

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA -

NESC/CPQAM/FIOCRUZ - RECIFE - PE

**CURSO REGIONALIZADO DE ESPECIALIZAÇÃO PARA DIRIGENTES DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**PROJETO DE ASSESSORIA PARA
AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
NO CONTEXTO DA VIGILÂNCIA À
SAÚDE**

GLÁUCIA MARIA REIS DE NORÕES

CONSULTA

Fortaleza - Ceará

Abril - 1995

**(043.4) "1995"
N852p**

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO.....	2
3.	SITUAÇÃO ATUAL.....	3
	3.1. Aspectos Demográficos.....	3
	3.2. Aspectos Sócio-Econômico-Sanitários.....	4
	3.3. Situação de Saúde.....	7
	3.3.1. Morbi-Mortalidade.....	7
	3.3.2. Infra-Estrutura dos Serviços.....	12
	3.3.3. Vigilância Sanitária.....	14
4.	FORMATO 1 - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E SELEÇÃO.....	20
5.	PROBLEMA SELECIONADO.....	22
	5.1. Municípios por Abastecimento de Água em Residências - 1991.....	23
	5.2. Municípios por Destino do Lixo - 1991.....	23
	5.3. Municípios por Uso de Instalação Sanitária - 1991.....	24
	5.4. População Residente, de Cinco Anos ou Mais, com Indicação de Alfabetização - 1991.....	25
	5.5. Rede de Serviços Existentes, por Município e Tipo de Unidades - 1991.....	25
6.	FORMATO COMPLEMENTAR - ATORES RELEVANTES.....	27

7.	FORMATO 2 - DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	28
8.	FORMATO 3 - EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA.....	29
9.	FORMATO 4 - SELEÇÃO DE NÓS CRÍTICOS.....	30
10.	FORMATO 5 - NÓS CRÍTICOS: DESCRIÇÃO E ATORES QUE OS CONTROLAM.....	31
11.	FORMATO 6 - DESENHO DE OPERAÇÕES.....	32
12.	FORMATO 9 - MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO.....	35
13.	BIBLIOGRAFIA.....	36
14.	ANEXOS.....	37

1. INTRODUÇÃO

Este Projeto constitui trabalho de avaliação individual do Módulo de Planejamento em Saúde e de finalização do Curso Regionalizado de Especialização para Dirigentes de Vigilância Sanitária promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública e Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva - NESC / CPqAM/FIOCRUZ, em Recife - PE.

Tem o objetivo de implantar a prática da vigilância sanitária nos municípios, integrando-a no contexto das demais ações de Vigilância à Saúde.

Inicialmente situou-se o Estado, suas condições sócio-econômicas, aspectos demográficos e sanitários. Em seguida os dados de morbi-mortalidade, características da rede de serviços, bem como análise situacional da vigilância sanitária.

Diante da situação apresentada, relacionou-se um problema para intervenção, aplicando-se a metodologia do planejamento estratégico simplificado, proposto por RIVERA & ARTMANN.

Ressalte-se que este projeto de assessoria deverá ser desenvolvido por município e, conforme realidade local, será elaborado um Plano de Intervenção, baseado no planejamento estratégico participativo.

2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O Estado do Ceará situa-se na Região Nordeste do Brasil, possuindo uma área de 148.016 km², limitando-se territorialmente por outros quatro estados: Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco. Banhado pelo oceano Atlântico, dista 1.667 km da Capital Federal.

Político-administrativamente subdivide-se em 184 municípios, aglomerados em 20 Regiões Administrativas, instâncias desconcentradas de poder que aglomeram municípios segundo critérios geográficos e facilidade de acesso, dentre outros.

A pluviosidade é irregular, estando com 94,8% de seu território compreendido no Polígono das Secas. Conseqüentemente as principais bacias hidrográficas - Jaguaribe, Acaraú, Coreaú, Curu, são formadas por rios intermitentes.

3. SITUAÇÃO ATUAL

3.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Segundo o Censo Demográfico de 1991, aqui vivem cerca de 6.366.647 habitantes, distribuídos irregularmente no território cearense. Em áreas serranas, vales fluviais e litoral o adensamento é significativo, enquanto o sertão apresenta densidades demográficas baixas.

O Ceará é caracterizado pela extrema mobilidade de sua população. Fenômenos climáticos desfavoráveis funcionam como fatores expulsivos, responsáveis em grande parte pelo êxodo rural, como pelos movimentos para fora do Estado, principalmente regiões Sul e Sudeste.

As migrações internas, além de constantes secas e má distribuição de terras são ocasionadas pela instalação de polos de desenvolvimento industrial em algumas áreas, o que representa maior oferta de emprego e outras oportunidades. As cidades, no entanto, não têm conseguido corresponder ao acréscimo populacional, em termos de melhoria da qualidade de vida da maioria de seus habitantes.

Considerando-se a estrutura etária, verifica-se que a população é significativamente jovem. Dados censitários (IBGE, 1991) demonstram que 49,5% do contingente populacional corresponde a faixa etária de 0 a 19 anos, 42,8% possui entre 20 e 59 anos e somente 7,7% está na faixa de 60 anos e mais. É uma composição típica de regiões subdesenvolvidas, apresentando alta taxa de natalidade e expectativa de vida bastante reduzida.

A grande proporção de crianças e jovens traz repercussões de ordem econômica, uma vez que se trata de um grupo essencialmente

consumidor, oferecendo uma sobrecarga para os adultos que constituem o grupo produtivo.

3.2. ASPECTOS SÓCIO - ECONÔMICO - SANITÁRIOS

As bacias hidrográficas foram a base territorial para formação da estrutura sócio-econômica do Estado, cujo principal fator de formação foi a pecuária extensiva, caracterizada por grandes latifúndios e exploração de mão-de-obra. Ao redor das grandes fazendas conviviam pequenas roças para cultivo de subsistência do vaqueiro, sua família e agregados.

"O proprietário de terras, "Coronel" da Guarda Nacional, se impôs pela violência, ditava os rumos do relacionamento social e político, explorando no trabalho, apadrinhando, protegendo ao mesmo tempo que oprimia e dominava, aqueles que gravitavam em torno de sua propriedade e de sua pessoa". (SOUZA, 1989)

Os fatos históricos supramencionados determinam o atual sistema sócio-econômico do Ceará, cuja característica peculiar é a centralização de riquezas.

Com relação a estrutura de renda, observa-se o quanto ela é concentrada. Praticamente 63% dos chefes de domicílios ganham até 1 salário mínimo mensal, crescendo-se para 81,8%, ao se considerar até 2 salários mínimos. A situação dos residentes nas zonas rurais é bem mais grave, haja vista que 83,7% dos chefes de domicílios percebem até salário mínimo (95,9% considerando-se até 2 salários mínimos).

Para se ter uma idéia do quadro de pobreza, basta-se dizer que a maioria (63%) dos chefes de famílias não conseguem prover a subsistência de seus familiares. Isto porque auferem 1 salário mínimo

mensal, e teriam que gastar quase a totalidade de seus rendimentos apenas com a ração essencial necessária a um adulto, ^e Considerando-se que a cesta básica alimentar em Fortaleza, no mês de fevereiro/95 atingiu R\$ 55,72%, correspondendo a 79,6% do salário mínimo vigente. Sem falar nos gastos com moradia, vestuário, transporte e outros.

