computador	ND	1,0
Nd = não disponível * Somente domicílios urbanos		

Fonte: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2009.

Tabela 7 Indicadores de Vulnerabilidade Familiar, 1991 e 2000.

Variáveis	1991	2000
% de mulheres de 10 a 14 anos com filhos	ND	0,0
% de mulheres de 15 a 17 anos com filhos	31,3	7,9
% de crianças em famílias com renda inferior a ½ salário mínimo	94,5	89,9
% de mães chefes de família, sem cônjuge, com filhos menores	7,5	5,7
ND = não disponível		

Fonte: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2009.

Os indicadores de vulnerabilidade familiar da gravidez na adolescência, assim como, uma melhoria na renda familiar.

Tabela 8 Indicadores do Nível e Composição da Renda, 1991 e 2000.

Variáveis	1991	2000
Renda per capita	53,25	67,34
% da renda proveniente de transferências governamentais	15,35	27,42
% da renda proveniente de rendimentos do trabalho	77,87	48,06
% de habitantes com mais de 50% da renda provenientes de transferências governamentais	13,08	27,84

Fonte: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2009.

A Tabela 8 mostra a evolução da melhoria da renda per capita de 1991 a 2000, sendo este fruto, principalmente, do trabalho as famílias e de transferências governamentais.

1.2 Análise das Linhas de Atenção à Saúde

1.2.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde-APS no município de Cariré, em dois de janeiro de 2009, possuía cinco equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF cadastradas e duas equipes de Saúde Bucal junto ao Ministério da Saúde. Quanto ao coletivo de trabalhadores da saúde possuía o seguinte: 41 Agentes Comunitários da Saúde-ACS; quatro enfermeiros; um médico; duas auxiliares de enfermagem; dois cirurgiões dentistas, realizando atendimento do tipo ambulatorial sem agendamento e a certeza do dia do atendimento, não possuía trabalhadores da saúde para todas

as funções, e em alguns casos com exercício legal de determinadas profissões. A rede básica de saúde era composta por oito postos de saúde, sendo que alguns se encontravam fechados, outros em péssimo estado de conservação. Os postos de saúde que estavam funcionando, eram em horário corrido.

A partir de janeiro de 2009, a nova Gestão Municipal define e admite a Saúde da Família estratégia de organização da APS.

A seguir os indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2008.

Tabela 9 Planilha de Indicadores de Monitoramento e Avaliação, 2008.

PACTO PELA VIDA		
PRIORIDADE I- ATENÇÃO SAÚDE DO IDOSO		
OBJETIVOS		
I. IDENTIFICAR PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADE OU EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO DE FRATURA DE FÊMUR.		
II. CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRESTADA AO RESIDENTE NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI.		
INDICADORES		
PRINCIPAL	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DO FÊMUR	4,2	12,77
PRIORIDADE II- CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA		
OBJETIVOS		
I. AMPLIAR OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO DE FORMA QUE A COBERTURA DO EXAME PREVENTIVO ALCANCE A 80% DA POPULAÇÃO ALVO.		
II. TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.		
III. DIMINUIR O NUMERO DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DO EXAME CITOPATOLOGICO.		
IV.IMPLANTAR O SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA – SIS-MAMA, COM IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO, INTEGRANDO-O AO SIS-COLO		
INDICADORES		
PRINCIPAL	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETARIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO- ALVO EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO	0,10	0,30
PERCENTUAL DE TRATAMENTO/SEGUIMENTOS NO NIVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CANCER DE COLO DO UTERO (LESOES DE ALTO GRAU – NIC II E NIC III)	0	100,00
COMPLEMENTAR	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
PROPORÇÃO DE SERVIÇOS (SUS E CREDENCIADO) DE MAMOGRAFIA CAPACITADOS NO SISTEMA	-	Não Pactuado
PRIORIDADE III- REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFATIL E MATERNA		
OBJETIVOS		
I. ESTIMULAR A INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO DE MENORES DE UM ANO, VISANDO SUBSIDIAR INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE NESTA FAIXA ETÁRIA.		
II. INVESTIGAR ÓBITOS MATERNOS		
III.REDUZIR A MORTALIDADE POS-NEOTAL		
IV. REDUZIR A MORTALIDADE NEONATAL		

V. REDUZIR O NUMERO DE MORTE INFANTIL INDÍGENA, TENDO COMO LINHA DE BASE O ANO DE 2005.		
VI. APRIMORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL		
VII. REDUZIR A TAXA DE CESÁREAS		
INDICADORES		
PRINCIPAL	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE OBITOS INFATIS	100,00	100,00
PROPORCAO DE OBITOS DE MULHERES EM IDADE FERTIL INVESTIGADOS	66,70	100,00
NUMERO ABSOLUTO DE OBITOS DE RESIDENTES ENTRE 28 E 364 DIAS DE IDADE	01	01
NUMERO ABSOLUTO DE OBITOS DE MENORES DE 28 DIAS DE IDADE	03	02
COMPLEMENTAR	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
NUMERO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA	0	0
TAXA DE CESAREIAS OBS META IGUAL OU MENOR QUE O VALOR PACTUADO	12,60	11,57

PRIORIDADE IV – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS NA DENGUE, HANSENÍASE E, TUBERCULOSE, MALÁRIA, INFLUENZA, HEPATITE E AIDS.		
OBJETIVOS		
I. REDUZIR A LETALIDADE POR FEBRE HEMORRÁGICA DE DENGUE		
II. AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACULÍFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO		
III. REDUZIR A INCIDÊNCIA DE MALARIA NA REGIÃO DA AMAZÔNIA LEGAL		
IV. AMPLIAR A CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS, NOS PERÍODOS DE TRATAMENTO PRECONIZADOS		
V. AUMENTAR A PROPORÇÃO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VÍRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO		
VI. AMPLIAR A COBERTURA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA COM AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS		
VII. REDUZIR A INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS		
INDICADORES		
Principal	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRÁGICA DE DENGUE	0	0,00
PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACULÍFERA	75,00	80,00
INCIDÊNCIA PARASITA ANUAL DE MALÁRIA. OBS.: INDICADOR A SER PACTUADO SOMENTE PELOS ESTADOS DA AMAZÔNIA LEGAL	-	NÃO PACTUADO
PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	100,00	100,00
PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS DO VÍRUS INFLUENZA EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO	0,00	NÃO PACTUADO
PROPORÇÃO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA	0,00	80,00
TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	0,00	0,00
PRIORIDADE V – PROMOÇÃO DA SAÚDE		
OBJETIVOS		
I. PROMOVER ATIVIDADE FÍSICA COM OBJETIVO DE REDUZIR O SEDENTARISMO NO PAIS		
II. REDUZIR A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO PAIS		
III. AMPLIAR REDE DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO A SAÚDE NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS		

INDICADORES		
PRINCIPAL	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
PERCENTUAL DE UNIDADES QUE DESENVOLVEM AÇÕES NO CAMPO DA ATIVIDADE FÍSICA	0,00	20,00
PRIORIDADE VI – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA		
OBJETIVOS		
I. GARANTIR QUE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEJA A ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA DA ATENÇÃO BÁSICA E ORIENTADORA DOS SISTEMAS DE SAÚDE CONSIDERANDO AS DIFERENÇAS LOCO – REGIONAIS		
II. DESENVOLVER AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DE OFERTA DE CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, PRIORITARIAMENTE PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA		
III. AMPLIAR E QUALIFICAR A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS POR MEIO DO CUMPRIMENTO DOS PRINCÍPIOS ESTABELECIDOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: ACESSIBILIDADE, VINCULO, COORDENAÇÃO, CONTINUIDADE DO CUIDADO,TERRITORIALIZAÇÃO E ADSTRIÇÃO DE CLIENTELA, RESPONSABILIZAÇÃO, HUMANIZAÇÃO		
IV. GARANTIR A INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA AO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONSIDERANDO MATERIAIS, EQUIPAMENTOS, INSUMOS SUFICIENTES PARA O CONJUNTO DE AÇÕES PROPOSTAS PARA ESSES SERVIÇOS		
V. APOIAR TÉCNICA E FINANCEIRAMENTE A ATENÇÃO BÁSICA COMO RESPONSABILIDADE DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO DO SUS		
VI. FORTALECER O DESENVOLVIMENTO DAS REDES LOCAIS E REGIONAIS DE SAÚDE COM VISTA A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA AOS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO		
VII. IMPLANTAR O PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO, COM VISTAS A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA		
VIII. DESENVOLVER AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA CONTEMPLANDO PRIORITARIAMENTE, AS ÁREAS PROGRAMÁTICAS E TRANSVERSAIS		
IX. DESENVOLVER AÇÕES CONTINUAS VOLTADAS A DIMINUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS		
X. MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONAL IDADES DO SETOR SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS E CRIANÇAS BENEFICIARIAS)		
INDICADORES		
PRINCIPAL	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE NA FAMÍLIA	28,44	62,00
COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	1,50	8,00
TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	22,10	21,00
TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS	11,07	6,49
MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS	1,50	1,50
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. OBS.: PACTUAR SOMENTE SE NÃO TIVER ATINGIDO MAIS DE 90% NO ANO ANTERIOR. CONFORME INSTRUTIVO	89,29	92,00
PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	6,30	8,03
COMPLEMENTAR	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE NA FAMÍLIA (AMQ) IMPLANTADO. OBS.: A SER PACTUADO PELO DF E MUNICÍPIOS < DE 100.00 HAB.	-	Não pactuado

RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PRÓPRIO DESPENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA	-	Não pactuado
MÉDIA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	0,50	15,00
MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	0,43	1,00
PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA	76,40	80,00
PRIORIDADE VII – SAÚDE DO TRABALHADOR		
OBJETIVOS		
I. AMPLIAR A REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR - RENAST, ARTICULADA ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE, AS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS, A PARTIR DA REVISÃO DA PORTARIA G/M NUMERO 2.437 DE 07/12/2005		
II. APOIAR ESTADOS E MUNICÍPIOS NA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE DO TRABALHADOR		
INDICADORES		
COMPLEMENTAR	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MATRICULADOS		NÃO PACTUAR
PRIORIDADE VIII – SAÚDE MENTAL		
OBJETIVOS		
I. AMPLIAR A COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS.		
II. BENEFICIAR PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS POR MEIO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA – PVC		
INDICADORES		
PRINCIPAL	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
TAXA DE COBERTURA CAPS. POR 100 MIL HABITANTES		NÃO PACTUAR
COMPLEMENTAR	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
TAXA DE COBERTURA DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA		NÃO PACTUAR
PRIORIDADE IX – RESPONSABILIDADES GERAIS		
PRIORIDADE X – ATENÇÃO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUAÇÃO OU RISCO DE VIOLÊNCIA		
OBJETIVOS		
I. IMPLANTAR REDES DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMESTICA E SEXUAL QUE CONTEMPLEM: CRIANÇAS, ADOLESCENTES, ADULTOS, IDOSOS, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, COM TRANSTORNOS MENTAIS E TRABALHADORES, DE AMBOS OS SEXOS		
II. AMPLIAR A COBERTURA DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		
INDICADORES		
COMPLEMENTAR	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
PROPORÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL A MULHER E ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA IMPLANTADA EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS NO ESTADO. OBS.: A SER PACTUADO POR MUN. PRIORITÁRIOS, CONFORME INSTRUTIVO		NÃO PACTUAR
PACTO DE GESTÃO		
PRINCIPAL	**RESULTADO 2008**	**META PROPOSTA**
COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE POR	97	100

MENORES DE UM ANO DE IDADE		
PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS. OBS.: MANTER MAIOR OU IGUAL A META PACTUAL	100,00	95,77
TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA – PFA EM MENORES DE 15 ANOS		NÃO PACTUAR
PROPORÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INVESTIGADOS OPORTUNAMENTE	0,00	80,00
PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	83,30	88,00
PROPORÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO DA EC 29/2000 CIOPS	15,30	15,00
ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATÓRIAS SIA-SUS, SIH-SUS, SNES, SIAB	100,00	100,00
ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS	100,00	100,00

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. SISPACTO, 2009.

