



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
*Secretaria do Planejamento
e Gestão*

IPECE

Informe

Nº 41 – Setembro de 2012

ANÁLISE DOS IMPACTOS DOS INVESTIMENTOS DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ NA ÁREA DA SAÚDE: ESTAMOS DIANTE DE UMA REVOLUÇÃO?

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Cid Ferreira Gomes – Governador

Domingos Gomes de Aguiar Filho – Vice Governador

SECRETARIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG)

Eduardo Diogo – Secretário

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE)

Flávio Ataliba F. D. Barreto – Diretor Geral

Régis Façanha Dantas – Diretor de Estudos Sociais

Adriano Sarquis Bezerra de Menezes – Diretor de Estudos Econômicos

IPECE Informe - nº 41 – Setembro de 2012

Elaboração

Régis Façanha Dantas – Elaborador

Laislânia Holanda de Lima – Técnica

Francivon Alves Pereira - Estagiário

Revisão: *Laura Carolina Gonçalves*

O Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) é uma autarquia vinculada à Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará.

Fundado em 14 de abril de 2003, o IPECE é o órgão do Governo responsável pela geração de estudos, pesquisas e informações socioeconômicas e geográficas que permitem a avaliação de programas e a elaboração de estratégias e políticas públicas para o desenvolvimento do Estado do Ceará.

Missão

Disponibilizar informações geosocioeconômicas, elaborar estratégias e propor políticas públicas que viabilizem o desenvolvimento do Estado do Ceará.

Valores

Ética e transparência;

Rigor científico;

Competência profissional;

Cooperação interinstitucional e

Compromisso com a sociedade.

Visão

Ser reconhecido nacionalmente como centro de excelência na geração de conhecimento socioeconômico e geográfico até 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE)

Av. Gal. Afonso Albuquerque Lima, s/nº - Edifício SEPLAG, 2º Andar

Centro Administrativo Governador Virgílio Távora – Cambeba

Tel. (85) 3101-3496

CEP: 60830-120 – Fortaleza-CE.

ouvidoria@ipece.ce.gov.br

www.ipece.ce.gov.br

Sobre o IPECE Informe

A Série **IPECE Informe** disponibilizada pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), visa divulgar análises técnicas sobre temas relevantes de forma objetiva. Com esse documento, o Instituto busca promover debates sobre assuntos de interesse da sociedade, de um modo geral, abrindo espaço para realização de futuros estudos.

Nesta Edição

Este informe apresenta uma análise dos impactos, tanto sociais quanto econômicos, resultantes da nova estrutura de unidades de saúde do estado do Ceará. São 41 novas unidades de saúde do programa PROEXMAES – Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará e, somam-se ainda, mais um Hospital Regional em Quixeramobim e o Hospital Metropolitano de Fortaleza que não fazem parte do PROEXMAES. Além das UPAs – Unidades de Pronto Atendimento, que serão 32 distribuídos no estado, totalizando 75 novas unidades.

1. INTRODUÇÃO

Em 1987 o governo do Estado, através da Secretaria da Saúde-SESA, criou e implantou o programa Agente Comunitário de Saúde (ACS) que foi a base para o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) no Ceará e no Brasil, voltado principalmente para a Atenção Primária à Saúde.

Concomitante aos avanços na Atenção Primária, a SESA avançou também na organização da rede integral de serviços de saúde, com o processo de regionalização (criação das Macro e Microrregionais) da saúde para garantir a integralidade da assistência a toda população do estado.

Apesar dos avanços e conquistas obtidas, a população cearense, em especial a residente no interior do estado, ainda enfrenta dificuldades no acesso a serviços de saúde especializados, dificultando a solução dos seus problemas. De fato, estudos epidemiológicos revelam um agravamento no nível de saúde da população no tocante ao aumento de doenças não transmissíveis, tais como: doenças do aparelho circulatório, câncer e causas externas, além do crescimento relativo proporcional da mortalidade neonatal e a elevada proporção da mortalidade materna por causas evitáveis.

A problemática verificada motivou o governo do estado do Ceará a criar o programa de expansão e melhoria da assistência especializada à saúde do Estado, tendo como meta prioritária a solução dos problemas expostos. Assim, objetivando consolidar a integralidade da assistência nas 21 microrregionais e 03 macrorregionais, o atual governo estabeleceu como estratégia de ação, a construção e implantação de:

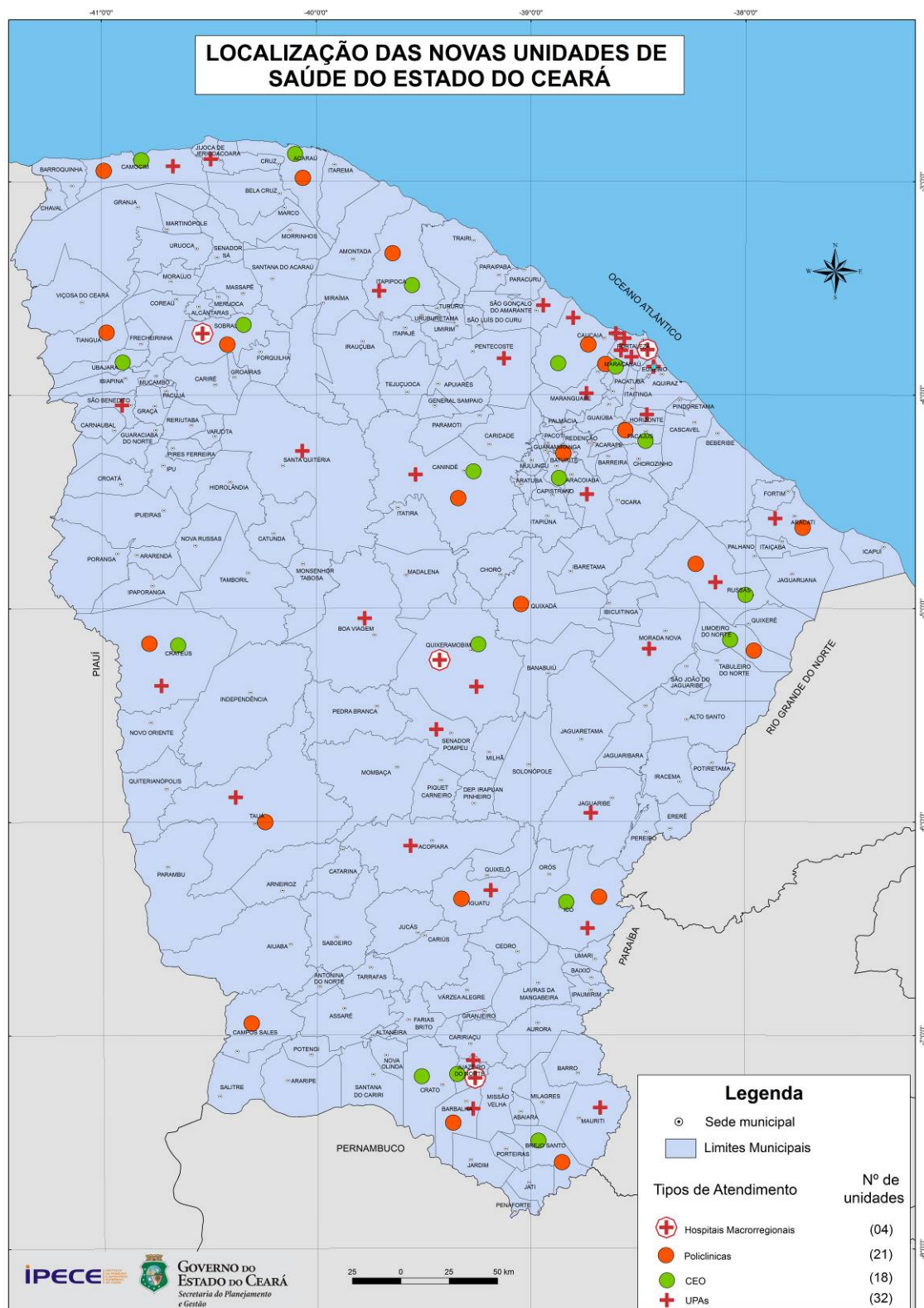
- 04 hospitais macrorregionais: Hospital Regional Norte (localizado na cidade de Sobral), Hospital Regional do Cariri (localizado na cidade de Juazeiro do Norte), Hospital Geral e Maternidade Regional do Sertão Central(localizado em Quixeramobim) e Hospital Metropolitano de Fortaleza;
- 21 centros de especialidades médicas(Policlínicas), sendo 12 (doze) Policlínicas do Tipo I (localizadas em: Acaraú, Baturité, Pacajus, Russas, Tauá, Aracati, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Içó, Itapipoca e Campos Sales) e 09 (nove) Policlínicas do Tipo II (localizadas em: Barbalha, Limoeiro do Norte, Caucaia, Crateús, Iguatú, Maracanaú, Quixadá, Sobral, Tianguá);
- 18 CEOs - Centros Regionais Especializados em Odontologia, localizados em Brejo Santo, Camocim, Canindé, Caucaia, Crateús, Içó, Itapipoca, Limoeiro do Norte,

Maracanaú, Pacajus, Quixeramobim, Acaraú, Baturité, Juazeiro do Norte, Russas, Ubajara, Sobral e Crato;

- 32 UPAs - Unidades de Pronto Atendimento , através da parceria do Governo Estadual com o Governo Federal. Localizadas em Fortaleza (4), Acopiara, Caucaia, Pecém(são Gonçalo), Crateús, São Benedito, Itapipoca, Pentecoste, Maranguape, Euzébio, Aracoiaba, Iguatu, Juazeiro do Norte, Russas, Canindé, Aracati, Horizonte, Tauá, Quixeramobim, Sta Quitéria, Jaguaribe, Boa Viagem, Mauriti, Barbalha, Icó, Morada Nova, Camocim, Senador Pompeu, Jijóca.

O Mapa a seguir mostra a localização espacial no território cearense dessas novas unidades.

Este trabalho então, procura contextualizar e analisar os impactos resultantes destes investimentos na estrutura assistencial, tanto nos aspectos sociais quanto nas repercussões econômicas.



2. O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO CEARÁ

2.1 A Estrutura da Saúde Pública

O sistema de saúde se organiza para atender as pessoas segundo **níveis de atenção: primário, secundário e terciário**. Para se organizar por níveis, levam-se em conta três elementos:

- a) Tecnologia Material (máquinas e equipamentos de diagnóstico e terapêutica);
- b) Capacitação de Pessoal
- c) Perfil de Morbidade (doenças mais frequentes nessa população)

O **nível primário** é aquele onde estão os equipamentos com menor grau de incorporação tecnológica do sistema e a capacitação de pessoal necessita de formação geral para atender aos problemas de saúde mais frequentes. Os profissionais envolvidos neste nível são os médicos da família e clínicos gerais.