Outro fator de empobrecimento da população é a estrutura fundiária com má distribuição de terras. Avaliando dados do Censo Agropecuário de 1985, vê-se que os grandes estabelecimentos rurais, os que têm mais de 1.000 hectares, representam 0,3% das unidades produtivas, mas abrangem 20,2% do total da área ocupada. Em contrapartida, a maioria (63,3%) é constituída por pequenos estabelecimentos de menos de 10 hectares, aos quais correspondem apenas 6,2% da área (Bol. Inf. nº 2, IBGE, 1993).

Segundo SOUSA (1992), "a alta concentração de terras no Ceará, com a presença de grandes propriedades de terras total ou parcialmente improdutivas, é uma dificuldade à produção suficiente de alimentos para atender às necessidades de consumo da população. O déficit alimentar é crônico no Estado, pois se reporta aos primórdios da colonização. A produção interna é insuficiente para atender a demanda até nos anos de bom inverno".

Considerando-se os setores produtivos dominantes, dados disponíveis (IPLANCE, 1992 e PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 1991/95) demonstram que a principal atividade econômica são os serviços, que respondem por 58,6% do Produto Interno Bruto, englobando o fluxo de turismo e artesanato, notadamente na faixa litorânea. Em seguida, tem-se a indústria (26,8%) concentrada na zona metropolitana de Fortaleza, regiões de Sobral e Ibiapaba. No litoral, a pesca industrial insere o

Estado no rol dos maiores exportadores de lagosta e camarão. No setor agropecuário, responsável por 14,6% do PIB predominam a agropecuária extensiva e cultura de subsistência.

Relativamente à Educação, constata-se que o elevado índice de analfabetismo é importante obstáculo na persecução da melhoria social. Este dado é alarmante, pois cerca de 37,4% dos cearenses maiores de 15 anos se encontram nesta condição, com uma proporção pior para a zona rural, onde este índice eleva-se para 58,8%. Das crianças e adolescentes em idade obrigatória de escolarização (7 a 14 anos), 37% estão fora das escolas (IBGE, 1991). Tal configuração demonstra que a necessidade imediata da sobrevivência nega ao cearense o interesse pelo estudo.

Com relação às condições de saneamento básico tem-se, através dos dados do Censo Demográfico de 1991, que 63,6% dos domicílios não dispõem de água encanada. Destes, apenas 6,2% utilizam água da rede de abastecimento público através de chafarizes. Os demais, principalmente na periferia das cidades e zona rural, consomem água das mais diversas fontes - poço ou bica (19,4%), água da chuva ou carro pipa (38%).

Quanto ao destino do lixo, constata-se que 43% dos domicílios existentes no Estado são atendidos por coleta pública sistemática, ao passo que 36% depositam o lixo a céu aberto, incluindo margens de rio (0,9%) e 13,4% dá outro destino não definido.

Referindo-se ao uso de instalação sanitária, em cerca de 56,4% dos domicílios pesquisados, verifica-se que 61,8% dos domicílios possuem fossa rudimentar, 23% fossa séptica, 31% depositam dejetos a

céu aberto e apenas 11% estão ligados à rede geral de coleta, além do que 1,1% não informou o destino.

Dados contidos no Plano Estadual de Saúde 1991/95, referem que segundo o IBGE, o tipo de habitação ou domicílio do cearense é rústico, construído de material improvisado: madeira aproveitada, folhas de zinco, caixotes, paredes de taipa. Na área urbana, encontram-se casas de alvenaria cobertas com telhas, muitas vezes sem reboco e sem piso.

As informações retrocitadas demonstram as precárias condições sócio-econômico-sanitárias que favorecem o surgimento de enfermidades como a desnutrição, doenças diarréicas, as endemias e epidemias, convivendo, porém, com doenças características de economias desenvolvidas, a exemplo das doenças cardiovasculares, acidentes de trânsito, câncer e outras.

3.3. SITUAÇÃO DE SAÚDE

3.3.1. Morbi-Mortalidade

"O Ceará apresenta perfil epidemiológico com quadro de transição entre a ocorrência predominante de doenças transmissíveis, típicas de áreas subdesenvolvidas, decorrentes das precárias condições sócio-econômico-sanitárias da população e a ocorrência de doenças crônico degenerativas e violências, que passam a assumir destaque. Esta última, em consequência da miséria ou mesmo da falta de perspectiva do homem, que convive em uma sociedade capitalista, cuja finalidade é o lucro". (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 1991/95).

A mortalidade infantil em 1994 foi de 50 óbitos/1000 nascidos

vivos, índice considerado elevado. Fato este motivado, principalmente, pelo analfabetismo das mães, abastecimento de água inadequado, falta de aleitamento materno e de acessibilidade aos serviços de saúde. Conclusão a que chegou a Secretaria de Saúde do Estado, após estudo.

A incidência das doenças imunopreveníveis (Tabela I), confirma-se a erradicação da poliomielite. O tétano neonatal recentemente vem ^{sendo} reduzindo, em consequência da melhoria das coberturas vacinais de tríplice (Tabela IV). Este, encontra-se em processo de controle e o trabalho na área de vigilância epidemiológica resultou num sistema de notificação mais sensível, com aumento de 100% dos casos de 1991 para 1992. Registra-se alta letalidade de 77% em todo o Estado, na capital 60% e interior 100%. A maioria dos casos *88,9%) resultou de parto domiciliar e mais de 2/3 das mães não tinham realizado pré-natal, segundo informações de Epidemiologia do Estado.

Quanto ao tétano acidental nota-se um decréscimo, embora ainda não exista vacinação sistemática voltada aos grupos de risco. O mesmo ocorre com a difteria e coqueluche, evidenciando o aumento das coberturas vacinais de tríplice.

O sarampo, a subnotificação ainda persiste, mas percebe-se redução no número de casos, motivada pelas altas coberturas vacinais.

A tuberculose, maior endemia do Estado, sua tendência é crescente, pelo empobrecimento da população e da atual situação da AIDS que vem apresentando 4.000 casos novos ao ano. (?)

A AIDS encontra-se em ascensão. No Ceará, de 1991 a 1994, foram registrados 786 casos, sendo que 76,4% na capital. Em 1994, a razão homem/mulher foi de 6:1, sendo que a forma de transmis-

são sexual foi a mais importante, responsável por 80,1% dos casos, seguida da forma sanguínea e 15,4% não houve identificação.

Em 1994 a incidência foi de 2,38 casos para 1.000.000 habitantes (Tabela II) .

A cólera chegou ao Estado em 1992, com 2.524 casos e incidência de 39,7 casos/100.000 habitantes, agravando-se a situação em 1993, quando atingiu mais de 94 municípios (49% do total), registrando 22.738 casos e incidência de 339,6 casos/1.000 habitantes. Observa-se, porém, uma redução em 1994 (Tabela III), cuja incidência ainda é alta, 283,4 casos/100.000 habitantes. A mortalidade em 94 foi de 1,4 óbitos p/1000 habitantes e a letalidade 0,5% (Tabela VIII).

A febre tifóide nota-se redução de 1991 a 1994, com 158, 120, 105 e 148 casos, respectivamente. Porém, segundo informações do Departamento de Epidemiologia do Estado, comparando sua distribuição espacial ano a ano, evidencia-se subnotificação de casos.

A raiva humana (Tabela V), ainda constitui um problema de saúde pública, com 7, 4 e 4 casos em 1991, 1992 e 1993, respectivamente, não ocorrendo nenhum caso em 1995. Percebe-se a necessidade de intervenções educativas à população, a fim de perseguir a inexistência desta doença.