1.2.2 Atenção Ambulatorial Especializada

A atenção ambulatorial concentra-se no atendimento do hospital Ana Celestino Rodrigues e na Clínica de fisioterapia, ambos privados, sendo o hospital filantrópico.

Tabela 10 Produção ambulatorial geral do município de Cariré, 2008.

Procedimentos	Valor Aprovado	Quantidade Apresentada	Valor Apresentado
0101010010 ATIVIDADE EDUCATIVA/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	0,00	2.164	0,00
0101020015 AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL	0,00	1.254	0,00
0101020031 AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	0,00	1.193	0,00
0101020040 AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL C/ FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	0,00	228	0,00
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	0,00	268	0,00
0101020082 EVIDENCIAÇÃODE PLACA BACTERIANA	0,00	210	0,00
0101030010 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	0,00	23.687	0,00
0201020033 COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DO UTERINO	198,00	198	0,00
0201020041 COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL	0,00	2.529	0,00
0201020050 COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	77,00	171	85,50
02140100115 GLICEMIA CAPILAR	0,00	1.096	0,00
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	0,00	17.784	0,00
0301010064 CONSULTA MEDICA EM	0,00	24.969	0,00

ATENÇÃO BÁSICA			
0301010110 CONSULTA PRÉ-NATAL	0,00	516	0,00
0301010129 CONSULTA PUERPERAL	0,00	48	0,00
0301010137 CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	0,00	610	0,00
0301010153 PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	0,00	294	0,00
0301050058 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	0,00	479	0,00
0301060029 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/OBSERVAÇÃO ATE 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	10.886,31	896	11.173,12
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	0,00	3.031	0,00
0301060053 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA C/REMOÇÃO	0,00	319	0,00
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	6.116,00	2.023	22.253,00
0301100020 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO BÁSICA (POR PACIENTE)	0,00	1.957	0,00
0301100039 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	0,00	2.085	0,00
0301100101 INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	0,00	2.606	0,00
0301100152 RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTES)	0,00	637	0,00
0301100187 TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL	0,00	828	0,00
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/COMPLICAÇÃO SISTÊMICAS	532,40	88	532,40
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	1.531,41	343	1.531,41
030240030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	351,55	79	351,55
0302040048 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES PRÉ/PÓS CIRURGIAS CARDIOVASCULAR	968,30	160	968,30
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	911,10	204	911,10
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	11.576,95	1.920	11.655,60
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	23.488,35	5.319	23.755,35
0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/	21.578,27	4.896	21.885,32

DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SI			
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES	5.393,45	899	5.490,25
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	2.070,30	464	2.070,30
0302060049 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/COMPROMETIMENTO COGNITIVO	2.781,15	473	2.865,85
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	0,00	185	0,00
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	0,00	579	0,00
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	0,00	959	0,00
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	0,00	395	0,00
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	0,00	44	0,00
0401010023 CURATIVO C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	0,00	2.975	0,00
0401010031 DRENAGEM DE ABSCESSO	0,00	77	0,00
0401010058 EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	1.191,24	72	1.588,32
0401010066 EXCISÃO E/OU SUTURAS SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES/ FERIMENTOS DE PELE/ ANEXOS E MUCOSA	0,00	614	0,00
0401010074 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO SEBÁCEO/ LIPOMA	857,59	172	2.044,59
0401010104 INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	1.004,48	111	1.252,64
0404010300 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	0,00	61	0,00
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	0,00	397	0,00
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	0,00	1.357	0,00
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	0,00	25	0,00
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE	0,00	4	0,00
0801010012 ADESÃO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL-INCENTIVO PHPN (COMPONENTE I)	440,00	44	440,00
0801010020 CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL (INCENTIVO)	360,00	9	360,00
TOTAL	**92.313,85**	**115.005**	**111.412,60**

Fonte: MS/ DATASUS.

Tabela 11 Produção do Centro de Reabilitação Carireense, 2008.

Descrição dos Procedimentos	Valor Aprovado	Quantidade Apresentada	Valor Apresentado
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	532,40	88	532,40
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	1.531,41	343	1.531,41
0302040030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	351,55	79	351,55
0302040048 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/ PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	968,30	160	968,30
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	911,10	204	911,10
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	11.576,95	1.920	11.655,60
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	23.488,35	5.319	23.755,35
0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SI	21.578,27	4.896	21.885,32
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/ COMPLICAÇÕES SI	5.393,45	899	5.490,25
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	2.070,30	464	2.070,30
0302060049 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	2.781,15	473	2.865,85
TOTAL	**71.183,23**	**14.845**	**72.017,43**

Fonte: MS/DATASUS.

Tabela 12 Produção ambulatorial do Hospital Ana Celestino Rodrigues, 2008.

Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	**FREQUENCIA**	**VALOR**
0201020041 COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL	11	2.877,60
0201020050 COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	211	65.276,66
0301010064 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	3	681,59
0301060029 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	1	413,69
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	6	2.034,75
0301060053 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA C/ REMOÇÃO	5	705.70
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	10	4.980,90
0301100020 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO BÁSICA (POR PACIENTE)	2	240,94
0301100101 INALAÇÃO/ NEBULIZAÇÃO	8	1.692,76
0301100152 RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)	34	6.136,43
0301100187 TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL	26	17.101,62
0401010023 CURATIVO GRAU 1 C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	1	224,07
0401010031 DRENAGEM DE ABSCESSO	42	7.576,65
0401010058 EXCISÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTOS DA PELE ANEXOS E MUCOSA	8	2.156,00
0401010066 EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES/ FERIMENTOS DE PELE/ ANEXOS E MUCOSA	9	1.886,39
0401010074 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO SEBÁCEO/ LIPOMA	121	33.179,62
0401010104 INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	40	11.064,80
0404010300 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	2	368,74
TOTAL	**25**	**3.248,30**

Fonte: MS/ DATASUS.

1.2.3 Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar no município de Cariré é desenvolvida pelo Hospital Ana Celestino Rodrigues, integrante da Liga de Proteção à Maternidade e à Infância de Cariré, inaugurado em 26 de julho de 1975. O hospital realiza atendimentos nas clínicas básicas – médica, pediátrica e obstétrica – e ambulatorial. Quanto ao número de leitos o hospital detém o seguinte: 13 leitos da clínica pediátrica; oito da clínica obstétrica; 21 na clínica médica, num total de 42 leitos. O referido hospital possui um teto de programação em internamento no valor de R$ 45.000,00.

Os trabalhadores de saúde do hospital estão assim distribuídos: um enfermeiro, três médicos, quinze auxiliares de enfermagem, um fisioterapeuta, uma copeira, quatro lavadeiras/engomadeiras, cinco auxiliar de serviços gerais, dois vigilantes e um de manutenção.

Tabela 13 Movimento de AIH no Hospital Ana Celestino, 2008.

Procedimentos Realizados	Frequencia	Valor
0303010010 TRATAMENTO DE DENGUE CLÁSSICA	11	2.877,60
0303010061 TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTENSTINAIS	211	65.276,66
0303020059 TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS	3	681,59
0303030020 TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO	1	413,69
0303030046 TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS	6	2.034,75
0303030049 TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS METABÓLICOS	5	705,70
0303040149 TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC (ISQUEMICO OU HEMORRÁGICO AGUDO)	10	4.980,90
0303040165 TRATAMENTO DE CRISES EPILÉTICAS NÃO CONTROLADAS	2	240,94
0303060093 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE DISPOSITIVOS PROTÉTICOS IMPLANTES E ENXERTOS CARDÍACOS E VALVULARES	8	1.692,76
0303060107 TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA	34	6.136,43
0303060212 TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	26	17.101,62
0303060280 TRATAMENTO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	1	224,07
0303070064 TRATAMENTO DE DOENÇAS DO ESÔFAG, ESTÔMAGO E DUODENO	42	7.576,65
0303070129 TRATAMENTO DE TRASTORNOS DAS VIAS BILIARES E PÂNCREAS	8	2.156,00
0303080051 TRATAMENTO DE DERMATITES E ECZEMAS	9	1.886,39
0303080060 TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS	121	33.179,62
0303080078 TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS	40	11.064,80
0303080086 TRATAMENTO DE FARMACODERMIAS	2	368,74
0303090294 TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUMBAGO OU DORSALGIA REFRATÁTIOS	25	3.248,30
0303090316 TRATAMENTO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATÓRIAS	2	390,30
0303090324 TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE	2	516,11
0303100044 TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ	4	397,24
0303140046 TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	2	946,43
0303140070 TRATAMENTO DE DOENÇA DO OUVIDO EXTERNO MÉDIO E DA MASTÓIDE	3	478,87
0303140100 TRATAMENTO DE INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES	85	16.318,80
0303140127 TRATAMENTO OUTRAS DOENÇAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES	13	2.431,49
0303140135 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	179	86.566,98
0303140141 TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	101	60.469,69
0303150017 TRATAMENTO DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS	1	88,10
0303150033 TRATAMENTO DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS FEMININOS	1	189,35
0303150050 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO	57	12.248,29
0303160020 TRATAMENTO DE INFECÇÕES ESPECÍFICAS DO PERÍDO PERINATAL	2	457,02
0303160055 TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RELACIONADOS C/ A DURAÇÃO DA GESTAÇÃO E C/ O CRESCIMENTO FETAL	1	787,29
0304100013 TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO	1	324,91
0305020013 TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	24	4.560,40
0305020021 TRATAMENTO DA CALCULOSE RENAL	11	1.759,78
0308010043 TRATAMENTO DE TRAUMATISMO ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO	1	235,96
0308020030 TRATAMENTO DE INTOXICAÇÃO OU ENVENENAMENTO POR EXPOSIÇÃO A MEDICAMENTO E	12	1.587,80

SUBSTÂNCIAS DE USO NÃO MEDI		
0308040015 TRATAMENTOS DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU MÉDICOS	1	206,47
0310010039 PARTO NORMAL	122	50.996,98
0411020013 CURETAGEM POS-ABORTAMENTO/ PUERPERAL	6	1.026,42
TOTAL	**1.196**	**404.831,89**

Fonte: MS/ DATASUS

2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

2.1 Mortalidade

Tabela 14 Mortalidade geral por sexo. Cariré – Ceará, 2000 a 2008.