No **nível secundário** entram os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (raio x, ecocardiógrafo, ultra-som, tomógrafo, ressonância, etc.)

O **nível terciário** concentra os equipamentos com alta incorporação tecnológica e pessoal que trabalha com formação especializada mais intensiva. A idéia é atender a situações em que o nível secundário não consiga resolver. Os hospitais, por exemplo, inserem-se neste nível.

Partindo-se dessas três tipologias, qualquer abordagem relacionada à saúde pública, tem que considerar os aspectos definidos constitucionalmente em relação às responsabilidades inerentes a cada esfera do governo. A **Rede Federal** restringe-se a alguns serviços de referência para todo o país, como os prestados pela Fundação Sarah e o Instituto Nacional do Câncer (INCA). A **Rede Estadual** é bastante ampla, constituída por hospitais, clínicas, ambulatorios, etc. Na **Rede Municipal** a atenção primária é de sua responsabilidade.

2.2 Caracterização da Nova Rede Pública de Saúde do Estado do Ceará

A estrutura organizacional da Saúde no estado do Ceará compõe-se de 03 macrorregiões de Saúde, 22 microrregiões e 184 municípios, compreendendo uma população de 8.097.276 habitantes. Cada microrregião é formada por um conjunto de municípios e, para cada uma delas, foi criado um consórcio formado pelo Estado e

Municípios que aderiram ao consórcio, com o objetivo de gerir e custear as novas unidades de saúde, como UPAs, CEOs, Policlínicas, entre outros. Tais consórcios são acompanhados através de contratos e leis.

O Consórcio se constitui na união entre dois ou mais entes da federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem o interesse coletivo e benefícios públicos. Representa uma associação pública, com personalidade jurídica de direito público e de natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. *(Art 2º, I, do Dec. 6.017/07)*

A instância máxima de deliberação do Consórcio é sua Assembleia Geral que elege seu Presidente, normalmente um dos Prefeitos dos municípios consorciados, que por sua vez submete a apreciação da assembleia os postulantes aos cargos de Diretor Executivo, Procurador Jurídico e Assessor Técnico do Consórcio.

Toda a regulamentação do Consórcio está contida em seu Estatuto, que é publicado no Diário Oficial dos entes consorciados e no "site" do Consórcio.

Os entes consorciados (municípios e Estado) firmam Contrato de Programa e de Rateio com o Consórcio para a gerência da Policlínica, CEOs e UPAs.

No Contrato de Programa estão todas as especificações dos serviços a serem prestados pelo Consórcio, padrões, indicadores e metas a serem cumpridos para a gestão das unidades. Já o Contrato de Rateio se constitui no meio pelo qual os entes consorciados comprometem-se a fornecer recursos financeiros para a realização das despesas do consórcio, nele estão especificados os valores com as quotas de rateio para cada município e Estado.

2.3 Mudança no Perfil Assistencial das Unidades

Com a demanda crescente para o segmento da atenção especializada, a rede de serviços de saúde do Estado deve adaptar-se ao atual perfil demográfico e epidemiológico, ampliando a oferta de atendimento especializado resolutivo. A rede de atenção básica deve ser capaz de identificar os pacientes fragilizados no diagnóstico, isto é, aqueles com maiores riscos de desenvolver incapacidade funcional devido a pouca oferta de atendimento e diagnose especializada e encaminhá-los às policlínicas, assim como, na

área odontológica, encaminhar aos CEOs ou a utilização das UPAs, evitando-se, assim, a ida aos Hospitais Regionais quando desnecessário.

O perfil assistencial é a oferta de serviços em saúde que será disponibilizada e operacionalizada nas unidades de saúde. No caso da nova estrutura do governo do estado do Ceará, teremos as seguintes unidades com os respectivos perfis:

2.3.1 Hospital Regional do Cariri (HRC)

Localizado na cidade de Juazeiro do Norte, o Hospital Regional do Cariri é um hospital de grande porte, com atendimento de urgência e emergência, com serviços de média e alta complexidade, atendendo os municípios que compõem a Macrorregião de Saúde do Cariri e as Microrregiões de Saúde de Tauá e Iguatu.

A unidade conta com 209 leitos assim distribuídos: 174 leitos nas enfermarias, 20 leitos na unidade de terapia intensiva adulto e 15 leitos na unidade de cuidados semi-intensivos.

Estão sendo ofertados atendimentos prioritários nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Traumo-ortopedia, Neurologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Bucomaxilo-facial, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Proctologia, Gastroenterologia, Urologia, Oftalmologia e Mastologia .

Os serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertados são: Radiologia Geral, Ultrassonografia Geral e Intervencionista, Endoscopia Digestiva e Respiratória, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletrocardiograma, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Litotripsia , Mamografia, Laboratório de Análises Clínicas e Patologias Clínicas, Anatomopatologia, Citologia e Agência Transfusional. Ainda haverá os serviços de Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional , Serviço Social e Ouvidoria.

O HRC também desenvolverá atividades de Ensino e Pesquisa contribuindo de forma significativa para a formação de Recursos Humanos na área de Saúde em nosso Estado.

2.3.2 Hospital Regional Norte

Localizado na cidade de Sobral o Hospital Regional Norte será um hospital de grande porte, com atendimento de urgência e emergência, com serviços de média e alta

complexidade, atendendo os municípios que compõem a Macrorregião de Saúde de Sobral.