Houve aumento no número de casos de leptospirose, estando relacionado com a precariedade do saneamento, agravada pelo aumento da pluviosidade no primeiro semestre do ano. A maior concentração de casos é em Fortaleza (87, 3%).

Ocorreram epidemias de dengue em 1987, 1990, 1991 e

1994, surgindo neste último ano, os primeiros casos de dengue hemorrágico (Tabela VI).

Essas epidemias seguidas e o surgimento das formas graves, explica-se pela descontinuidade nas ações de combate ao vetor e a população susceptível previamente sensibilizada pela infecção com sorotipo DEN-1 e surgimento do sorotipo DEN-2.

As meningites em geral, apresentam incidência crescente (Tabela VI), bem como a doença meningocócica. Esta última vem apresentando nos anos de 1991 a 1994 os respectivos números de casos: 113, 70, 133 e 258, sendo a Capital responsável em 1994, por cerca de 58,1% destes. A letalidade vem diminuindo, decorrente da melhoria no atendimento dos casos (Tabela VII).

A meningite tuberculosa por ser evitável por vacinação, vem apresentando queda na sua incidência.

Quanto a hanseníase, o Ceará constitui área de alta endemicidade. Nos últimos 10 anos, observa-se tendência ascendente, segundo a coordenação estadual de controle desta endemia. De 1991 a 1993, o número de casos novos foi respectivamente 1.246, 1.283 e 1.334. Em 1993 havia 4.605 casos em registro ativo, mas houve uma significativa redução na ordem de 32,7% em relação a 1991. Essa queda deve-se principalmente à cura dos pacientes.

Foram notificados nos anos de 1990 a 1994, 490 casos de cisticercose humana, com 6 óbitos. Baseado neste diagnóstico, embora subnotificado, o Estado implantou um programa de controle a exemplo do que ocorre no Paraná.

Quanto às intoxicações, acredita-se haver grande subnotificação, pelo reduzido número de fontes informantes. Ressalte-se que os acidentes na zona rural não são notificados, principalmente os ligados ao manuseio inadequado dos agrotóxicos.

Houve aumento gradativo no número de casos, de 1992 a outubro de 1994, com 2.581, 4.036 e 3.207 casos respectivamente. Em 1994, a maioria dos casos (87,9%) era proveniente da capital e as faixas etárias mais atingidas foram 20 a 29; 10 a 19 e 1 a 9 anos, correspondendo a 25,03%, 19,37% e 17,63% dos casos.

Os agentes tóxicos responsáveis pelo maior número de casos, excluídos outros agentes tóxicos não identificados, que contribuem com 26,22%, seguem-se intoxicações medicamentosas, com 24,70%, acidentes por animais peçonhentos com 16,01% e intoxicações alimentares, 7,6%.

Observa-se em geral, a necessidade de atenção para o aspecto educacional da população em que medidas preventivas devem ser desencadeadas para evitar as intoxicações, além de outras medidas de vigilância sanitária no tocante ao controle da venda de fármacos e agrotóxicos.

Com relação as doenças por causas externas, a maioria dos óbitos é por acidentes de trânsito (37,6%), seguido dos homicídios (27,8%), demais acidentes (21,4%), outras violências (6,1%) e suicídios (6,7%). As faixas etárias mais atingidas são as de 25 a 34 (27,9%) e 15 a 24 anos (23,3%), sendo nítida a predominância do sexo masculino para todos os tipos de violência. Evidencia-se maior violência na Capital (732 casos que no interior (585) casos), por concentrar apenas 1/3 da população do Estado. (Dados até setembro de 1994).

3.3.2. Infra-Estrutura dos Serviços

Distribuição da Rede de Serviços de Saúde, segundo o Tipo
Ceará - 1995

TIPO	NÚMERO	%
Posto de Saúde	1.210	42,43
P.A.M	33	1,15
U.H. Geral	237	8,29
U.G. Especializada	15	0,52
P.S. Geral	8	0,28
P.S. Cadiológico	0	0,00
P.S. Psiquiátrico	0	0,00
Unidade Mista	43	1,50
Cons. Odontológico	143	5,00
Lab. Anal. Clínicas	66	2,31
Lab. Radiológico	7	0,24
Lab. de Med. Nuclear	1	0,03
Lab. de Tomogr. Comp.	0	0,00
Clin. de Psicologia	0	0,00
Unidade de Hemodial.	4	0,14
Lab. Imunogenética	0	0,00
Unid. Mov. Terrestre	13	0,45
Clin. Psiquiátrica	1	0,03
Outros S.A.D.T.	29	1,01
Centro de Saúde	375	13,12
Policlínica	244	8,54
U.H. Pediátrica	13	0,45
Maternidade	53	1,85
P. S. Pediátrico	6	0,21
P. S. Traumato-Ortop	0	0,00
P. S. Outros Espec.	0	0,00
Clínica Odontológica	107	3,74
Cons. Médico	122	4,27
Lab. Anatomia-Patol.	10	0,35
Lab. de Hemodinâmica	0	0,00
Lab./ de Ultrasson.	2	0,07
Clin. de Fisiot/Reab	35	1,22
Unidade de Radioter.	0	0,00
Hemocentro	4	0,14
Unid. Mov. Fluvial	0	0,00
Unid. Mov. Aérea	0	0,00
Clin. Especializada	58	2,03
Outros	18	0,63
TOTAL	2.857	100,00

Fonte: SESA/CEARÁ

Com respeito a estrutura da rede, nota-se que a maioria dos serviços são ambulatoriais, estando no primeiro nível de assistência (Postos e Centros de Saúde), com 42,43% e 13,12%, respectivamente, do total de unidades. Cerca de 9,26% correspondem a unidades hospitalares gerais, especializadas e pediátricas, enquanto 13,43% equivalem a unidades ambulatoriais com serviços especializados, tais como os PAM's, clínica de psiquiatria, policlínicas, posto de saúde geral e pediátrico, clínicas odontológicas e outras clínicas especializadas.

O Estado dispõe de 4 hemocentros, um na capital e 3 no interior.

Quanto ao tipo de prestador, 53,9% são de órgão público municipal, 11,3% de órgão estadual, 18,8% correspondem a serviços contratados, 7,31% são de entidades filantrópicas conveniadas, 5,6% sindicatos/entidades de classe que prestam serviços, 2,8% de órgãos federais e 0,03% corresponde ao um hospital universitário.

Referindo-se ao apoio laboratorial de análises clínicas, 41,31% das unidades não tem laboratório próprio, mas acessa de terceiros; 41,02% não dispõe; 11,97% possui laboratório de menor complexidade; 4,79% possui laboratório de exames de maior complexidade e 0,91% possui laboratório vinculado.

Com relação ao ^{SU}aporte laboratorial para as ações de vigilância sanitária, o Estado possui um único laboratório localizado na Capital.

A distribuição dos serviços de saúde no Estado não se dá de modo equitativo. Há concentração destes na Capital e em algumas regiões, em detrimento de outras. Este fato denota, principalmente, a

forma como eram estruturados, resultantes da força política nessas regiões.

3.3.3. Vigilância Sanitária no Estado

No Estado do Ceará as atividades de vigilância sanitária eram exercidas pelo extinto Serviço Estadual de Fiscalização da Medicina, órgão criado através do Decreto Estadual nº 522, de 23.03.39, cujas funções consistiam no controle de entorpecentes, fiscalização profissional e habilitação de práticos, segundo diretrizes do Departamento Nacional de Saúde. Em princípio vinculado esdruxulamente ao Centro de Saúde de Fortaleza, passa a integrar o Departamento Estadual de Saúde, da Secretaria de Educação e Saúde do Ceará.