Causa Básica/ Ano	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	2	4	5	1	-	2	7	3	3	3	-	2	3	1	1	-	4	42
Neoplasias	5	5	7	3	4	4	7	8	14	6	6	7	6	4	13	4	9	6	118
D sangue e org hemat e alguns trans imunit	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	4
D endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	-	1	4	1	2	-	1	-	1	-	2	2	3	1	3	3	2	29
Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	3	-	1	2	2	-	-	-	11
Doenças do sistema nervoso	1	0	1	-	1	1	-	1	2	1	1	-	0	1	-	-	-	1	11
Doenças do aparelho circulatório	4	2	11	14	13	14	17	16	19	14	14	19	15	22	14	14	16	16	254
Doenças do aparelho respiratório	2	4	5	3	13	2	5	2	5	5	6	3	7	5	12	5	9	9	102
Doenças do aparelho digestivo	-	-	2	2	3	1	4	-	3	1	2	-	3	2	3	4	2	-	32
Doenças sist osteomusc e tecido conjuntivo	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	3
Doenças do aparelho geniturinário	2	1	1		1		1			1		1	1	-	1	1	3	-	14
Gravidez, parto e puerpério	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	6
Alg afecções origin no período perinatal	-	-	2	1	2	1	-	-	2	4	2	2	5	3	2	1	2	1	30
Malf congên, deform e anomal cromossômicas	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	9
Sint, sin e ach anorm clín e lab, ncop	7	9	10	9	7	7	8	13	10	8	5	5	2	3	-	-	-	-	103
Causas externas de morbidade e	7	2	4	1	4	1	5	-	2	-	4	-	2	-	9	1	9	3	54

mortalidade																			
Doenças Da Pele E Tecido Subcutâneo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	33	27	50	46	51	34	49	49	62	46	47	40	50	48	59	37	55	42	825

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, 2009.

A mortalidade em Cariré, no período de 2000 a 2008, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e as neoplasias. Quanto ao sexo, há uma maior mortalidade de homens, correspondendo 55,3% do total de óbitos.

2.2 Morbidade

2.2.1 Doenças de Notificação

Tuberculose

A tuberculose em Cariré, historicamente tem sido um problema de Saúde Pública. Apesar da incidência elevada, para a população residente, nos anos de 2001 e 2004 ocorreu um caso de abandono, respectivamente; e a ocorrência de óbito nos anos de 2002, 2005 e 2007. Vale ressaltar que, há uma representativa incidência de casos novos de tuberculose em adolescentes e adultos jovens.

Tabela 15 Análise epidemiológica da tuberculose. Cariré- Ceará. 2001 – 2008.

Ano / Variáveis	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Casos Novos	4	9	8	7	7	4	8	8	55
Casos Curados	6	9	8	8	6	4	9	3	53
Óbitos	-	1	-	-	1	-	1	-	3
Transferências	-	-	1	1	-	-	-	1	3
Abandonado	-	1	-	1	-	-	-	-	2

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, 2009.

Vale ressaltar que uma população possuidora de uma renda per capita média de R$ 67,3, uma proporção de pobres de 76,9%, que ingere leite sem pasteurização e com o avançar da pandemia de AIDS há uma tendência crescente de casos de tuberculose, sendo

imprescindível a busca ativa de sintomáticos respiratórios, diariamente, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 16 Distribuição dos casos de tuberculose por faixa etária. Cariré – Ceará, 2001 – 2008.

Ano / Faixa Etária (anos)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
15 – 19	-	-	-	-	-	-	1	-	1
20 – 29	-	3	3	1	2	1	2	1	13
30 – 39	3	-	2	4	2	1	1	3	16
40 – 49	1	-	2	2	1	2	2	-	10
50 – 59	1	5	2	2	1	1	3	2	17
60 – 69	-	1	-	1	1	-	2	2	7
70 – 79	-	1	1	-	-	-	1	-	3
≥ 80	1	1	-	-	-	-	-	-	2
Total	**6**	**11**	**10**	**10**	**7**	**5**	**12**	**8**	**69**

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, 2009.

Hanseníase

A hanseníase a semelhança da tuberculose, historicamente tem sido um problema de Saúde Pública no município de Cariré, acometendo sujeitos das diferentes fases da vida – crianças, adolescentes, adultos e idosos. O surgimento de casos em crianças e adolescentes mostra seu alto poder transmissibilidade. No ano de 2008 a taxa de detecção da hanseníase foi de 6,2/10.000. A referida taxa está distante da meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de Saúde Pública da Organização Mundial da Saúde-OMS e do Ministério da Saúde que é a prevalência de menos de um caso por cada 10.000 habitantes com acompanhamento da ocorrência de casos novos (BRASIL, 2006b).

Tabela 17 Análise Epidemiológico-operacional da hanseníase. Cariré – Ceará, 2001 – 2008.

Ano / Variáveis	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Casos Novos	4	4	12	6	3	3	5	12
Casos Curados	3	5	13	9	3	3	5	5
Óbitos	1	-	-	-	-	-	-	-
Multibacilar	2	2	8	4	2	2	1	5
Paucibacilar	2	2	4	2	1	1	4	7

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, 2009.

A identificação de sintomáticos dermatológicos, seu tratamento e a consequente eliminação da hanseníase em Cariré é um grande desafio para atual gestão.

Tabela 18 Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária. Cariré – Ceará, 2001 – 2008.

Ano / Faixa Etária (anos)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
5 – 9	-	1	-	-	-	-	-	-	1
10 – 14	-	-	1	-	-	-	-	-	2
15 – 19	-	-	1	-	-	-	-	-	1
20 – 29	1	1	4	2	-	-	-	2	10
30 – 39	-	1	1	-	-	-	4	3	10
40 – 49	1	1	2	1	1	1	-	4	11
50 – 59	-	1	4	-	-	1	-	2	8
60 – 69	1	-	-	4	2	-	1	1	11
70 – 79	1	-	1	3	-	1	-	-	6
Total	**4**	**5**	**14**	**10**	**3**	**3**	**5**	**12**	**60**

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, 2009.

Dengue

A dengue, segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS, na contemporaneidade, é um dos principais problemas de Saúde Pública no mundo, infectando aproximadamente 100 milhões de sujeitos anualmente, em mais de 100 países, de todos os continentes, exceto a Europa. A cada ano cerca de 550 mil doentes

necessitam de hospitalização, destes 20 mil morrem em conseqüência das complicações da doença. Tal situação revela a gravidade da doença e seus impactos sociais (BRASIL, 2005).

O controle da dengue é uma prioridade municipal e a aquisição de práticas preventivas e promotoras de saúde pela população deve ser uma realidade. Em Cariré o índice de infestação predial tem se elevado nos últimos quatro anos, ultrapassando a meta da OMS e do Ministério da Saúde que é de até um por cento. Os casos de dengue têm si tornado frequente ano após ano e a notificação e a realização de sorologias tem sido negligenciadas.

Tabela 19 Índice de infestação predial do *Aedes aegypti* e análise epidemiologia da dengue. Cariré – Ceará, 2000 – 2008.

Ano / Variáveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº. de visitas realizadas nos prédios cadastrados	6.542	7.259	12.059	9.128	8.862	19.173	21.551	28.633	29.859
Nº. total de prédios com *Aedes aegypti*	26	182	109	4	2	155	895	336	356
(%) Prédios com Aedes aegypti	0,4	2,51	0,9	0,04	0,02	0,81	4,15	1,17	1,19
Nº. casos notificados de dengue	-	186	61	16	2	17	161	59	30
Nº. casos de dengue clássico confirmados*	-	185	45	-	1	4	100	8	3

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, 2009.
*No ano de 2007 teve um caso de dengue com complicação.

AIDS

A AIDS em Cariré tem sido uma morbidade com dados significativos, 15 casos em duas décadas, que merece maior atenção, por conta de o exame de HIV, não ser universalidade no Município e devido a grande migração de trabalhadores de Cariré para a Região Sudeste do País.

Tabela 20 Distribuição dos casos de Aids em Cariré-Ceará de 1983 a 2010.

Ano	1983 a 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Casos Nº	5	2	-	1	-	1	1	1	-	3	1	15

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

2.2.2 Imunização

Na Tabela 21, são apresentadas as coberturas das principais vacinas do calendário básico para menores de um ano no município de Cariré, no período de 1997 a 2008.

Tabela 21 Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunológico em menores de um ano.

Imunológicos	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BCG (BCG)	104,6	96,3	125,5	115,2	145,2	110,3	96,0	95,0	97,7	132,3	90,5	112,9
Contra Febre Amarela (FA)	-	-	-	46,5	4,3	-	-	-	-	-	-	-
Contra Heamophilus influenzae tipo b (Hib)	-	-	2,1	31,4	99,8	52,0	-	-	-	-	-	-
Contra Hepatite B (HB)	-	-	12,5	71,1	118,9	99,3	96,0	97,4	102,3	123,6	105,0	95,8
Contra Influenza (Campanha) (INF)	-	-	90,4	78,6	91,5	88,5	76,5	80,3	79,8	83,7	82,8	139,5
Contra Sarampo	121,7	93,4	115,4	113,1	126,3	138,4	-	-	-	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	121,1	86,4	111,3	108,4	127,5	100,0	99,1	95,3	103,5	121,0	102,5	94,9
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	107,7	100,2	100,4	100,2	109,8	102,4	97,4	102,5	100,1	115,1	114,5	117,3
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	95,2	100,0	100,6	100,3	109,4	100,2	98,9	96,8	99,9	110,0	104,5	105,5
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	a	-	-	-	-	-	-	60,5	90,5	108,3
Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	-	-	-	72,3	96,7	95,3	103,0	122,1	115,5	97,2
Tríplice Bacteriana (DPT)	105,4	84,3	106,4	103,1	126,3	49,4	1,0	-	-	-		
Tríplice Viral (SCR)	-	-	-	71,7	111,5	107,9	99,3	95,5	97,7	147,5	83,6	70,7
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	-	-	-	-	-		-	30,9	-	-	-	-

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Programa Nacional de Imunização-PNI, 2009.

2.2.3 Morbidade Hospitalar

O grupo de causas pertencentes às doenças infecciosas e parasitárias (28,3%) constitui a primeira causa de internação hospitalar no município, seguida do grupo de causas referentes às doenças do aparelho respiratório (26,5%). Merece destaque as hospitalizações por lesões/envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Tabela 22 Distribuição Percentual das morbidades\Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10 (morbidades - por local de residência), 2007.

Capítulo CID	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 a 79	80 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	**30,9**	**39,6**	**39,6**	**40,7**	**34,1**	**20,1**	**27,7**	**25,8**	**26,0**	**28,3**
II. Neoplasias (tumores)	-	0,9	0,9	1,1	-	1,4	3,9	3,1	4,2	1,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,9	-	0,9	-	0,5	-	-	-	-	0,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	0,5	0,8	0,4	1,7	1,3	0,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1,1	0,5	2,2	1,4	-	-	1,1
VI. Doenças do sistema nervoso	-	0,9	-	-	-	0,2	1,4	0,3	0,3	0,4
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	0,2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	0,9	1,1	-	0,2	-	-	-	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	2,2	-	4,1	**17,7**	**17,1**	**17,1**	6,7
X. Doenças do aparelho respiratório	**59,1**	**53,8**	**45,3**	**29,7**	**19,2**	12,4	**20,6**	**27,2**	**26,5**	**26,5**
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	0,9	1,9	3,3	4,9	5,3	6,4	5,6	6,6	4,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	0,5	1,9	-	-	0,8	0,7	1,0	0,8	0,7
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	1,3	5,3	5,2	4,7	2,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	2,4	1,9	2,2	8,8	13,6	7,4	7,7	6,8	8,1
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	5,5	**28,0**	**30,9**	-	-	-	13,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	7,3	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,8	0,9	0,9	2,2	-	0,5	-	0,3	0,3	0,6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	1,1	0,5	0,3	0,7	0,7	0,8	0,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	5,7	7,7	2,2	4,9	5,0	4,2	4,5	3,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	1,1	-	0,3	0,2
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	2,2	0,5	0,5	0,4	-	-	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria. Sistema de Informação Hospitalar-SIH, 2009.