O hospital contará com 269 leitos hospitalares, sendo 199 leitos nas enfermarias, 20 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 10 na UTI Neonatal e 30 leitos de Médio Risco Neonatal.

Estão previstas ainda duas salas de emergência (Adulto/Pediátrica) e uma ala dedicada à atenção à mulher.

Serão ofertados atendimentos prioritários nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Traumo-ortopedia, Neurologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Bucomaxilo-facial, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Proctologia, Gastroenterologia, Urologia, Oftalmologia, Pediatria, Psiquiatria, Gineco-obstetrícia e Neonatologia .

Os serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico a serem ofertados são: Radiologia Geral, Ultrassonografia Geral e Intervencionista, Endoscopia Digestiva e Respiratória, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletrocardiograma, Angiografia, Doplermetria, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Mamografia, Laboratório de Análises Clínicas e Patologias Clínicas, Anatomopatologia, Citologia e Agência Transfusional.

Ainda haverá os serviços de Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Ouvidoria.

O HRN também desenvolverá atividades de Ensino e Pesquisa, sendo mais um valioso instrumento público para a formação de Recursos Humanos na área de Saúde em nosso Estado.

2.3.3 Hospital Geral e Maternidade Regional do Sertão Central – HGMRSC

Localizado na cidade de Quixeramobim, o Hospital Geral e Maternidade Regional da Zona Central será um hospital de grande porte, com atendimento de urgência e emergência, com serviços de média e alta complexidade, atendendo a 5ª microrregião de saúde de Canindé, a 8ª microrregião de Saúde de Quixadá e a 14ª microrregião de saúde de Tauá. Portanto, o hospital vai compor a região do Sertão Central do estado do

Ceará, com abrangência de 20 municípios e cobertura de 625.606 hab. Esta unidade deverá contar com 284 leitos.

Serão ofertados atendimentos prioritários nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Traumo-ortopedia, Neurologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Bucomaxilo-facial, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Proctologia, Gastroenterologia, Urologia, Oftalmologia e Mastologia .

A unidade também ofertará os seguintes serviços de Apoio Diagnóstico: Radiologia Geral, Ultrassonografia Geral e Intervencionista, Endoscopia Digestiva e Respiratória, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletrocardiograma, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Litotripsia , Mamografia, Laboratório de Análises Clínicas e Patologias Clínicas, Anatomopatologia, Citologia e Agência Transfusional. Também contará com os serviços de Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional , Serviço Social e Ouvidoria.

2.3.4 Hospital Metropolitano de Fortaleza

Deverá ser construído em Fortaleza, constituindo-se em um hospital de grande porte, com atendimento de urgência e emergência, com serviços de média e alta complexidade, atendendo os municípios da região metropolitana de Fortaleza.

Essa nova unidade contará com 432 leitos hospitalares, sendo 270 leitos nas enfermarias, 40 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 30 leitos na Unidade de Terapia Intensiva.

Serão ofertados atendimentos prioritários nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Traumo-ortopedia, Neurologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Bucomaxilo-facial, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Proctologia, Gastroenterologia, Urologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Gineco-obstetrícia e Neonatologia .

O hospital contará com os serviços de Apoio Diagnóstico: Radiologia Geral, Ultrassonografia Geral e Intervencionista, Endoscopia Digestiva e Respiratória, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletrocardiograma, Angiografia, Doplermetria, Ecocardiografia, Eletroencefalograma, Mamografia, Laboratório de Análises Clínicas e Patologias Clínicas, Anatomopatologia, Citologia,

Medicina Nuclear e Hemodinâmica. Além disso, haverá serviços de Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Ouvidoria.

2.3.5 Policlínicas Tipo I e Tipo II

Os problemas enfrentados pela população provocou a implantação de Policlínicas com infra-estrutura adequada para atender as principais especialidades médicas de interesse epidemiológico em nosso estado e com serviços de suporte ao diagnóstico e reabilitação dos pacientes atendidos.

Nas **Policlínicas Tipo I** serão oferecidas as seguintes especialidades médicas: Oftalmologia, Otorrino, Clínica Geral, Cardiologia, Ginecologia, Mastologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Urologia, Traumato-ortopedia. Haverá, ainda, serviços de radiologia, enfermagem, farmácia clínica, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, assistência social e ouvidoria.

Relativamente ao Apoio Diagnóstico e Terapêutico, serão ofertados os seguintes serviços: Radiologia Convencional, Mamografia, Ultrassonografia, Endoscopia Digestiva, Ecocardiografia, Ergometria, Eletrocardiograma, Audiometria e coleta de Patologia Clínica.

Quanto aos Recursos Humanos estima-se na **Poli I** um total de 90 funcionários assim distribuídos: 22 médicos especialistas, 10 profissionais de saúde nível superior não médico, 24 de nível médio e 34 profissionais administrativos e técnicos.

As **Policlínicas Tipo II**, por sua vez, contarão com todos os serviços já citados, acrescidos das seguintes especialidades médicas: Endocrinologia, Angiologia e Neurologia. Bem como os serviços de Tomografia Computadorizada, Eletroencefalograma e Endoscopia Respiratória.

Quanto aos Recursos Humanos estima-se na **Poli II** um total de 103 funcionários assim distribuídos: 29 médicos especialistas, 10 profissionais de saúde nível superior não médico, 29 de nível médio e 35 profissionais administrativos e técnicos.