Posteriormente, no final dos anos 70, ainda sob a vigência da Lei nº 9.629, de 17.10.72 (Código Estadual de Saúde), passa a denominar-se Divisão de Fiscalização de Saúde do Departamento de Coordenação de Saúde, incluindo-se dentre suas atribuições a fiscalização das condições do meio ambiente. A estruturação da Prefeitura Municipal de Fortaleza, possibilitou, por intermédio da Portaria nº 408, de 06.02.81, o repasse de funções de aprovação de projetos, fiscalização de edificações e do comércio de alimentos, para aquele município.

Em 16 de dezembro de 1982, foi promulgada a Lei nº 10.760, a qual dispõe sobre o Sistema Estadual de Saúde, definindo atribuições do órgão de vigilância sanitária. Consiste na reprodução de normas federais, inovando quanto aos critérios para licenciamento dos serviços de saúde.

Por volta de 1989 foi reestruturado o Departamento de Vigilância Sanitária da forma como atualmente se apresenta. Vincula-se à Secretaria Estadual de Saúde, instituição pertencente a administração direta do Poder Executivo no Estado. Internamente é composto por quatro divisões que subdividem-se em serviços, os quais procuram abranger o universo de funções atribuídas pelo arcabouço jurídico vigente.

São as seguintes as divisões e seus respectivos serviços: Divisão de Produtos - DIPRO, subdividida em Serviço de Inspeção de Medicamentos e Cosméticos, Serviço de Inspeção de Alimentos, Serviço de Inspeção de Saneantes Domissanitários, Produtos Químicos e Agrotóxicos; Divisão de Fiscalização dos Serviços de Saúde - DIFISS, composta pelo Serviço de Inspeção de Atividades Hemoterápicas, Serviço de Inspeção Ambulatorial e Hospitalar e Serviço de Inspeção das Atividades de Diagnóstico e Terapia; Divisão de Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador, formada pelos Serviços de Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador, e, por último, o Núcleo de Assistência e Consultoria Jurídica.

Consiste, portanto, em uma estrutura segmentada, cuja característica marcante é a divisão de trabalho em setores, os quais se especializaram na execução de atividades isoladas. É uma estrutura por demais estratificada, cujas subdivisões têm atribuições definidas nas Normas de Estruturas - NES da Secretaria de Saúde. Note-se que é modelo organizacional que denota fisiologismo e reflete inspiração no órgão central de vigilância sanitária.

Relativamente aos recusos humanos tem-se que 73 servidores exercem atividades no órgão de vigilância sanitária, sendo que

64% tem nível superior, 13% pertencem ao grupo de nível médio e 13% possui nível elementar. No tocante às categorias profissionais existentes, vê-se que existe uma diversificação acentuada, determinada pelo caráter multiprofissional e interdisciplinar que permeia a prática das ações de vigilância sanitária. Por conseguinte, tem-se advogados, biólogo, farmacêuticos, engenheiros, enfermeiros, físico, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, químico, tecnólogos de saneamento, geólogo, geógrafo e fisioterapeuta. A grande proporção de técnicos de nível superior denota a especialização da equipe para execução de atividades complexas, próprias do nível estadual.

A aprovação do Plano Estadual de Cargos e Carreiras contemplou a criação das carreiras de Inspetor Sanitário, nível médio (Lei nº 11.965/92) e Inspetor de Saúde, nível superior (Lei nº 12.386/94). Através de dispositivos legais reconheceu-se a especificidade das ações de vigilância sanitária, delimitou-se atribuições e estabeleceu-se pré-requisitos para o exercício destas atividades.

Com referência ao aspecto gerencial, vê-se que o processo de descentralização no Estado vem ocorrendo paulatinamente. Dos 184 municípios que compõem a estrutura político-administrativa estadual, 133 assumiram as responsabilidades de gestão dos Sistemas Locais de Saúde no nível incipiente e 4 enquadraram-se na gestão semi-plena, seguindo orientações dispostas na Norma Operacional Básica - NOB/93 do Ministério da Saúde. Deste universo, apenas 21 municípios executam atividades de vigilância sanitária, especificamente nas áreas de produtos (alimentos e medicamentos) e meio ambiente.

A descentralização das ações de vigilância sanitária constitui um desafio, por configurar transformações de natureza cultural. Há um

falso entendimento do que sejam ações de vigilância sanitária, imperando a idéia de mera ação policesca que afugenta eleitores, ou atividade de ~~so~~menos importância dentre as ações de saúde. A falta de decisão política a nível estadual concorre para o agravamento da situação.

O exacerbado grau de pobreza e analfabetismo no Estado impedem a formação de consciência plena de cidadania, favorece a timidez de atuação popular nos Conselhos de Saúde, que passam a não exigir dos governantes intervenção mais efetiva e eficaz diante dos problemas de saúde indetificados, sobretudo, ação permanente objetivando evitar que tais problemas aconteçam, antecipando-se aos mesmos.

A falta de transparência administrativa nega acessibilidade aos cidadãos às informações em vigilância sanitária, e constitui, juntamente com o fatores retrocitados, elementos desfavoráveis a expansão destas ações no Estado. "Não se privilegia a participação do cidadão e da comunidade, como legítimos demandantes e destinatários das ações de vigilância sanitária, cuja participação é imprescindível, única capaz de transformar a vigilância sanitária em efetivo instrumento de ação social". (SNVS, 1990)

Por último, e não menos importante, a pouca utilização da Epidemiologia não permite uma visão ampla e integralizada no contexto sócio-econômico, racionalização de recursos, priorização de atividades e de grupos populacionais de risco.

Os municípios, muito embora cumpram com os ritos formais necessários à gestão do SUS no seu território, estão em processo de reorganização para assumir suas novas atribuições.

Desse modo, não obstante às diretrizes impostas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), o Departamento de Vigilância Sanitária, juntamente com as 14 Regionais de Saúde (estruturas desconcentradas da Secretaria de Saúde), permanecem executando atividades que deveriam ser desempenhadas por níveis locais de saúde. Ações de pouca complexidade são cumuladas com atividades estratégicas a exemplo da inspeção em linha de produção de medicamentos, alimentos e correlatos, monitoramento da qualidade do sangue e hemoderivados, inspeção dos serviços hospitalares e daqueles que utilizam radiações ionizantes, análise processual para registro de produtos. As decisões em processos administrativos fiscais instaurados nas regionais e são exarados a nível central, ocasionando acúmulo e lentidão.

Uma Vigilância Sanitária voltada para as funções estratégicas de cooperação técnica aos municípios, planejamento, acompanhamento e avaliação, normatização e adoção do enfoque do risco epidemiológico é o novo papel da instância estadual. A execução deverá ser direcionada para atividades que exijam equipe e tecnologia especializada e contemplar a participação da comunidade, a integração multisetorial e integrar-se as demais ações de saúde, estabelecendo canais de referência com os níveis municipais e federal, objetivando eficácia e efetividade às ações.

O financiamento das ações de vigilância sanitária é uma questão indefinida. O Departamento de Vigilância Sanitária é cadastrado como unidade orçamentária, recebendo recursos através do Sistema SIAH-SUS. Quanto aos recursos financeiros arrecadados por ocasião das ações de polícia (multa, taxas e preços públicos cobrados para

concessão de alvarás), os mesmos são gerenciados pela Secretaria da Fazenda, a exemplo do que ocorre com as demais receitas provenientes das ações normais do Fisco. Apesar do ordenamento jurídico federal e estadual dispor sobre seu recolhimento ao Fundo Estadual de Saúde, os mesmos não são revertidos em benefício das ações de vigilância sanitária.