2.2.4 Grupos Populacionais Específicos

2.2.4.1 Saúde da Criança

A atenção à saúde da criança baseia-se na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, com as diarreias e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como estímulo ao aleitamento materno, orientação nutricional e imunizações, que corroborarão com a melhoria da qualidade de vida das crianças. A ineficácia destas ações leva ao óbito infantil.

A seguir a descrição da série histórica dos óbitos em crianças menores de um ano.

Tabela 23 Número de nascidos vivos, número de óbitos menores de um ano de idade e taxas de mortalidade em Cariré - Ceará, 2000 a 2009.

Ano	Nascidos Vivos Nº	Óbitos			Taxa de Óbitos		
		Infantil	Neonatal	Pós Neonatal	TMI	TMN	TMPN
2000	339	5	3	2	14,7	8,8	5,9
2001	337	11	5	6	32,6	14,8	17,8
2002	289	10	5	5	34,6	17,3	17,3
2003	287	1	-	1	3,5	-	3,5
2004	277	7	6	1	25,3	21,7	3,6
2005	276	7	4	3	25,4	14,5	10,9
2006	216	11	8	3	50,9	37,0	13,9
2007	236	5	3	2	21,2	12,7	8,5
2008	134	5	4	1	37,3	29,8	7,5

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Departamento de Vigilância à Saúde. Sistema de Informação da Mortalidade-SIM. Informação de Nascidos Vivos – SINASC, 2010

A média da TMI no período foi de 25 óbitos/1.000 nascidos vivos.

A menor taxa registrada foi de 3,5 óbitos/1.000 NV em 2003, e a maior, de 50,9 óbitos/1.000 NV em 2006. As baixas TMI nos anos de 2003 e 2009 devem-se, respectivamente, a implantação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS e da Estratégia Saúde da Família-ESF.

Tabela 24 Óbitos menores de um ano. Cariré – Ceará, 2000 a 2008.

Óbitos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº	5	11	8	1	7	6	11	7	4
Nascidos Vivos-NV	138	169	266	279	292	207	168	155	122
TMI/1000 NV	36,23	65,08	30,07	3,58	23,97	28,98	65,47	45,16	32,78

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM. Sistema de Informação Nascidos Vivos-SINASC, 2009.

No período 1991-2000, a taxa de mortalidade infantil do município diminuiu 40,05%, passando de 73,01/1.000 nascidos vivos em 1991 para 43,77/1.000 nascidos vivos em 2000, e a esperança de vida ao nascer cresceu 7,66 anos, passando de 59,33 anos em 1991 para 66,99 anos em 2000. A taxa de fecundidade total em 1991 era de 3,7 filhos/mulher e em 2000 de 3,5 filhos/mulher (BRASIL, 2009).

Tabela 25 Causa básica de óbito em menores de um ano de idade em Cariré - Ceará, 2000 a 2009.

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	2	-	-	1	2	-	-	1	-	**6**
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	**1**
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	**2**
X. Doenças do aparelho respiratório	1	2	2	-	-	1	-	1	-	1	**8**
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	3	3	-	6	4	8	3	3	-	**30**
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	3	2	-	-	-	2	1	-	-	**10**
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	-	2	-	-	-	1	-	-	-	**5**
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	**1**
Total	**5**	**11**	**10**	**1**	**7**	**7**	**11**	**5**	**5**	**1**	**63**

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Departamento de Vigilância à Saúde. Sistema de Informação da Mortalidade-SIM, 2010.

A análise das causas de óbitos em menores de um ano entre 2000 e 2009, as afecções perinatais se mantêm como a primeira causa, com 30 óbitos; seguida do grupo das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, 10 óbitos; e, como terceira causa de óbito, encontram-se as doenças do aparelho respiratório, oito óbitos. Percebe-se que, no período analisado, a série histórica da TMI em Cariré, não mostrou um comportamento de constância, apresentando declínios e elevações variadas de um ano para o outro.

O componente neonatal representou 60% do total de óbitos infantis, com preponderância de mortes ocorridas na primeira semana de vida, 87%. Talvez um dos fatores que tenha contribuído para tal fato é a precariedade da infra-estrutura para atendimento de recém-nascidos e gestantes de alto risco, já que o município no período tinha um único hospital com uma maternidade em condições precárias, baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e de pré-natal. A maioria dos casos em que necessita de atendimento especializado no nível terciário da atenção há o encaminhamento para Sobral ou Fortaleza. No grupo de causas básicas destaca-se a prematuridade, as infecções específicas do período perinatal e a asfixia, sendo todos passíveis de prevenção de óbitos.

Tabela 26 Causa básica de óbitos em crianças menores de um ano. Cariré – Ceará, 2000 a 2008.

Causa Básica	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Doenças do aparelho respiratório	1	2	2	-	-	1	-	1	-
Malf congên, deform e anomal crom	2	3	-	-	-	-	2	1	-
Sint, sin e ach anorm clín e lab, ncop	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Algumas doenças infecci e parasit	-	2	-	-	1	1	-	-	-
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Alg afecções origin no período perinatal	-	3	3	-	6	4	8	3	3
D endócrinas, nutrici e metaból	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Causas externas de morbid e mortalid	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Sint, Sin E Ach Anorm Clín E Lab, Ncop	-	-	2	-	-	-	1	-	-
Total	5	11	8	1	7	6	11	5	4

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, 2009.

A Tabela 26, apresenta a descrição dos óbitos menores de um ano por causa básica, sendo a prevalente as afecções originárias no período perinatal, seguida das doenças infecciosas e malformações.

2.2.4.2 Saúde da Mulher

A Política Nacional de Saúde da Mulher visa promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, utilizando como estratégia a ampliação do conhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, prevenção e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, como o câncer de colo de útero e mama, gravidez de alto risco, violência contra a mulher, DST/AIDS, entre outros.

A Taxa de Mortalidade Materna é considerada como um excelente indicador de saúde da mulher em idade reprodutiva. No período de 2000 a 2008 foram registrados, em Cariré, seis óbitos de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério.

Tabela 27 Descrição da mortalidade materna, Cariré - CE, 2000 – 2008.

Causa/Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
088-091 Gravidez, parto e puerpério	1	1	-	1	1	1	-	1	-
089 Outras mortes obstétricas diretas	1	1	-	-	1	1	-	1	-
090 mortes obstétricas indiretas	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Total	2	2	-	2	2	2	-	2	-

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, 2009.

Em Cariré, no período de 2006 a 2008, as principais causas de óbitos entre as mulheres na idade fértil estão relacionados, em primeiro lugar aos grupos das doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias conforme tabela abaixo.

Tabela 28 Mortalidade em mulheres de 10 a 49 anos, segundo principais grupos de causas, 2006 a 2008.

Causas	2006	2007	2008	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	-	-	1
Neoplasias (tumores)	-	2	-	2
Doenças do sistema nervoso	-	-	1	1
Doenças do aparelho circulatório	2	-	1	3
Doenças do aparelho respiratório	-	-	1	1
Doenças do aparelho digestivo	-	1	-	1
Gravidez, parto e puerpério	-	1	-	1
Total	**3**	**4**	**3**	**10**

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, 2006 – 2008.

2.2.4.3 Saúde do Homem

Conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, as principais causas de óbitos na população masculina em Cariré são as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias e doenças do aparelho respiratório e em terceiro lugar as causas externas.

Historicamente, as políticas de saúde no Brasil, sempre privilegiaram o binômio mãe-filho, o que levou, a uma assiduidade maior destes grupos aos serviços de saúde, com a elaboração de protocolos, de planos de cuidados e a formação específica dos profissionais da saúde, para o desenvolvimento da atenção e,

consequentemente, a melhoria da qualidade e da expectativa de vida destes. Situação contrária, a atenção à saúde do homem, que sempre foi vista, a partir de programas assistenciais específicos, como as Ações Programáticas de Saúde.

Na atualidade, a atenção à saúde do homem vem sendo colocada na pauta dos debates e efetivada em políticas, por conta da elevação dos indicadores de morbidade e mortalidade e dos efeitos deletérios de alguns agravos, seja por causas externas, como acidentes de trânsito, ou por violências, bem como por doenças infectocontagiosas, crônicas e degenerativas, a exemplo da tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, as doenças sexualmente transmissíveis, cérebro e cardiovasculares e as relacionadas ao trabalho, o câncer de próstata, entre outras.

2.2.4.3 Saúde do Adolescente

A organização dos serviços tem como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A mortalidade da população jovem, em Cariré, é marcada pelas causas externas, que incluem os acidentes de trânsitos, afogamentos, dentre outras. Na população entre 10 a 14 anos, os acidentes de transporte ocupam o primeiro lugar. Já entre as faixas de 15 a 19 anos, e de 20 a 24 anos de idade, os acidentes de trânsito também representam a principal causa de morte superando todas as outras causas de morte violentas e todas as enfermidades.

Tabela 29 Mortalidade em adolescentes e jovens (10 a 29 anos), segundo principais grupos de causas, 2001 a 2008.

Causas	10-14	15-19	20-29	Total
Doenças do sistema nervoso	1	-	-	**1**
Doenças do aparelho circulatório	-	2	2	**4**
Doenças do aparelho respiratório	1	-	1	**2**
Doenças do aparelho digestivo	-	1	1	**2**
Causas externas de morbidade e mortalidade	2	-	6	**8**
Total	**4**	**3**	**10**	**17**

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, 2001 a 2008.

Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens de ambos os sexos, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por ter ou não uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar devem ser disponibilizados, com acesso facilitado aos adolescentes que não querem engravidar ou querem planejar uma gravidez como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve ser assegurada de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável.

Tabela 30 Nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos, em Cariré, 2001 a 2008.

Faixa Etária da Mãe (Anos)	2006	2007	2008	Total
10 – 14	3	1	3	**7**
15 – 19	21	33	32	**86**
Total	**24**	**34**	**35**	**93**

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, 2006 a 2008.

Observa-se na Tabela 30 que a maioria das adolescentes com idade entre 15 a 19 anos têm engravidado, representando 19,9% do total de gestantes no período de 2006 a 2008.

2.2.4.4 Saúde do Idoso

A análise das causas de óbitos dos sujeitos acima de 60 anos e mais entre 2000 e 2008, as doenças do aparelho circulatório se mantém como a primeira causa básica, com 227 óbitos, seguida dos óbitos por sinais, sintomas e achados anormais clínicos e laboratoriais, 88 óbitos; e, como terceira causa as neoplasias, 78 óbitos.

Tabela 31 Causa básica do óbito acima 60 e mais anos. Cariré – Ceará, 2000 a 2008.

Causa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Algumas doenças infec e parasit	3	2	-	6	2	2	3	1	2
Neoplasias	6	9	7	9	17	10	9	-	11
D endócrinas, nutricionais e metab	2	5	1	-	1	1	5	2	4
Doenças do aparelho circulatório	5	20	27	29	31	30	29	29	27
Doenças do aparelho respiratório	4	4	12	6	7	8	9	9	16
Doenças do aparelho geniturinário	3	-	-	-	1	1	1	1	3
Sint, sin e ach anorm clín e lab, ncop	14	15	11	18	12	10	4	4	-
Causas externas de morb e mort	3	1	1	-	-	2	2	1	2
Transtornos mentais e comportamentais	-	1	-	-	-	-	1	1	-
Doenças do aparelho digestivo	-	4	1	3	3	1	2	2	2
Doenças do sistema nervoso	-	-	1	1	3	-	1	1	-
Doenças sist osteomusc e tecido conjunt	-	-	1	-	1	-	-	-	-
Doenças da pele e tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	1	-	-	1
D sangue e org hemat e alg trans imunit	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Total	40	61	62	72	78	66	67	61	68

Fonte: Cariré. Secretaria da Saúde. Vigilância à Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, 2009.