2.3.6 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO's)

Diante da imensa dívida social apresentada pelo setor odontológico no país e pelas constatações já apresentadas por diversos trabalhos científicos quanto ao difícil acesso da

população aos procedimentos especializados odontológicos, o governo do Estado resolveu incluir no escopo do projeto a construção de 18 CEO's.

Cada CEO terá 11 consultórios atendendo as seguintes especialidades odontológicas: Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, Endodontia, Ortodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Prótese, Dor Oro-facial. Também está previsto serviço de radiologia odontológica para dar suporte ao apoio diagnóstico e terapêutico.

Quanto aos Recursos Humanos estima-se nos **CEO's** um total de 47 funcionários assim distribuídos: 11 odontólogos especialistas, 2 profissionais de saúde nível superior não médico, 20 de nível médio e 14 profissionais administrativos e técnicos.

2.3.7 Unidades de Pronto Atendimento – UPAs.

Essas unidades atendem a casos de saúde que exijam atenção médica intermediária tais como problemas de pressão, febre alta, fraturas, cortes e infartos, evitando que os pacientes sejam sempre encaminhados aos prontos-socorros dos hospitais.

As UPAs 24 horas trabalham de forma integrada com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ao ligar para o número 192, o cidadão tem acesso a uma central com profissionais de saúde que oferecem orientações de primeiros socorros, além de definir os cuidados adequados a cada situação. Em muitos casos, o SAMU presta o primeiro atendimento e encaminha o paciente a uma UPA.

Essa integração qualifica os atendimentos já que, ao prestar o primeiro socorro, a equipe do SAMU identifica a real necessidade do paciente e o encaminha, se necessário, para o serviço de saúde mais adequado.

As **UPAs** funcionam sete dias por semana, 24 horas por dia. Sua estrutura conta com equipamentos de raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames e leitos de observação. Ao chegar a uma UPA, o paciente é assistido e pode ser tratado na própria unidade ou, conforme o caso, encaminhado a um hospital ou para a atenção básica. Os serviços oferecidos pelas UPAs têm resolvido, em média, 97% dos casos apresentados.

3. A CONTRIBUIÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DO CEARÁ A PARTIR DOS INVESTIMENTOS DO GOVERNO ESTADUAL

A saúde sempre será prioridade para qualquer indivíduo e o Estado, enquanto representante da sociedade, deverá sempre saciar os anseios de sua população, principalmente quando se trata de bem público, necessário para corrigir o que chamamos de falhas de mercado. Mas além dos aspectos individuais legítimos de demanda por saúde pública, existem suas consequências econômicas advindas de uma sociedade mais saudável. A relação entre estado de saúde e crescimento econômico pode ser pensada através de fatores relacionados, como entre o estado de saúde médio da economia e o estoque de capital humano e, também, através de externalidades positivas e negativas em saúde.

Externalidade positiva é gerada quando há aumento de produtividade ocasionada por uma sociedade mais saudável. Isto acontece devido à melhor escolaridade, mais dias de trabalho produtivo, relações sociais mais equilibradas do ponto de vista psicológico, menos custo para o estado, para as empresas e para o próprio indivíduo, gerando renda líquida real adicional, etc. Externalidade negativa, gerada no caso de doenças transmissíveis, doenças evitáveis por saneamento básico, doenças evitáveis por vacinação e diagnóstico precoce, muitas vezes, estes fatores são difusos no caso da saúde. Estas externalidades fazem com que a saúde afete o crescimento econômico.

Deste modo, incorporar essas externalidades num modelo de crescimento econômico é essencial para mensurarmos e pensarmos sobre o impacto destas na economia. No caso, devemos incorporar o capital saúde usando uma proxy para este capital, em outras palavras, como medir o capital saúde? Pode ser usando o número de unidades de saúde e sua distância para a população, número de leitos, unidades de saúde por habitante ou usando indicadores como mortalidade infantil, expectativa de vida, etc. A produção é realizada através da combinação entre o capital físico, capital humano e trabalho. O capital humano não somente gera efeitos internos ao aumentar a produtividade do trabalho, como também gera externalidades na produção, as quais são responsáveis pela existência de uma taxa de crescimento positiva para a renda per capita de longo prazo. Insira-se aqui, então, Capital Saúde ao Capital Humano.

Lembrando que investimento é um gasto em bens de capital, bens que criam outros bens. Portanto, o investimento aumenta a capacidade da economia em criar riqueza,

logo, de gerar crescimento econômico, seja através do aumento do parque industrial, seja pela capacitação das pessoas ou da melhora do capital saúde, foco deste trabalho.

Podemos inferir que o capital saúde, visto como capital humano qualificado, leva ao crescimento econômico por dois caminhos, tanto econômico como social. Assim, analisando estes investimentos do governo estadual na saúde, temos efeitos no crescimento econômico através dos seguintes impactos:

Econômicos:

- Pela produção de renda direta, pois serão quase R\$ 1 bilhão investidos (1,13% PIB) e um custeio mensal de R\$ 816 milhões gerando renda a partir dos pagamentos dos diversos fatores de produção envolvidos (mao de obra, empresas, aluguéis, etc).
- Criação de empregos indiretos
- Fomento à demanda das empresas existentes nas diversas localidades(Municípios) do Estado, aumentando a renda de lucros e seus efeitos multiplicadores.
- Fomento à criação de empresas de serviços para os 6.643 novos empregos diretos

Sociais:

- Trabalhador mais qualificado. A saúde qualifica-o para uma melhor produtividade;
- Sociedade mais saudável diminui ausências no trabalho;
- Externalidades positivas 1: Diagnósticos precoces melhoram a chance de cura e diminuição de mutilação das pessoas, melhorando a qualidade de vida e do trabalho;
- Externalidades Positivas 2: Diagnósticos precoces melhoram a autoestima do indivíduo, diminuindo os estresses, depressões, levando a uma melhora de comportamento do indivíduo e bem estar de toda a família;
- Diminuição do tempo de internação, de intervenções cirúrgicas, ocasionando diminuição nos gastos públicos.