4. FORMATO 1 - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E SELEÇÃO

Problemas	Valor (A, M, B, O)		Custo Económico	Custo de Posterg.	Eficácia Intervenção	Governabilidade		Seleção S/N
	A1	A2				A1	A2	
1. Alta Mortalidade Infantil (80/1000 NV)	A	M	M	M	M	A1	B	N
2. Ocorrência de tétano acidental (0,69/100.000 hab)	M	M	B	M	M	A1	M	S
3. Incidência de AIDS crescente (2,38 / 1.000.000 hab, 786 casos de 91 a 94)	A	A	B	A	M	A1	M	S
4. Alta incidência de cólera (283,4/100.000 hab)	A	A	A	A	A	A1	M	S
5. Alta incidência de dengue (752,72/100.000 hab)	A	A	A	A	A	A1	B	S
6. Alta incidência de tracoma (223,93/100.000 hab)	B	B	B	M	M	A1	M	N
7. Incidência crescente de hanseníase (16,27/100.000 hab)	B	B	B	B	B	A1	M	N
8. Ocorrência de hepatite (62,6/100.000 hab)	M	M	M	A	M	A1	M	S
9. Ocorrência de febre tifóide (2,1/100.000 hab)	B	B	M	A	M	A1	M	S
10. Ocorrência de leptospirose, principalmente em Fortaleza (1,52/100.000 hab)	M	M	M	A	M	A1	B	N

Qual é A1 e A2?

FORMATO 1 - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E SELEÇÃO - continuação

Problemas	Valor (A, M, B, O)		Custo Econômico	Custo de Posterg.	Eficácia Intervenção	Governabilidade		Seleção S/N
	A1	A2				A1	A2	
11. Alta incidência de esquistossomose (31,36/100.000 hab)	0		--	--	--	--	--	--
	A1	A2						
12. Ocorrência de cisticercose cerebral (490 casos de 90 a 94)	A			M	M		M	S
	A1	A2	M				M	
13. Ocorrência de intoxicações medicamentosas 24,70% dos casos e subnotificação das por agrotóxicos e intoxicações alimentares (76%)	A		M	A	M		M	S
	A1	A2					M	
14. Ocorrência de leishmaniose	0		--	--	--	--	--	--
	A1	A2						
15. Mortes por causas violentas	A		M	M	M		B	S
	A1	A2					B	
16. Precariedade do saneamento básico	A		A	A	A		B	S
	A1	A2					B	
17. Precariedade das condições de moradia	A		A	A	A		B	N
	A1	A2					B	
18. Alto índice de analfabetismo (37,4% > 15 anos analfabetos)	A		A	A	A		B	N
	A1	A2					B	
19. Baixo poder aquisitivo da população (63% até 1 SM)	A		A	A	A		B	N
	A1	A2					B	

5. PROBLEMA SELECIONADO

A cólera foi escolhida como problema principal para intervenção por sua magnitude e factibilidade das ações de vigilância sanitária consideradas importantes para seu controle. Tornou-se endêmica em todo Estado, representando grande problema de saúde pública e de enfrentamento contínuo, na maioria dos municípios onde precárias condições sócio-econômicas sanitárias predominam.

Diante desse quadro observou-se sua distribuição social no Estado escolhendo-se, em princípio, cinco municípios: Palmácia, Itaitinga, Maranguape, Ibaretama e Milhã, cujas incidências por 100.000 habitantes, são respectivamente, 1.184,7; 1.119,5; 941,7; 742,8 e 709,8.

Foi utilizado o critério de maior incidência e o papel da Secretaria Estadual de Saúde, onde trabalhamos, visando o processo de assessoria.

Analisou-se a situação sanitária, alfabetização e infraestrutura dos serviços destes municípios, para posterior intervenção mais aprofundada em cada um deles, objetivo deste projeto.

Ressalte-se que nos cinco municípios escolhidos inexistem serviços atuantes em vigilância sanitária, embora estejam com o setor saúde municipalizado (gestão incipiente).

5.1. Municípios por Abastecimento de Água em Residências - 1991

Municípios	Água Encanada à Rede Geral	Poço ou Nascente	Carro pipa/água de chuva	Chafariz
Ibaretama	--	6,3%	94,0%	--
Itaitinga	--	58,0%	42,0%	--
Maranguape	21,0%	25,3%	48,3%	5,4%
Milhã	20,0%	9,0%	70,6%	0,4%
Palmácia	14,2%	43,2%	39,0%	3,7%

Fonte: IBGE

Nota-se que nos municípios o abastecimento de água é precário, apresentando riscos à saúde. Apenas três deles dispõem de água encanada, porém, com baixa cobertura

5.2 Municípios por Destino do Lixo - 1991

Municípios	Coletado	Queimado/ Enterrado	Céu Aberto (*)	Outro
Ibaretama	0,09%	1,67%	97,73%	0,51%
Itaitinga	21,0%	48,8%	25,8%	4,4%
Maranguape	35,0%	17,0%	28,1%	21,0%
Milhã	22,0%	0,2%	78,0%	0,2%
Palmácia	10,2%	4,0%	25,8%	59,8%

(*) Terreno baldio, rio

Fonte: IBGE

Percebe-se que a coleta pública tem cobertura baixa. A situação é agravada nos municípios de Ibaretama e Milhã, onde a quase totalidade da população deposita o lixo a céu aberto. Porém, esta situação deverá ser melhor analisada por ocasião das assessorias aos municípios.

5.3. Municípios por Uso de Instalação Sanitária - 1991

Municípios	Fossa Séptica	Fossa Rudimentar	Céu Aberto	Não sabe
Ibaretama	34,0%	65,3%	0,5%	0,2%
Itaitinga	8,5%	91,5%	--	--
Maranguape	52,2%	46,2%	1,0%	0,6%
Milhã	12,6%	87,3%	--	0,1%
Palmácia	3,0%	96,5%	0,5%	--

Fonte: IBGE

A fossa rudimentar predomina na maioria dos municípios, com exceção de Maranguape que dispõe de fossa séptica em 52,2% das residências.

Percebe-se, no entanto, que pequena quantidade de domicílios deposita dejetos a céu aberto e em dois municípios não há referências do fato. É sabido, porém, que em áreas de exclusão social, inexistem boas condições de saneamento básico.

Questiona-se a informação, por não cobrir a totalidade das residências, esperando-se quadro mais real, por ocasião dos trabalhos "in loco".

5.4. População Residente, de Cinco Anos ou Mais, com Indicação de Alfabetização - 1991

Município	Total	Alfabetizada	
		Nº	%
Ibaretama	9.585	3.770	39,3
Itaitinga	10.605	6.018	56,7
Maranguape	61.871	36.679	59,2
Milhã	10.587	5.082	48,0
Palmácia	8.794	4.628	52,6

Fonte: IBGE

Ressalte-se que todos os municípios têm baixa taxa de alfabetização, o que repercute consideravelmente na qualidade de vida da população e, conseqüentemente, no nível de saúde.

5.5. Rede de Serviços Existentes, por Município e Tipo de Unidades - 1991

Município	Casa de Saúde	Posto de Saúde	Casa de Parto	Unidade Mista	Unidades Ambulatoriais Conveniadas	Hospital	Maternidade
Ibaretama	01	02	--	--	--	--	--
Itaitinga	--	05	01	--	--	01	01
Maranguape	02	04	--	--	18	04	--
Milhã	02	07	01	01	--	01	--
Palmácia	01	06	--	--	--	02	--

Fonte: SESA - Ceará

Com exceção de Ibaretama, todos os municípios têm assistência ambulatorial e hospitalar.