Observa-se na série histórica do número de óbitos de pessoas com 60 anos ou mais em Cariré não apresenta uma constância, com períodos de declínio e elevações de óbitos entre um ano para o outro. Os agravos decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis tem sido as principais causas de óbitos na população idosa, seguindo uma tendência mundial. Vários motivos estão implicados nesse elevado número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo provavelmente um dos mais importantes à alta prevalência de hipertensão arterial sistêmico e diabetes *mellitus* em idosos e o não tratamento ou tratamento inadequado tem favorecido na elevação desse índice.

2.2.4.5 Saúde do trabalhador

A vigilância em Saúde do Trabalhador visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, por meio de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a

articulação intra e intersetorial, a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos.

Com relação à saúde do trabalhador, o município de Cariré realizava apenas ações de notificações das doenças relacionadas ao trabalho e mesmo assim apresentava um número elevado de subnotificações destas. O único agravo notificado no período de 2007 a 2008 foram as intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. É o que nos mostra a Tabela abaixo.

Tabela 32 Agravos relacionados ao trabalho notificados em Cariré, 2007 e 2008.

Agravo	2007	2008	Total
Intoxicações Exógenas	2	3	**5**

Fonte: SINAN, 2007 e 2008.

2.2.4.6 Saúde mental

A atenção aos sujeitos e famílias com transtornos mentais é um grave problema de saúde pública Municipal, devido aos inúmeros sujeitos sem acompanhamento, tratamento e garantia dos medicamentos básicos. Assim como, o abandono de grande parte destes sujeitos por seus familiares, que os leva a perambular pelas ruas.

2.2.4.7 Saúde bucal

O Município encontra-se com uma estrutura de cadeiras odontológicas em várias unidades. Algumas das cadeiras sucateadas e os consultórios sem equipamentos de apoio e instrumental básico para o desenvolvimento das ações individuais e coletivas de saúde bucal.

As práticas odontológicas centram-se na mutilação (exodontia), sem práticas promotoras da saúde e preventivas. Um único cirurgião-dentista atuando no município.

3 ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

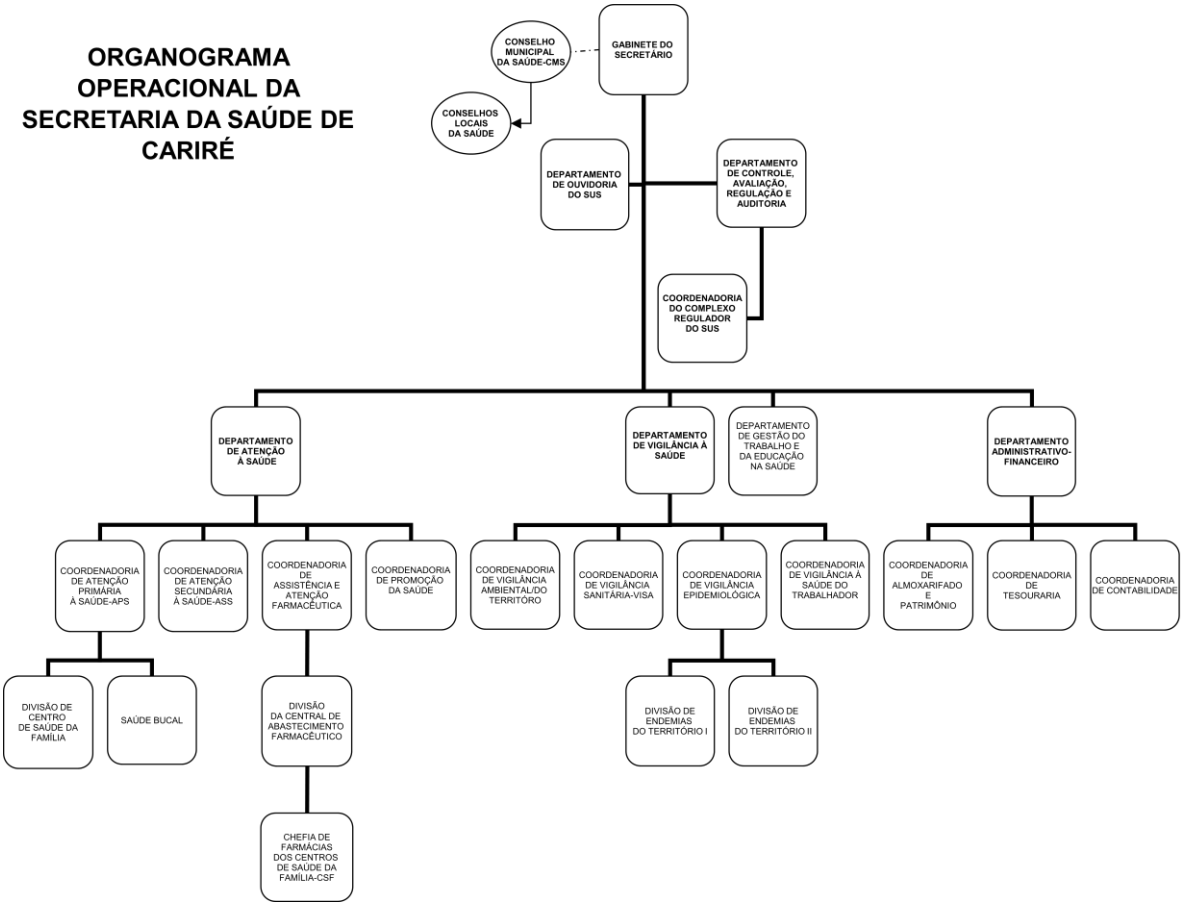
O município de Cariré pertence à Microrregião de Saúde de Sobral, assim como à Macrorregião Sanitária de Sobral.

3.1 Descentralização em Gestão

O município de Cariré está organizado em nove territórios sanitários, em que foram descentralizadas todas as ações e serviços de saúde do nível da Atenção Primária à Saúde.

3.2 Estrutura Organizacional da SMS

ORGANOGRAMA OPERACIONAL DA SECRETARIA DA SAÚDE DE CARIRÉ



3.3 Participação Social

O controle social com participação popular foi definido como princípio e diretriz do SUS. A Lei Nº 8.142/1990 criou instâncias colegiadas de controle social, que são os Conselhos e as Conferências de Saúde. Tais ferramentas de participação vêm permitindo o amadurecimento dos sistemas de saúde e o fortalecimento da democracia nos espaços de decisão das políticas de saúde nas três esferas de governo.

Cariré, quando a nova gestão sanitária assumiu, em janeiro de 2009, encontrou o CMS com o segmento de usuários representado por profissionais da saúde; não era paritário; não possuía secretário executivo; havia mais de seis meses que não se reunia; e, partes das atas tinham sido perdidas. O Conselho Estadual da Saúde-CESAU foi acionado e convocado reunião extraordinária do CMS. Durante a reunião foi exposta a situação geral, e os conselheiros municipais, junto com a representação do CESAU optaram pela dissolução do mesmo; sendo então, estabelecido um plano para revitalização do CMS; incluindo-se aí, a realização de eleições.

As assembleias para escolha dos usuários foram realizadas em nove territórios da Estratégia Saúde da Família, com agendamento prévio e divulgação em carros de som e nos lares pelos ACS. Ao início das assembleias, o Secretário da Saúde falava sobre o SUS e o Prefeito Municipal da importância que era o processo de escolha dos conselheiros municipais. A comunidade por sua vez, apresentava suas necessidades e indicava os candidatos. Ao se candidatarem, os cidadãos apresentavam-se e assumiam publicamente o compromisso de buscarem junto ao CMS melhoria das ações de saúde para suas comunidades. Em seguida, passava-se para o processo eleitoral, por meio do voto direto e aberto. Participaram deste processo, quase dois mil usuários, das diferentes faixas etárias. A assembleia dos trabalhadores da saúde foi convocada e o processo de escolha se deu do mesmo modo dos usuários. Ao final, o novo CMS foi empossado com a presença da mesa diretora do CESAU.

O processo de escolha dos conselheiros, por meio do voto direto, estimulou a gestão participativa; fortaleceu o controle social; levou a acreditação pública do CMS; e aproximou a gestão sanitária à comunidade.

4 ANÁLISE EM RELAÇÃO AO SETOR SAÚDE

4.1 Assistência Farmacêutica

A Central de Abastecimento Farmacêutico foi encontrada com estrutura inadequada, com a centralização da distribuição na própria Secretaria da Saúde, vinculada ao critério político local.

4.2 Apoio Diagnóstico Laboratorial

O Município realizava exames uma vez por mês centralizado no Hospital Ana Celestino Rodrigues, com referências para os Laboratório Clínico de Sobral e Pedro Aurélio.

4.4 Força de Trabalho em Saúde

O contingente de trabalhadores da saúde, em janeiro de 2009, não ultrapassava a 80, sendo destes 41 agentes comunitários de saúde e 11 agentes de endemias. Com a implantação das novas políticas de saúde, e as ações e serviços de saúde nos Territórios da Estratégia Saúde da Família, aos poucos foram sendo contratados novos trabalhadores da saúde, para dar conta das necessidades de saúde e as atividades de cada Território.

Tabela 33 Distribuição dos trabalhadores municipais da saúde por categoria. Cariré – Ceará, jun. 2009.

Categoria	Nº
Agente Comunitário de Saúde	39
Agente de Endemias	13
Apoio de gabinete	2
Atendente de consultório	6
Atendente de Farmácia	9
Auditores	3
Auxiliar de enfermagem	13
Auxiliar de Fisioterapia	3
Auxiliar de Serviços Gerais	21
Cirurgião Dentista	3
Controle Interno	1
Coordenador da Atenção à Saúde	1
Coordenador da Vigilância à Saúde	1
Coordenador do Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria	1
Coordenador do SISVAN	1
Digitador	3
Enfermeiro	9
Estafeta	1
Farmacêutico	1
Fisioterapeuta	1
Médico	3
Motorista	15
Recepcionista	1
Secretário	1
Supervisor de Endemias	2
Técnico em Higiene Dental	2
Zelador de Patrimônio	9
Total	**165**

5 ORGANIZAÇÃO ESTRATÉGIA DA SAÚDE MUNICIPAL

5.1 Missão da Secretaria da Saúde

Promover saúde com qualidade de vida, por meio de ações intersetoriais, para construção de um município saudável.

5.2 Visão de Futuro da Secretaria da Saúde

Cariré com um sistema de saúde resolutivo, humanizado e inovador, organizado a partir dos princípios do SUS, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, com segurança, eficiência e compromisso social.

5.3 Valores

- Ética;
- Acreditação no SUS;
- Valorização da vida;
- Compromisso com responsabilidade sanitária, social e ecológica;
- Humildade;
- Justiça;
- Solidariedade;
- Amor;
- Honestidade;
- Bom humor;
- Ser acolhedor das necessidades e dores do outro;
- Respeito às diferenças de raça, credo, classe social e a cultura local;
- Comunicação e linguagem clara e acessível;
- Encorajar a criatividade, a participação e o auto-cuidado;
- Desenvolvimento profissional;
- Inovação com base na ciência e na cultura popular.