Além dos aspectos levantados acima, podemos inferir que estes investimentos do Governo do estado do Ceará, mais que crescimento econômico, irão gerar **Desenvolvimento Econômico Sustentável¹** pelos seguintes motivos abaixo especificados:

¹ Desenvolvimento Econômico Sustentável é o crescimento econômico levando-se em consideração a melhora de vida da sociedade, respeitando inclusive, as próximas gerações, através do respeito à natureza, recursos naturais, etc.

- Descentralização da saúde do Estado;
- Respeito aos recursos naturais e ambientais, através da implantação do Plano de Gestão Ambiental e Social (PGAS) que descreve os principais impactos e riscos sócio-ambientais, diretos e indiretos, da operação da unidade e o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde-PGRSS para cada unidade;
- Geração constante de fluxo de renda gerada pela operacionalização destas unidades em todo o Estado;
- Geração de empregos qualificados, tendo em vista que serão 3.002 empregos diretos de nível superior em todo território cearense;
- Geração de Pesquisa descentralizada através dos centros de pesquisas nos novos hospitais, o que, certamente, vai se constituir em um dos fatores que podem levar a fixação de médicos nestas localidades.

4. RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DOS NOVOS INVESTIMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE

4.1 Benefícios

Os principais resultados do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do estado do Ceará, do ponto de vista econômico e social, serão:

Econômicos:

- Redução do custo de deslocamento dos pacientes para Fortaleza;
- Racionalização/otimização da aplicação dos recursos da saúde;
- Diminuição dos custos dos pacientes devido a maior rapidez no atendimento e nos diagnósticos;
- Geração de 6.643 emprego diretos e indiretos;
- Demanda para 3.002 empregos especializados;
- Geração de renda. O custeio equivale a aproximadamente 1% do PIB do Estado;
- A renda direta gerada pelas novas unidades, pode ser verificada através do custeio mensal de **R\$ 67.975.412,32 ou quase R\$ 1 bilhão ao ano;**

- Fomento à criação de estabelecimentos ligados à área da saúde nas localidades fora do estado, como laboratórios e outras atividades terceirizáveis;
- Estímulo à criação de estabelecimentos de apoio aos novos trabalhadores, como pousadas, aluguéis, restaurantes, et;.
- Diminuição dos custos de internação e morbidade, uma vez que o diagnóstico precoce fará reduzir estes problemas.

Sociais:

- Redução da mortalidade materna no Ceará (de 64,2, em 2007, para 48, após a implantação completa em 2014);
- Diminuição em 15% da mortalidade infantil neonatal na macrorregião de Sobral (de 11,4, em 2007, para 9,7 em 2014);
- Redução de 15% dos casos de câncer de mama com estadiamento registrado III e IV entre 2006 (ano-base) e 2014 no Estado do Ceará (de 47,6, em 2006, para 38,0, em 2014);
- Redução de 75% no tempo médio de espera por consultas especializadas no Ceará (de 5 meses em 2007 para 1 mês até 2014);
- Regulação das consultas em 80% nas Policlínicas e CEOs reguladas;
- Expansão de mais de 50% na cobertura de consultas especializadas no Estado do Ceará; (de 0,2/habitante/ano em 2007 para 0,31/habitante/ano em 2014);
- Expansão de 83% da cobertura de procedimentos odontológicos especializados no Ceará (de 0,06/habitante/ano, em 2007, para 0,11/habitante/ano, em 2014);
- Expansão de 100% da cobertura de procedimentos especializados de endodontia no Ceará (de 0,01/hab/ano em 2007 para 0,02/hab/ano em 2014);
- Acreditação/certificação de 39 unidades de saúde;
- Implantação do modelo original de certificação de serviços especializados de odontologia desenvolvido e implantado;
- Capacitação em Monitoramento e Avaliação dos Gestores e técnicos da SESA;
- Capacitação do Gestores das novas unidades de saúde;

- Aprimoramento da gestão do sistema de saúde do Ceará com novas instâncias de supervisão, com informações integradas em tempo real das unidades ao nível central;
- Regulação de leitos no Sistema Estadual de Saúde ampliada e aprimorada;
- Fortalecimento da capacidade institucional estadual de supervisionar, monitorar e avaliar unidades de saúde;
- Monitoramento e avaliação dos processos, resultados e impactos do Programa;
- Registro e divulgação das ações e resultados do Programa.

4.2 Custos (Investimentos e Custeio)

Além de requerer muito investimento para construir e equipar as novas unidades de saúde, a manutenção (custeio) é igualmente elevada. A constatação empírica dessa afirmação na área da saúde, evidenciada pelos dados da Tabela 1, é que o custo de manter uma unidade de saúde anualmente equivale à sua construção, incluindo os equipamentos. O total investido acima é de R\$ 980.670.593,82 e a manutenção é 84% deste valor, ou seja, R\$ 815.704.947,86.