Ressalte-se que as unidades ambulatoriais com algum tipo de resolutividade, encontram-se na sede do município, ficando a zona rural carente desta assistência, pois os Postos de Saúde realizam apenas atendimentos básicos como curativos, aplicação de vacinas e muitos deles sequer prestam serviços de reidratação oral. A exceção é Maranguape que dispõe de atendimentos médicos e de enfermagem periódicos.

Há carência de profissionais em todos os municípios e necessidade de assessorias para aprimoramento dos que lá trabalham.

Nesses municípios, as secretarias municipais de saúde têm pouco nível de organização, inexistem ações de vigilância sanitária, ficando as mesmas a cargo das Diretorias Regionais.

Com exceção de Maranguape que possui um sistema de informação em saúde implantado, porém pouco utilizado, os demais municípios apresentam frágeis informações subnotificadas e não analisadas em nível local.

6. FORMATO COMPLEMENTAR - ATORES RELEVANTES

Ator	Nome do Ator	Recursos que Controlam (E, P, O, C)
A1	Coordenador da VISA - CE	O, P, C
A2	<u>Técnicos</u> da VISA - CE	O, C
A3	<u>Técnicos</u> da Sec. Estadual de Saúde-SESA	P, O, C
A4	Secretários Municipais de Saúde	E, P, O, C
A5	Prefeitos Municipais	E, P, O, C
A6	Membros do Conselho Municipal de Saúde	E, P, O, C
A7	Vereadores	E, P, O, C
A8	Secretários de Educação	E, P, O, C
A9	Secretários de Ação Social e Trabalho	E, P, O, C
A10	Secretários de Obras	E, P, O, C
A11	Secretários de Finanças	E, P
A12	Representantes da Comunidades Organizada	P, O, C

E = Econômico

P = Político

O = Organizativo

C = Cognitivo

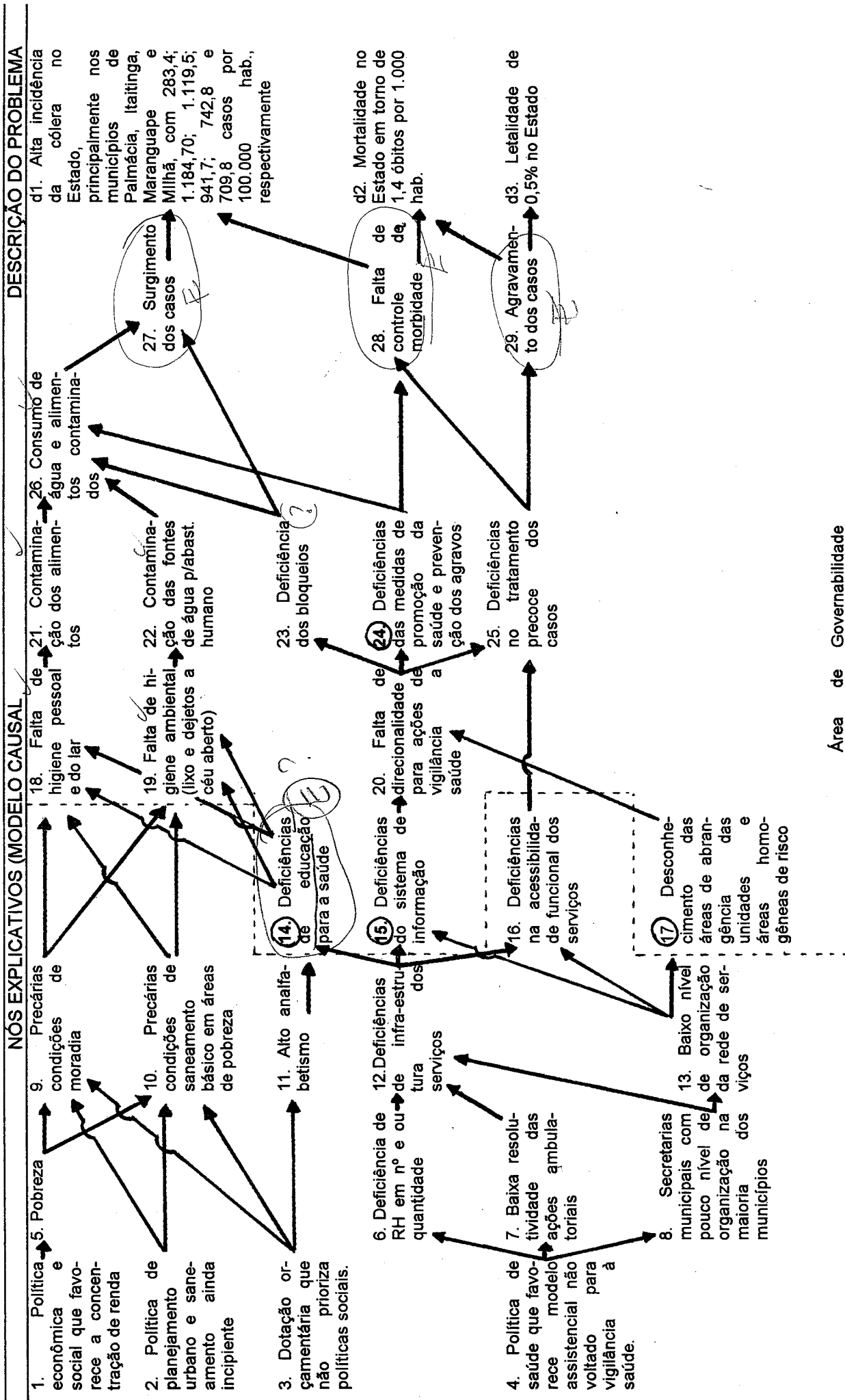
*atores não
podem ser
instâncias de
gerência de
plurais.
cada secretário é
um ator #*

7. FORMATO 2 - DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

CÓLERA NO CEARÁ

Descritores	Fontes de Verificação
<p>d1. Alta incidência no Estado, com <u>283,4</u> casos <u>p/100.000</u> habitantes e especialmente nos municípios de Palmácia, Itaitinga, Maranguape, Ibareta e Milhã, com 1.184,7; 1.119,5; 941,7; 742,8 e 709,8 casos p/100.000 habitantes, respectivamente</p>	DEEPI/CE
<p>d.2 Letalidade no Estado de 0,5%</p>	DEEPI/CE
<p>d.3. Mortalidade de <u>1,4</u> <u>óbitos</u> <u>p/1.000</u> habitantes <i>ERRADO?</i> <i>mas é compatível com a incidência!</i></p>	DEEPI/CE

8. FORMATO Nº 3 - EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA



9. FORMATO Nº 4 - SELEÇÃO DE NÓS CRÍTICOS

Causas	Impacto (A, M, B)	Possibilidade Interv. (Sim/Não)	Oportunidade Política Interv. (Sim/Não)	Seleção (Sim/Não)
14	M	S	S	S
15	A	S	S	N <i>porque</i>
17	A	S	S	S
24	A	S	S	S