5.4 Princípios do Sistema Municipal da Saúde

5.4.1 Princípios Doutrinários:

- Universalidade;
- Equidade;
- Integralidade.

5.4.2 Princípios Organizativos:

- Acessibilidade com acesso;
- Hierarquização da rede de serviços;
- Descentralização das políticas, serviços e ações sanitárias;
- Participação popular com controle social.

5.5 Objetivo Estratégico

- Estruturar um Sistema Municipal da Saúde com responsabilidade fiscal e que produza saúde com qualidade vida, buscando a satisfação da clientela.

6 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O município de Cariré, historicamente, vem trabalhando o conceito de saúde, como ausência de doença, com uma atenção à saúde centrada na cura, nos modelos biomédicos e hospitalocêntrico, apresentando sérias limitações na qualidade e diversificação das ações e serviços de saúde, em que nem todos os cidadãos possuíam direito ao acesso a consultas, exames, cirurgias e medicamentos. Os poucos profissionais da saúde com formação universitária, centravam suas ações, prioritariamente, no Centro de Saúde da Sede. O sistema de referência apresentava-se limitado e era discriminatório, sendo agendados apenas as consultas ou exames ou cirurgias especializadas dos aliados da gestão anterior. Os trabalhadores da saúde da zona rural, com pouca ou nenhuma formação, desenvolviam procedimentos incompatíveis para sua atividade profissional. A Atenção Primária à Saúde não era prioridade governamental.

No ano de 2008, durante a campanha eleitoral, os atuais gestores municipais – Prefeito e Vice-Prefeito – assumiram em sua plataforma de governo, compromisso público de o Setor Saúde ser prioritário em sua gestão 2009 – 2012 e, adotar o modelo de atenção à saúde da Estratégia Município Saudável.

Quanto a Estratégia Município Saudável, a Organização Mundial da Saúde-OMS, a define como aquela que “coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade” (OPAS, 2007, s/p.).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde-OPAS (200?, p. 8) a Estratégia Município Saudável objetiva “promover a saúde, junto com as pessoas e as comunidades, nos espaços onde as pessoas estudam, trabalham, se divertem, amam,... e onde vivem [...]”. A referida estratégia, “[...] encontra-se inserido em um processo global de democratização e descentralização, baseado em iniciativas locais, sob o marco da gestão local e da participação comunitária”.

O referido modelo, conforme Teixeira (2000, p. 274)...

> implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações ‘comunitárias’ no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades nas quais se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.

A Estratégia Município Saudável (OPAS, 200?) estabelece como áreas prioritárias de ação:

- Estabelecer políticas públicas saudáveis;
- Criar ambientes que apoiem e favoreçam a saúde;
- Fortalecer ações comunitárias;
- Desenvolver habilidades pessoais;
- Reorientar os serviços de saúde.

Ao assumir a Estratégia Município Saudável como modelo de atenção à saúde, a gestão municipal deseja:

- Assumir a concepção de saúde como qualidade de vida;
- Admitir a saúde como direito à cidadania;
- Incrementar o processo de reforma sanitária municipal;
- Compreender o processo saúde-doença como produção social, a partir dos determinantes sociais da saúde;
- Assumir o planejamento e a epidemiologia como ferramentas prioritárias da gestão municipal da saúde;
- Incentivar a participação comunitária e o estabelecimento da gestão participativa nos diferentes espaços de atuação sanitária;
- Desenvolver uma política de educação permanente para os trabalhadores da saúde;
- Fomentar ações intersetoriais e interdisciplinares;
- Desenvolver ações de promoção da saúde e de educação popular em saúde nos diferentes territórios[1] sanitários.
- Estabelecer uma agenda coletiva de prioridades entre os diversos setores da gestão pública municipal;
- Propiciar condições para o adequado funcionamento das unidades municipais da saúde, com uma ambiência agradável e humanizada.

[1] Entendemos o território-sanitário como o "[...] território usado, com toda sua simbologia, identidade, sentimento de pertencimento, relações sociedade-natureza, historicidade e organicidade local, envolvendo o *locus* e seus determinantes sociais, culturais, políticos, econômicos, demográficos, laborais e epidemiológico-sanitários, com suas famílias, sujeitos e comunidades/coletividades e redes sociais, em plena relação de constante troca, durante os processos do nascer, crescer, desenvolver, reproduzir, adoecer e morrer, enfim de viver em plenitude cósmica. É uma arena de conflitos e paixões e suas relações de poder em que se reproduz a vida humana e se busca a cidadania integral" (XIMENES NETO, 2007, p. 265).

7 PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

7.1 Linhas de Atenção à Saúde

Atenção Primária à Saúde

- Baixa cobertura de serviços e ações no nível de atenção primária.
- A Estratégia Saúde da Família não se encontra implantada conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, sendo realizadas ações estritamente ambulatoriais.
- Trabalhadores de saúde com pouca ou nenhuma qualificação específica para o exercício de suas atividades laborais.
- O município apresenta uma rede básica de saúde limitada a poucas unidades, em grande parte com estrutura inadequada.
- Os serviços básicos de saúde não atendem a demanda prioritária, a exemplo das gestantes, crianças até cinco anos, sujeitos com hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, Acidente Vascular Cerebral-AVC e outros.
- Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB sem atualização das informações familiares recente.

Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

- O município não possui atendimento nas especialidades básicas.
- A clínica de fisioterapia existente não se encontra em condições de renovação do contrato.
- O hospital existente possui pouca capacidade instalada e baixa resolubilidade, internando apenas casos que são sensíveis a Atenção Primária à Saúde.
- A rede ambulatorial especializada e hospitalar de referência Micro e Macrorregional limita as consultas e exames especializados, além do internamento para determinadas patologias.

- O sistema de transporte sanitário, tanto para o atendimento ambulatorial, como para as urgências e emergências encontra-se limitado e precário.
- Escassez de médicos especialistas na Macrorregião da Saúde.
- Baixa capacidade e resolubilidade dos serviços ambulatoriais.
- Inexistência de serviço local de saúde bucal especializado.
- Excesso de demanda para tratamento oncológico em Fortaleza.
- Elevado número de sujeitos sequelados de AVC e pouca capacidade de serviços especializados em reabilitação dos mesmos.
- Partos realizados na unidade hospitalar local por auxiliares e técnicos de enfermagem.
- Número elevado de sujeitos com insuficiência renal crônica em hemodiálise, demandando uma carga de atenção e gastos com transporte, rotineiramente.
- Levado gasto com transporte sanitário da clientela em tratamento fora do domicílio.

Assistência de urgência e emergência

- Elevado número de acidentes de motos sem o uso de capacete.
- Despreparo dos profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar.
- Inexistência de transporte sanitário para o atendimento pré-hospitalar.
- Inexistência de unidades de urgência e emergência no município.
- Excesso de demanda do hospital de referência macrorregional.
- Inexistência de Unidade de Pronto Atendimento-UPA.
- Número reduzido de leitos de UTI e UTI Neonatal.

7.2 Condições de Saúde

Mortalidade

- As doenças cerebrovascular, as neoplasias e os acidentes de motocicleta são as principais causas de óbitos.

- A causa predominante dos óbitos são as doenças do aparelho circulatório, seguida das respiratórias.
- A mortalidade por causas externas predominante são os acidentes de motocicleta, sendo predominante no sexo masculino e em vias de áreas rurais.
- Os óbitos por causas mal definidas é alarmante devido à inexistência de serviço de verificação de óbitos.

Morbidade – Notificação Compulsória

- Alta prevalência de tuberculose e hanseníase.
- Ocorrência de óbitos por tuberculose.
- Risco de ocorrência de dengue.

Saúde da Criança – Grupo Prioritário

- Elevadas taxas de morbidade por doenças diarreicas agudas e infecções respiratórias agudas.
- Ocorrência de óbitos em crianças menores de um ano.
- Incidência de óbitos neonatais.
- O município não possui na rotina de atendimento a puericultura de crianças de zero a dois anos.
- Ocorrência de crianças vítimas de violência física e sexual.

Saúde da Mulher – Grupo Prioritário

- Município com histórico de mortalidade materna.
- Existência de mulheres com depressão pós-parto não tratada.
- Elevação da gravidez na adolescência, com gravidezes reincidentes.

- Consultas de pré-natal limitadas à Sede do Município, realizadas, principalmente, no ambulatório do hospital.
- Gestantes com acesso restrito aos exames de rotina do pré-natal, principalmente, ultrassonografia e anti-HIV.
- Baixa cobertura da política de humanização do pré-natal e nascimento.

Saúde Bucal

- Inexistência de levantamento epidemiológico.
- Baixa cobertura de saúde bucal, com atendimentos limitados à sede e dias e horários específicos.
- Predominância de práticas de mutilação.
- Inexistência de procedimentos coletivos odontológicos.
- Não fluoretação das águas de abastecimento público para consumo.

7.3. Gestão e Financiamento da Saúde

Assistência Farmacêutica

- O acesso à farmácia básica é restrito à sede do Município.
- A localização da farmácia básica encontrava-se ao lado do gabinete da secretária.
- O espaço de armazenamento dos medicamentos é limitado, sem ventilação e organização adequada.
- O município não possui controle dos medicamentos dispensados à clientelas.
- O profissional farmacêutico dispõe de poucas horas de trabalho para o município.
- A assistência farmacêutica não possui sistema de controle informatizado.
- Elenco de medicamentos limitado.
- Aumento do número de sujeitos utilizando medicamentos de alto custo.
- Demanda crescente por medicamentos.

- Gastos elevados com medicamentos.

Ambiente e Saúde

- O lixo acumula-se em todos os logradouros da cidade.
- Município não possui coleta seletiva de lixo.

Apoio Diagnóstico Laboratorial

- O serviço de patologia clínica – a coleta – ocorre nos espaço do hospital filantrópico uma vez por semana, com número de fichas limitado, em que toda a clientela tem que se deslocar da zona rural para a sede.

Força de Trabalho em Saúde

- Trabalhadores de saúde em sua maioria precarizados.
- Inexistência de uma política de educação permanente para os trabalhadores da saúde.
- Inexistência de Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS.
- Concentração de profissionais com formação universitária na sede do Município.
- Quantitativo de trabalhadores de saúde reduzido.
- Agentes Comunitários de Saúde fora de suas funções/atribuições laborais.
- Predominância de atendentes e auxiliares de serviços gerais com vínculos estáveis.
- Salários dos trabalhadores de saúde com nível de escolaridade básico abaixo de um quarto do salário mínimo nacional.

6 OBJETIVOS, DIRETRIZES/METAS E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1 Linhas de Atenção à Saúde

Objetivos

- Universalizar a Atenção Primária à Saúde para os territórios sanitários, atentando para o processo de consolidação do SUS-Municipal e a melhoria da qualidade de vida;
- Reorganizar a atenção hospitalar em âmbito Municipal;
- Implantar a atenção especializada nas clínicas básicas, buscando a integralidade da atenção e facilidade da acessibilidade, com acesso;
- Efetivar uma rede de urgência e emergência em nível ambulatorial;
- Promover a humanização do parto, assegurando serviço de qualidade e personalizado para a mãe e o recém-nascido;
- Estruturar uma rede de apoio diagnóstico e terapêutica observando às necessidades locais;
- Melhorar a capacidade de gestão do Município;
- Estruturar um sistema de transporte sanitário de qualidade e eficiente.
- Empreender todo fortalecimento possível no Sistema Municipal de Saúde, de forma que contribua para a melhoria dos indicadores de saúde, aumentando o poder de resolubilidade para a garantia do acesso aos usuários do SUS.
- Proporcionar uma melhoria na qualidade de vida da população;
- Universalizar o acesso aos medicamentos básicos;
- Fortalecer o Sistema Municipal de Vigilância à Saúde;
- Consolidar a participação popular com controle social e a gestão participativa nos diferentes espaços e Territórios da Estratégia Saúde da Família;
- Estimular práticas de promotoras da saúde;
- Fortalecer a regionalização sanitária no âmbito da Microrregião da Saúde de Sobral.