Tabela 1: Investimento e Custeio

Unidade	INVESTIMENTO			CUSTEIO	
	Obra = Licitado + Aditivo	Equipamentos	Total Investimento	Custeio Mensal	Custeio Anual
18 CEOs	19.694.581,02	18.000.000,00	37.694.581,02	3.600.000,00	43.200.000,00
12 Poli I	50.358.098,38	37.916.676,00	86.153.523,63	6.312.000,00	75.744.000,00
9 Poli II	58.682.190,20	47.283.525,00	105.965.715,20	5.553.000,00	66.636.000,00
HRC	68.581.133,73	31.226.057,00	99.807.190,73	6.000.000,00	72.000.000,00
HRN	169.895.908,60	55.275.000,00	225.170.908,60	8.000.000,00	96.000.000,00
HRSC	83.882.724,64	32.000.000,00	115.882.724,64	6.000.000,00	72.000.000,00
HM	138.000.000,00	55.000.000,00	193.000.000,00	10.000.000,00	120.000.000,00
17 UPA I	34.127.500,00	16.656.940,00	50.784.440,00	9.820.236,46	117.842.837,51
10 UPA II	28.250.000,00	12.043.130,00	40.293.130,00	7.627.539,21	91.530.470,47
05 UPA III	18.212.500,00	7.705.880,00	25.918.380,00	5.062.636,66	60.751.639,88
Total	669.684.636,57	313.107.208,00	980.670.593,82	67.975.412,32	815.704.947,86

Fonte: UGP – Saúde – Unidade de Gerenciamento de Programas

Do custo de construção das 32 UPAs, 50% é do governo federal e 50% do Tesouro do Estado. Já a manutenção, 50% do governo federal e 50% dividido entre o Estado e os municípios consorciados da região. Já foram inauguradas 6 UPAS, 4 em Fortaleza, 1 em Caucaia e 1 em Maranguape, sendo que, 100% do custo dos equipamentos dessas UPAs foram arcados pelo Estado. **Só para se ter uma idéia da importância das UPAs, em 4**

meses de funcionamento, as 4 UPAs de Fortaleza alcançaram em 27.07.12 a marca de 100.000 atendimentos. A previsão é de que até 2014 todas as 32 UPAs estejam em funcionamento distribuídas em todo Estado do Ceará.

Esses investimentos na saúde correspondem a 1,15% do PIB de 2011 do estado do Ceará, enquanto o custo de manutenção equivale aproximadamente a 1% desse PIB, dos quais, 75% serão arcados pelo Estado, já considerando a participação do governo Federal e Municípios através dos consórcios. A expressividade dos valores envolvidos nesses investimentos pode ser relacionada, por exemplo, com a obrigatoriedade constitucional dos recursos destinados à saúde que é de 12% pelos Estados.

Em relação ao estado do Ceará, em 2012, a destinação constitucional de 12% equivale a R\$ 1,21 bilhão. Os investimentos nessas novas unidades estão orçados em R\$ 981 milhões, equivalentes a 10% da destinação de recursos para 2012. Com o custeio anual dessas novas unidades, o Estado ultrapassará a destinação (obrigatoriedade) constitucional. Em 2012, o governo já gastará (destinará) 16,4% com a Saúde, mas, incorporando os gastos com as novas unidades, a destinação passará para 25%. Para se ter uma idéia comparativa, o Estado de Pernambuco aplica atualmente 15,70% e o estado de São Paulo aplica 12,43%. Já os Estados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, por exemplo, estão com dificuldades orçamentárias para cumprir o mínimo exigido constitucionalmente a partir da regulamentação da emenda 29.

5. A QUESTÃO DA OFERTA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Em março de 2008, no primeiro Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, foi elaborada a declaração de Kampala, pediu aos governos de todos os países que garantissem incentivos adequados e desenvolvessem ambientes respeitando condições mínimas de trabalho de qualidade para ajudar a diminuir a desigualdade territorial de acesso aos serviços e cuidados de saúde, permitindo assim, uma distribuição mais igualitária dos profissionais de saúde. Em julho de 2008 a declaração do G8 reiterou a prioridade, reafirmando a necessidade de garantir a retenção eficaz dos profissionais de saúde. Em novembro do mesmo ano, a Comissão sobre os determinantes sociais da saúde instou novamente a ação dos governos e agências de desenvolvimento para lidar especificamente com a distribuição geográfica desigual dos profissionais de saúde,

reconhecendo esta como um dos determinantes estruturais dos frágeis resultados de saúde em muitas áreas.

Para a fixação de profissionais, a diversidade e a complexidade da interação de muitos fatores torna difícil a sua categorização. Eles são em geral classificados em torno de 3 eixos principais: indivíduos, organizações e fatores de ambiente em geral. Assim, aspectos ligados ao lado financeiro, ao local de trabalho, ao ambiente de trabalho, à moradia e educação são relevantes para fixação do profissional.

Um único fator tem pouco impacto sobre a decisão de um profissional de saúde ir trabalhar numa área remota. No entanto, vários fatores interagindo entre si poderão criar um sistema de fixação eficiente (ou não).