A = Alto

M = Médio

B = Baixo

10. FORMATO 5 - NÓS CRÍTICOS: DESCRIÇÃO E ATORES QUE OS CONTROLAM

Nós Críticos	Descrição	Atores que os Controlam
<p>14. Deficiências de Educação para a Saúde</p>	<p>Pouca orientação à população quanto às medidas de prevenção e fatores de risco da cólera, bem como: falhas na metodologia aplicada.</p>	<p>A1, A2, A3, A4, A5, A6, A8, A12</p>
<p>17. Desconhecimento das áreas de abrangência das unidades e das áreas homogêneas de risco,</p>	<p>Os serviços de saúde nos municípios em discussão, desconhecem o território-população sob sua responsabilidade, bem como não estão identificadas as áreas de exclusão social, onde existem maiores riscos para a cólera, o que dificulta o direcionamento e eficácia das ações de controle da mesma.</p>	<p>A1, A2, A3, A4, A6, A12</p>
<p>24. Deficiência das medidas de promoção e prevenção da cólera.</p>	<p>Inexistem nestes municípios ações inter-setoriais integradas, voltadas às áreas de maior risco para cólera, tais como medidas de saneamento básico, monitoramento da qualidade da água e dos alimentos, deficiências da educação e vigilância epidemiológica dos casos, enfim ações que modifiquem a qualidade de vida da população</p>	<p>A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12</p>

11. FORMATO Nº 6 - DESENHO DE OPERAÇÕES

	OPERAÇÕES E AÇÕES	RECURSOS PEOC	PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEL(S)	TEMPO
OP1	Reorganizar os SILOS na ótica da vigilância à saúde					
A1.1.	Reunir prefeito, secretário municipal de saúde, conselho municipal e lideranças locais, a fim de discutir a metodologia aplicada para implantação dos SILOS e estabelecer cronograma de realização das oficinas de territorialização	P.O.C	5 reuniões realizadas (uma em cada município)	Apoio das lideranças e oficinas viabilizadas	A2, A3, A4	1/dia/mun (julho)
A1.2.	Operacionalizar as oficinas para implantação dos SILOS	P.E.O.C	3 oficinas realizadas em cada município	Silos reorganizados na ótica da Vigilância à Saúde	A2, A3, A4	3 meses julho / Setembro
A1.3.	Elaborar e operacionalizar o Plano Municipal de Saúde, utilizando o Planejamento estratégico participativo	P.O.C.	Plano Municipal realizado em 5 municípios e operacionalizado	Redução da morbimortalidade	A4, A5	3 anos setembro em diante
A1.4.	Realizar assessorias municipais conforme necessidades locais, implantando inclusive o sistema de informação em saúde	P, E, O, C	Técnicos capacitados e desenvolvendo ações de vigilância a saúde nos 5 municípios	Redução da morbimortalidade	A1, A2, A3	1 ano e mais setembro em diante
OP2	Implantar Plano Emergencial de Combate à Cólera					
A2.1.	Reunir secretário municipal de saúde, conselho municipal de saúde e técnicos da área de saúde, objetivando discutir programação de atividades, tendo em vista o combate à cólera nos 5 municípios	P,O,C	5 reuniões realizadas (uma em cada município)	Técnicos locais, bem como autoridades de saúde, inseridos na programação das atividades	A2, A3, A4,	1 dia/mun maio 95

FORMATO Nº 6 - DESENHO DE OPERAÇÕES - continuação

	OPERAÇÕES E AÇÕES	RECURSOS PEOC	PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEL(S)	TEMPO
A2.2.	Mapear os casos de cólera, bem como os óbitos, identificando áreas de risco, seus fatores determinantes e recursos existentes na área, com participação dos técnicos locais e representantes da comunidade.	OC	Áreas de risco definidas e recursos identificados em 5 municípios	Ações prioritizadas para áreas de maior risco	A2, A3, A4	1 dia/mun Maio 95
A2.3.	Reunir com prefeito, secretários, conselho municipal de saúde, representantes da Câmara de Vereadores e lideranças locais, a fim de apresentar análise da situação e abrir discussão sobre o problema, visando a elaboração de um Plano Intersetorial para combate à cólera no município, priorizando as áreas de maior risco	P, O,C	5 reuniões realizadas (uma em cada município)	Lideranças apoiando a elaboração do Plano	A2, A3, A4	1 dia/mun (Maio 95)
A2.4.	Elaborar Plano Intersetorial para combate à cólera com participação dos órgãos afins e representante da comunidade utilizando metodologia de planejamento estratégico.	P,E,O,C	Plano Intersetorial elaborado	Redução da morbi-mortalidade por cólera	A4, A5	5 dias / mun(maio / junho)
A2.5.	Promover assessorias municipais conforme realidade e necessidades locais identificadas nos Planos, em articulação com outros setores da Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, Departamento de Epidemiologia, Departamento Técnico, Laboratório Central, Departamento de Assistência Farmacêutica etc., implementando inclusive o sistema de informações para as doenças diarreicas/cólera	P,E,O,C	Técnicos capacitados e executando ações. Sistema de informações operacionalizado	Redução da morbi-mortalidade, por cólera	A2, A3	1 mês/5 municip. (maio/ junho)
OP3.	Implantar Ações de Educação para Saúde					
A3.1.	Reunir profissionais da área de saúde, inclusive agentes de saúde, a fim de identificar grupos de riscos e pontos críticos que dificultam o processo educativo, bem como recursos existentes e propostas para intervenção	O,C	Reunião realizada	Propostas de intervenção estabelecidas	A2, A3, A4	1 dia/mun (maio 95)
A3.2.	Reunir com professores, representantes de associações comunitárias, lideranças locais e técnicos de comunicação, visando a elaboração do Plano na área de educação para a saúde	O,C	Reunião realizada	Plano de Ed. p/saúde esboçado	A2, A3, A4	1 dia/mun maio 95

FORMATO Nº 6 - DESENHO DE OPERAÇÕES - continuação

	OPERAÇÕES E AÇÕES	RECURSOS PEOC P, E, O, C	PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁ VEL (IS)	TEMPO
A3.3.	Elaboração do Plano na área de educ. p/saúde	P, E, O, C	Plano elaborado	Redução da morbi-mortalidade	A4	1 dia/mun (maio 95)
A3.4.	Promover assessorias, especificamente no que se refere às ações de vigilância sanitária, conforme necessidades identificadas no Plano	E, O, C	Ações de educação para a saúde implantadas e operacionalizadas	Redução da morbi-mortalidade, especialmente por cólera	A1, A2, A3	1 mês/5 municíp. (maio/ junho)

12. FORMATO 9 - MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO

ATORES	OPERAÇÃO		
	OP1	OP2	OP3
A1	A +	A +	A +
A2	A +	A +	A +
A3	A +	A +	A +
A4	A +	A +	A +
A5	M +	M +	M +
CS	X	X	X
CF			

CS = Consenso

CF = Conflito

Obs.: A análise de motivação dos demais atores, considerados relevantes para o Projeto, será realizada "in loco", por ocasião dos projetos específicos por município, com a participação dos técnicos e comunidade em nível local.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO CEARÁ, Fortaleza, IPLANCE, 1993.

BOLETIM INFORMATIVO Nº 2: A informação contra a fome. Fortaleza, IBGE, 1993.

CENSO DEMOGRÁFICO. IBGE, 1991.

CONGRESSO NACIONAL. Lei nº 8.080. Brasília, Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990.

PLANO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ 1991 - 1995, Fortaleza, 1990.

PLANO PLURIANUAL (PPA) 1991 - 1995. Brasília, Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, 1990.

RELATÓRIO ANUAL. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza, 1994.