Atenção Primária à Saúde – Diretrizes

Qualificar a atenção à saúde nos territórios sanitários a partir da efetivação da Atenção Primária à Saúde-APS.

AÇÃO	META	PERÍODO	ÍTEM ORÇAMENTÁRIO
Estruturar a Estratégia Saúde da Família	• Implantar oito equipes de Saúde da Família	2010 - 2012	
	• Implantar oito equipes de Saúde Bucal	2010 - 2012	
	• Implantar uma Equipe de Agentes Comunitários da Saúde no Distrito de Arariús	2010 - 2012	
	• Adquirir/Contratar veículos automotivos para o transporte das equipes de Saúde da Família para os territórios de atuação	2010 – 2013	
	• Adquirir equipamentos para os Centros de Saúde da Família/Unidades de Saúde de Família	2010 – 2012	
	• Construir um Centro de Saúde da Família na Sede do Município	2010 – 2012	
	• Construir um Centro de Saúde da Família no Anil	2010 – 2012	
	• Ampliar os Centros de Saúde da Família de Jucá, Cacimbas, Arariús, Tapuio, Almas e Sede I	2010 – 2012	
	• Adquirir equipamentos odontológicos para os Centros de Saúde da Família	2010 – 2011	
	• Estruturar onze salas de vacina	2010 – 2012	
	• Estruturar onze salas de aerosolterapia	2010 – 2012	
	• Estruturar onze salas de curativo	2010 - 2012	
	• Estruturar onze salas	2010 - 2012	

	para pré-natal		
	• Estruturar onze salas para exame de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama	2010 - 2012	
	• Reformar os Centros de Saúde da Família	2010 - 2013	
	• Realizar processo seletivo para oito ACS	2010 – 2013	
	• Estruturar casa de apoio para os profissionais de Saúde da Família – uma na Sede e uma no distrito de Jucá	2010 - 2010	
	• Inserir seis educadores físicos nas equipes de Saúde da Família	2010-2013	
	• Implantar Núcleo de Apoio à Saúde da Família	2010-2013	
	• Estruturar oito grupos de idosos, sendo um em cada território da ESF	2010	
	• Estruturar oito grupos de adolescentes, sendo um em cada território da ESF	2010 – 2011	
	• Estruturar oito grupos de gestantes, sendo um em cada território da ESF	2010	
	• Estruturar oito salas de internamento diário nos Centros de Saúde da Família	2010	
	• Implantar a atenção ao sujeitos e famílias em situação de risco e/ou vulnerabilidade nos próprios lares	2010-2011	
	• Ampliar para nove o coletivo de territórios da ESF	2010	
	• Universalizar ações de promoção da saúde da mulher e da criança em	2010	

	100% dos territórios da ESF		
	• Implantar a atenção à Saúde do Homem	2011-2012	
Estabelecer protocolo medicamentoso para Enfermagem	• Um protocolo estabelecido	2010 – 2013	
Estruturar residência de apoio para os profissionais das equipes da ESF na Sede	• Alugar uma casa na Sede	2010	
	• Adquirir movelário básico	2010	
Implantar a política de humanização do SUS	• 100% das unidades de saúde	2010 – 2011	

Atenção Secundária à Saúde – Diretrizes

Qualificar a atenção à saúde nos territórios sanitários a partir da efetivação da Atenção Secundária à Saúde-ASS.

AÇÃO	META	PERÍODO	ÍTEM ORÇAMENTÁRIO
Estruturar o sistema de transporte sanitário	• Adquirir duas ambulância com tração e semi-UTI • Contratar veículos para transporte dos sujeitos doentes do interior para a Sede do Município	2010-2013	
Universalizar apoio diagnóstico e laboratorial	• Estruturar nove postos de coleta de exame posto de coleta de exames laboratoriais • Ampliar a oferta de exames laboratoriais extra PPI em 100% • Realizar contratos com clínicas e hospitais de Sobral • Implantar um serviço de ultrassonografia no Município de modo terceirizado	2010-2013	
Implantar o Centro de Cuidados Complementares e Reabilitação	• Adquirir 100% equipamentos de reabilitação • Contratar profissionais (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e outros)	2009-2010	
Implantar o Centro Integrado de Atenção à Saúde	• Contratar um especialista nas seguintes especialidades: gineco-obstetrícia, neurologia, infetologia, clínica médica, otorrinolarigologia, oftalmologia, urologia, ortopedia, ultrassonografista, pediatria e psiquiatria	2010-2013	
Criar o Hospital Municipal de Cariré	• Desapropriar o Hospital e Maternidade Ana Celestino Rodrigues	2010	

	• Realizar reforma e ampliação	2010-2012	
	• Adquirir 100% equipamentos	2011-2012	
Estruturar ambulatório de pequena cirurgia	• Contratar cirurgião geral	2010-2011	
Implantar parto humanizado	• Estruturar duas salas de parto humanizado no Hospital Municipal de Cariré	2011-2012	
Estruturar a atenção hospitalar às emergências	• Implantar uma Sala de Estabilização	2012-2013	

Assistência Farmacêutica

Universalizar assistência farmacêutica nos territórios sanitários.

AÇÃO	META	PERÍODO	ÍTEM ORÇAMENTÁRIO
Descentralizar o acesso a medicamentos básicos	• Implantar 13 farmácias básicas no Município • Ampliar o valor pactuado na PPI da Assistência Farmacêutica • Adquirir equipamentos para as farmácias	2010-1012	
Aperfeiçoar o ciclo da assistência farmacêutica	• Melhorar o sistema de armazenamento dos medicmantos • Estruturar uma Central de Abastecimento Farmacêutico-CAF climatizada e informatizada	2010	
Informatizar o processo de distribuição dos medicamentos em todo o ciclo da Assistência Farmacêutica	• Adquirir equipamentos de informática para a CAF e 100% das farmácias básicas	2010	
Ampliar o acesso medicamentos psicotrópicos	• Realizar cadastro de 100% dos usuários	2010-2013	
Ampliar o acesso a medicamentos de alto custo	• Garantir o acesso a 80% dos usuários	2010-2013	
Implantar farmácias vivas nas comunidades	• Implantar um canteiro em cada território da ESF		

Força de Trabalho em Saúde

Estabelecer a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de modo participativo e efetiva

AÇÃO	META	PERÍODO	ÍTEM ORÇAMENTÁRIO
Desenvolver uma Política Municipal de Educação Permanente	• Qualificar 100% dos trabalhadores da ESF	2009 – 2012	
	• Realizar curso de gestão em saúde para os noves gerentes da ESF e o do Centro de Cuidados Complementares e Reabilitação	2009 – 2012	
	• Formar oito Técnicos de Saúde Bucal-TSB	2009 – 2012	
	• Buscar financiamento para uma turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	2009 – 2012	
	• Qualificar 100% dos ACS na perspectiva do conceito de território	2009 – 2012	
	• Qualificar 100% dos trabalhadores da saúde nas concepções da Política Nacional de Humanização - HUMANIZASUS	2009 – 2012	
	• Realizar curso sobre políticas de saúde para 100% dos coordenadores e gerentes da Secretaria da Saúde	2009 – 2012	
	• Qualificar a equipe de Vigilância Sanitária	2009 – 2012	
	• Qualificar a equipe de Vigilância à Saúde e Atenção à Saúde em Sistemas de Informação à Saúde-SIS	2009 – 2012	
	• Realizar curso de atualização em controle de endemias para 100% dos Agentes de Endemias	2009 – 2012	
	• Incentivar 100% dos	2009 – 2012	

	trabalhadores da saúde a concluírem os estudos, principalmente, até o ensino médio		
Efetivar trabalhadores da saúde no quadro de servidores municipais	• Realizar concurso Público Municipal	2012-2013	
Implantar Plano de Cargos, Carreiras e Salários-PCCS-SUS	• Implantar Estatuto do Servidor Público • Estabelecer processo de construção do PCCS-SUS	2010 2013	

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Vigilância à Saúde

- Reduzir a morbidade e a mortalidade por doenças e agravos prevalentes no município com base no perfil epidemiológico;
- Promover vigilância do território e de sujeitos, famílias, comunidades e grupos populacionais em situação de risco e/ou vulnerabilidade epidemiológica ou social buscando a qualidade de vida destes e uma atitude ecológica.

Vigilância à Saúde

AÇÃO	META	PERÍODO	ÍTEM ORÇAMENTÁRIO
Estruturar o Núcleo de Vigilância à Saúde	• Implantar um núcleo	2009-2010	
Contratar equipe multiprofissional	• Um coordenador, um enfermeiro, um veterinário, três técnicos	2009-2010	
Aprovar na Câmara Municipal Lei de correição de animais nas zonas urbanas dos Distritos	• Implantar a correição de animais nas zonas urbanas dos cinco Distritos	2009 - 2012	
Capturar cães vadios	• Reduzir em 80% o número de cães vadios na zona urbana da Sede	2010-2013	
Deslocar os currais de animais da Sede e Distritos	• Reduzir em 90% o números de currais da e 70% dos Distritos	2010-2013	
Construir sala de situação em saúde	• Implantar uma na SMS e nos nove territórios da ESF	2010-2013	
Melhorar as condições de saúde de crianças e mulheres	• Reduzir 50% as mortalidades maternas e infantis	2010-2013	
Buscar a eliminação dos casos de dengue no Município	• Reduzir em 90% o IIP • Reduzir a transmissão local da dengue em 90%	2010-2013	
Buscar a eliminação da hanseníase no Município	• Elevar para 00% o número de tratamentos concluídos • Avaliar 100% dos comunicantes	2010-2013	

Melhorar a capacidade diagnóstica da tuberculose	• Ampliar a busca ativa de sintomáticos respiratórios • Elevar para 00% o número de tratamentos concluídos	2010-2013	
Implantar a VISA Municipal	• Estruturar setor na SMS	2010	
Melhorar a capacidade da vigilância epidemiológica, principalmente na investigação, notificação e fechamento de casos; bem como das vigilâncias nutricional, saúde do trabalhador e ambiental	• Organizar 100% do processo de trabalho nas vigilâncias	2010	

Gestão, Controle Social e Gestão Participativa
Aperfeiçoar a capacidade Administrativa Sanitária Municipal.
Fortalecer o controle social e a gestão participativa.

AÇÃO	META	PERÍODO	ÍTEM ORÇAMENTÁRIO
Estruturar os diversos setores administrativos do nível central da Secretaria da Saúde	• Adquirir prédio, insumos e equipamentos, entre outros	2009-2013	
Organizar administrativamente a SMS	• Redefinir estruturar administrativa da SMS, além da missão, valores e visão	2010	
Incrementar o Controle Social e a Gestão Participativa	• Reestruturar o Conselho Municipal da Saúde por meio de eleições diretas • Implantar Conselhos Locais da Saúde por Território da ESF • Alterar a Lei do Controle Social para incluir os Conselhos Locais da Saúde e as Rodas de	2009-2013	

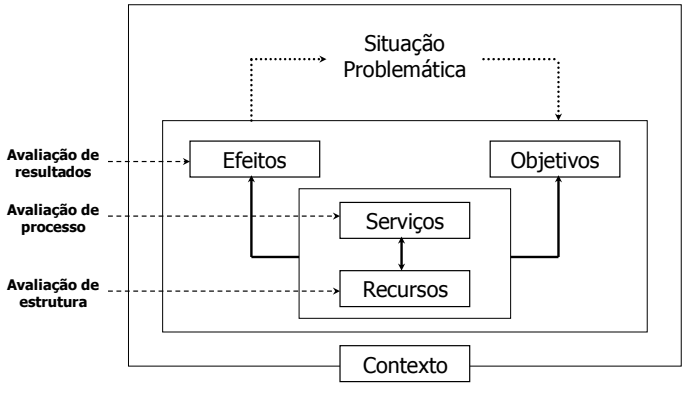
	Gestão • Institucionalizar as Rodas de Gestão nos serviços de saúde		
Criar Ouvidoria Municipal	• Implantar caixas de ouvidoria nas unidades de saúde		
Reestruturar administrativamente a SMS conforme o Contrato de Organizativo de Ação PúblicaCOAP	• Implantar o COAP • Avaliar mensalmente os indicadores do COAP		

Monitoramento e Avaliação

Avaliação proposta por Donabedian (1992), inclui as dimensões: estrutura, processo e resultados. Segundo Donabedian, 1992 (*apud* Tronchi, Melleiro, Takahashi, 2005), a avaliação compreende:

- Estrutura: "implica as características relativamente estáveis das instituições, como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional";
- Processo: "refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento";
- Resultado: "é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do cliente da população".

Figura 1 — Avaliação da Qualidade: O Modelo de Donabedian



(GRIS, Universidade de Montreal, 1992)

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 18) A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: organização e funcionamento /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 100 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Contagem da população – 2007.** 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 56 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue:** diagnóstico e manejo clínico. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível Municipal 2006 – 2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1).

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão-SEPLAG. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará-IPECE. **Perfil Básico Municipal – Cariré.** Fortaleza: IPECE, 2007.

CIAMPONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M., TAKAHASHI, R.T. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 4. p. 37-53.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPAS. *Saúde coletiva*. Disponível em: <http://www.opas. org.br/coletiva/temas.cfm?id=28&Area= Links> Acesso em: 10 jun. 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPAS. Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Brasília: OPAS, 200?.

PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Capítulo 24. p. 767-782.

TEIXEIRA, C. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-ISC, 2001.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, eqüidade e necessidades prioritárias de saúde. In: In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde-CNS. **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: CNS, 2000. p. 261-281.

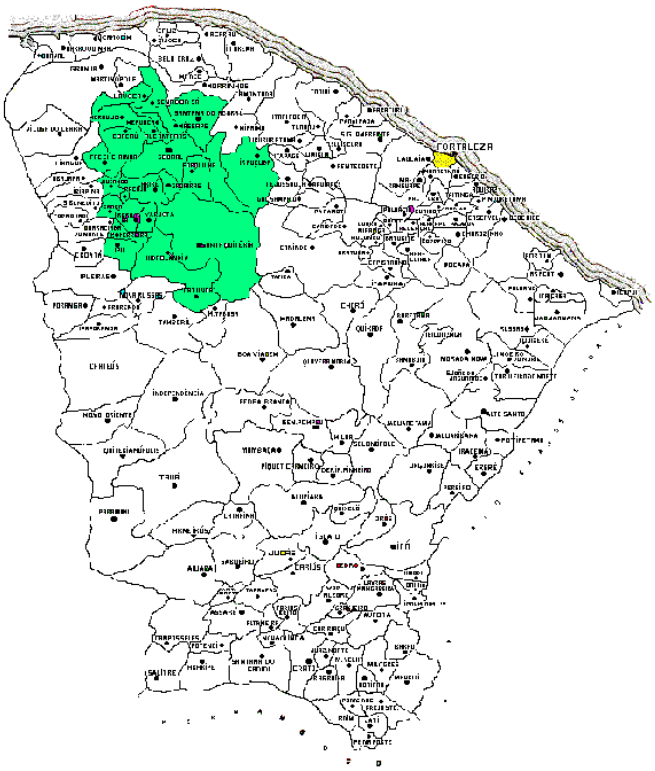
TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação:** o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1995.

XIMENES NETO, F.R.G. **Gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gerentes**. 2007. 463 f. Dissertação (Mestrado

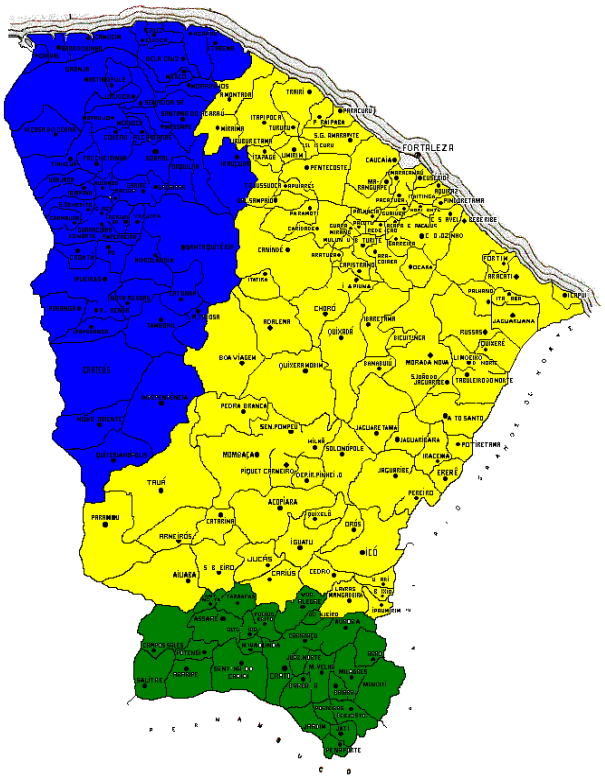
Acadêmico em Saúde Pública), - Universidade Estadual do Ceará - UECE, Fortaleza, 2007.
XIMENES NETO, F.R.G. **Gestão estratégica nos territórios da saúde**. Cariré: Secretaria da Saúde, 2009.
BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil.** Disponível em: http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh.php. acesso em: 26 jun. 2009.
JORNAL O POVO. Anuário do Ceará 2008 – 2009. Fortaleza: Jornal O POVO, 2008.

Anexos

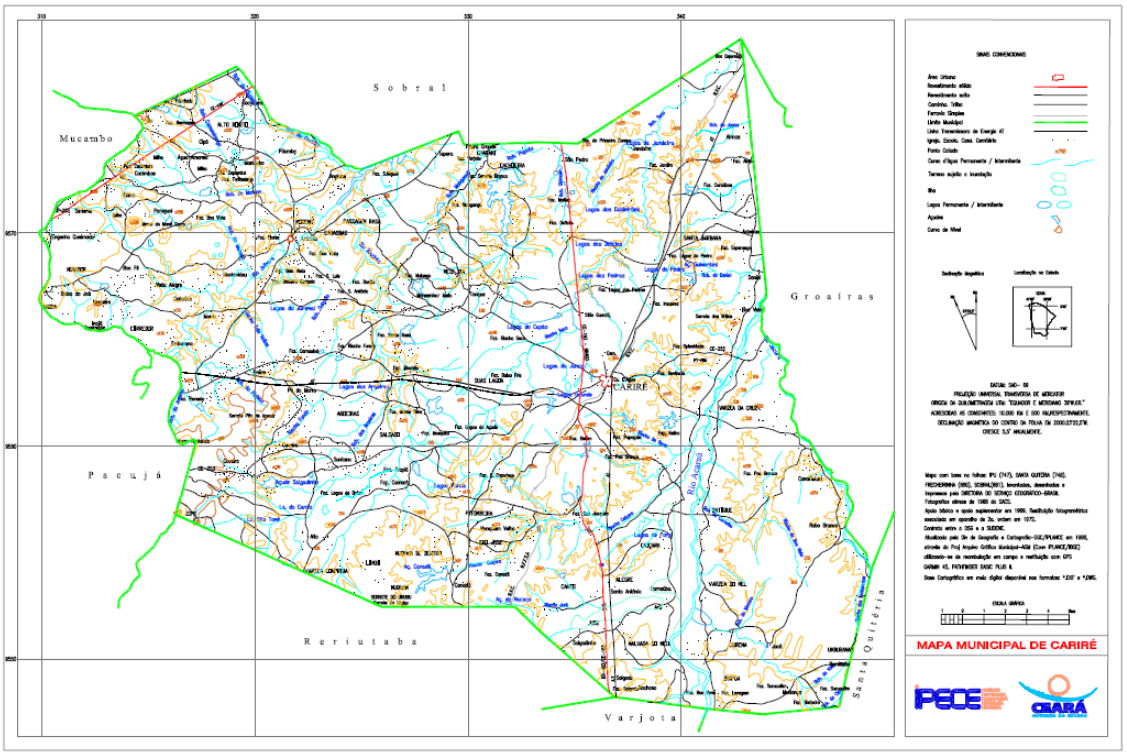
ANEXO A
MAPA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL



ANEXO B
MAPA DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO CEARÁ



ANEXO C
MAPA DO MUNICÍPIO DE CARIRÉ



PORTARIA PLANEJASUS MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIRÉ

PORTARIA N° 67/09 CARIRÉ, ESTADO DO CEARÁ, 20 DE ABRIL DE 2009.

Dispõe sobre a Constituição e Nomeação da Comissão Municipal de Planejamento do Sistema Único de Saúde - PLANEJASUS e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CARIRÉ, ESTADO DO CEARÁ, no uso de suas atribuições e prerrogativas legais, e em conformidade com a Portaria Nº. 3.085 de 1º de dezembro de 2006 do Ministério da Saúde.

Considerando que o planejamento constitui instrumento estratégico para a gestão do SUS;
Considerando que a elaboração/construção, operacionalização e avaliação do Plano Municipal da Saúde é condição *sine qua non* para gestão do Sistema Municipal de Saúde;

RESOLVE:

Art.1º - CONSTITUIR a Comissão Municipal de Planejamento do SUS - PLANEJASUS.

Art.2º - NOMEAR os seguintes membros para compor a Comissão Municipal de Planejamento do SUS:

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – Coordenador
Daniele Tomaz Aguiar
Liduína Maria Evangelista Moraes
Caetano José Sousa Frota
Adriano Ferreira Martins
Benedita Tatiane Gomes Liberato
Francisco Rodrigues Martins
Joacyr Sabóia Pereira
Karen D'Angela Soares de Souza
Kelvya Abreu Silva
Maria Alessandra Carvalho Albuquerque
Rafaella Almeida Ribeiro
Raimundo Edílson Lopes
Regina Cláudia Albuquerque Melo

Art. 3 – O Coordenador da Comissão Municipal de Planejamento do SUS - PLANEJASUS será o Secretário da Saúde - Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.

Art. 4 – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

PAÇO MUNICIPAL DA PREFEITURA DE CARIRÉ, EM 20 DE ABRIL DE 2009.

Antonio Rufino Martins
Prefeito Municipal