RIVERA, Francisco J. U. & ARTMANN, Elizabeth. Esquema Operativo de Planejamento Estratégico para o Nível Local de Saúde, Mimeo.

SOUSA, Fernando José de. Pobreza, Desnutrição e Mortalidade Infantil: Condicionamento Sócio-Econômico. Fortaleza, IPLANCE/UNICEF, 1992.

SOUZA, Simone et alii. História do Ceará. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Fundação Demócrito Rocha, Stylus Comunicações, 1989.

A N E X O S

LISTA DE ANEXOS

ANEXO

1. Tabela I: Número de Casos e Incidência de Algumas Doenças Imunopreveníveis, Ceará, 1991 a 1994.
2. Tabela II: Número de Casos e Incidência das DSTS e AIDS, Ceará, 1991 a 1994.
3. Tabela III: Número de Casos de Incidência de Algumas Doenças de Veiculação Hídrica, Ceará, 1991 a 1994.
4. Tabela IV: Percentual de Cobertura Vacinal em Menores de 1 ano, Ceará, 1991 a 1994.
5. Tabela V: Percentual de Casos e Incidências de Algumas Zoonoses, Ceará, 1991 a 1994.
6. Tabela VI: Número de Casos e Incidências de Algumas Doenças Endêmicas, Ceará, 1991 a 1994.
7. Tabela VII: Número de Óbitos, Coeficiente de Mortalidade e Letalidade de Algumas Doenças Endêmicas, Ceará, 1991 a 1994.
8. Tabela VIII: Número de Óbitos, Coeficiente de Mortalidade de Algumas Doenças de Veiculação Hídrica, Ceará,, 1991 a 1994.

TABELA I
NÚMERO DE CASOS E INCIDÊNCIA DE ALGUMAS DOENÇAS
IMUNOPREVENÍVEIS
CEARÁ - 1991 A 1994*

DOENÇA	1991		1992		1993		1994*	
	C	I	C	I	C	I	C	I
Poliomelite	--	--	--	--	--	--	--	--
Tet. neonatal	9	0,04	18	0,1	21	0,12	9	0,14
Tet. acidental	95	1,49	84	1,32	70	1,10	45	0,69
Difteria	17	0,26	10	0,15	6	0,09	5	0,08
Coqueluche	1006	15,80	308	4,84	203	3,00	110	1,68
Sarampo	4704	69,90	393	6,2	136	2,1	5	0,08
Tuberculose	4214	66,18	3836	59,62	4503	69,26	3598	55,02

*Dados até 20/12/94

Fonte: SESA/Ce - Departamento de Epidemiologia

TABELA II
NÚMERO DE CASOS E INCIDÊNCIA DAS DSTS E AIDS
CEARÁ - 1991 A 1994*

DOENÇA	1991		1992		1993		1994*	
	C	I	C	I	C	I	C	I
AIDS	130	2,04	159	2,47	152	2,34	156	2,38
DST, outras	3118	49,00	1680	25,72	2174	33,09	1286	19,66

* Dados até 20/12/94

Fonte: SESA/Ce - Departamento de Epidemiologia

TABELA III
NÚMERO DE CASOS E INCIDÊNCIA DE ALGUMAS DOENÇAS DE VEICULAÇÃO
HÍDRICA
CEARÁ - 1991 A 1994*

DOENÇA	1991		1992		1993		1994*	
	C	I	C	I	C	I	C	I
Cólera	--	--	2524	39,7	22738	339,6	19951	283,4
Febre tifóide	158	2,4	120	1,8	105	1,5	148	2,1
Hepatite	5315	83,5	2085	32,1	3395	50,7	4411	62,6

* Dados até 20/12/94

Fonte: SESA/Ce - Departamento de Epidemiologia

TABELA IV
PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO
CEARÁ - 1991 A 1994*

ANO	ANTI-PÓLIO		DTP	ANTI-SARAMPO	BCG
	ROTINA	CAMPANHA			
1991	70%	100%	74%	93%	100%
1992	75%	100%	76%	96%	100%
1993	86%	100%	85%	100%	100%
1994	82%	100%	78%	89%	100%

Fonte: Coordenação Estadual de Imunização - SESA/Ce

TABELA V
NÚMERO DE CASOS E INCIDÊNCIA DE ALGUMAS ZONOSSES
CEARÁ - 1991 A 1994*

DOENÇA	1991		1992		1993		1994*	
	C	I	C	I	C	I	C	I
Raiva Humana	7	0,11	4	0,06	4	0,06	--	--
Leptospirose	69	1,1	18	0,3	21	0,6	63	1,52

* Dados até 20/12/94

Fonte: SESA/Ce - Departamento de Epidemiologia

TABELA VI
NÚMERO DE CASOS E INCIDÊNCIA DE ALGUMAS DOENÇAS ENDÊMICAS
CEARÁ - 1991 A 1994*

Endemia	1991		1992		1993		1994*	
	C	I	C	I	C	I	C	I
Esquitossomose	4723	74,23	4876	76,63	2855	43,92	2051	31,36
Malária	255	3,53	224	3,52	96	1,46	69	1,05
Dengue clássico	6709	105,87	165	2,59	8	0,1	47460	752,72
Dengue hemor.	--	--	--	--	--	--	25	0,38
Leishm. Visceral	150	2,36	185	2,91	176	2,67	291	4,44
Leishm. tegum	2130	33,47	1358	21,34	1142	17,38	1213	18,54
Tracoma	4990	78,42	11424	179,54	16485	250,96	14644	223,93
Meningite	744	11,69	609	9,46	686	10,55	1165	17,61
Doença mining	113	1,77	70	1,09	133	2,04	258	3,94
Mening. tuber	25	0,39	22	0,34	15	0,23	13	0,20
Hanseníase	1246	19,6	1283	20,0	1334	20,33	1,106	16,27

* Dados até 20/12/94

Fonte: SESA/Ce - Departamento de Epidemiologia

Legenda C: casos - I = Incidência

TABELA VII
NÚMERO DE ÓBITOS, COEFICIENTE DE MORTALIDADE E LETALIDADE DE
ALGUMAS DOENÇAS ENDÊMICAS
CEARÁ - 1991 A 1994*

Doença	1991			1992			1993			1994*		
	O	M	L	O	M	L	O	M	L	O	M	L
Esquitossomose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue clássico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue hemor.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	0,18	48
Leishm. Visceral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishm. tegum	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tracoma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningite	102	1,6	13,7	73	1,13	12,0	98	1,51	14,3	94	1,39	78
Doença mining	26	0,41	23,0	12	0,19	17,1	31	0,48	23,3	36	0,55	13,9
Mening. tuber	5	0,08	20,0	6	0,09	27,2	3	0,05	20,0	1	0,01	7,7
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Dados até 20/12/94 Fonte: SESA/Ce - Departamento de Epidemiologia
 Legenda O = Óbitos - M = Mortalidade - L = Letalidade

NÚMERO DE ÓBITOS, COEFICIENTE DE MORTALIDADE E LETALIDADE DE
ALGUMAS DOENÇAS DE VINCULAÇÃO HÍDRICA
CEARÁ - 1991 A 1994*

Doença	1991			1992			1993			1994*		
	O	M	L	O	M	L	O	M	L	O	M	L
Cólera	-	-	-	43	0,67	1,70	187	2,8	0,82	101	1,4	0,5
Febre Tifóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Dados até 20/12/94 Fonte: SESA/Ce - Departamento de Epidemiologia
 Legenda O = Óbitos - M = Mortalidade - L = Letalidade