A comunidade internacional concorda que os profissionais de saúde são a essência de um sistema de saúde. Mas para melhorar esse sistema é necessário que estes profissionais estejam:

- i) Presentes: problema de ausência de profissionais, férias, licenças etc..
- ii) No lugar certo: dificuldade de cobertura geográfica heterogênea, de integração e retenção de profissionais em áreas rurais e remotas.
- iii) Na hora certa: estabelecer uma agenda adequada visando maior aproveitamento do corpo profissional e dos locais de atendimento e, fazendo a coisa certa: adequar a capacidade de atendimento à demanda da população, aproveitando plenamente das competências disponíveis.
- iv) Melhorando o serviço: através de formações contínuas, administração eficiente e responsabilidades adequadas, aprimorando, desta forma, o atendimento e a qualidade dos cuidados fornecidos.

5.1 Situação no Estado do Ceará

O do Ceará já está enfrentando as dificuldades inerentes à falta de profissionais de saúde a partir do aumento na oferta de vagas para residentes no Estado, principalmente nas especialidades mais carentes. No entanto, a escolha da especialidade é opção do indivíduo. Porém, esse problema de escassez de profissionais não é específico do Ceará, é um problema em escala global.

O volume de médicos no Brasil, em média, 594 hab/médico (IBGE, 2005), atende os padrões da OMS que recomendam 1000 hab/médicos no máximo. Porém, as diferenças regionais são grandes. As regiões Norte e Nordeste são as que menos têm médicos por habitantes (respectivamente: 1190 hab/médico e 1027 hab/médico); Na região Nordeste, o Ceará registra, juntamente com o Piauí e o Maranhão, a maior carência (respectivamente 1093 hab/médico, 1382 hab/médico, 1811 hab/médico) (IBGE, 2005).

Quadro 1: Áreas mais carentes de especialistas na medicina no Estado do Ceará:

1. Anestesiologia	4. infectologia	7. cirurgia pediátrica
2. Cirurgia vascular	5. pediatria	8. neurologia
3. hematologista	6. terapia intensiva (adulto, pediátrico e neo)	9. neurocirurgia

Fonte: OS-Organização Social ISGH

Com o aumento do número de unidades de saúde com estes novos investimentos, aumenta a preocupação com a oferta de médicos no Ceará, pois teremos uma demanda adicional de 1.835 médicos para todas as novas unidades, como UPAs, Policlínicas e novos Hospitais. Atualmente o número de médicos nas policlínicas já inauguradas, deixa, em média, uma capacidade ociosa de 20%, principalmente nas especialidades de Otorrino, Gastroenterologia e Neurologia, mas em algumas policlínicas, já temos 100% da capacidade de funcionamento. No Hospital do Cariri, já inaugurado, também temos uma escassez de 20% dos médicos, principalmente intensivistas e as especialidades já citadas acima. Para fixação dos médicos no interior do Estado, alguns fatores gerados no Ceará e citados no item 5 já podem ser sentidos, tais como:

- Unidade com Tecnologia de Ponta;
- Interiorização da educação no estado;
- Estabilidade no emprego;
- Unidades de Pesquisa e Extensão Acadêmica;
- Unidades amplas, confortáveis e compatíveis com um bom ambiente de trabalho.

6. OUTROS ASPECTOS SOCIAIS E REGIONAIS

A nova saúde pública no Eatso, com a implantação dessas Unidades de Saúde representará um grande impacto na acessibilidade da população à Atenção Especializada, beneficiando praticamente toda população do Estado. Esta afirmação

baseia-se no fato de que as unidades envolvidas estão organizadas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização Estadual e terão seus procedimentos disponibilizados e agendados por meio da Central de Regulação do SUS (CRESUS Estadual), atingindo os 184 municípios cearenses. A regulação, que define a entrada, atendimento, unidade, enfim, o trâmite do paciente dentro do sistema de saúde, estará obedecendo o seguinte fluxo:

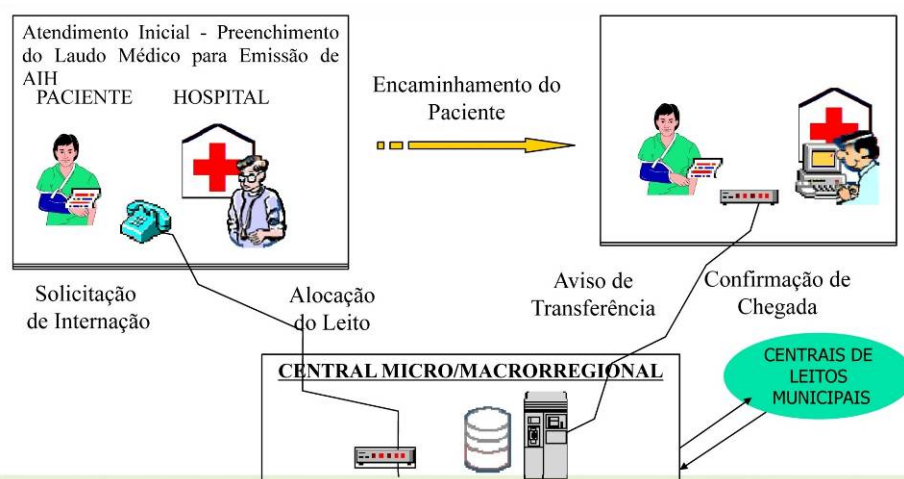


Figura 1: Fluxo de Regulação

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

A implantação um de Sistema de Informação interligando a unidade de Saúde em questão propiciará ao gestor um melhor monitoramento e avaliação das ações executadas permitindo uma interferência rápida e direta nos fatores negativos identificados.

No contexto social, serão incentivados e aperfeiçoados os mecanismos de participação pública e de gerenciamento de conflitos na oferta e acessibilidade aos serviços de saúde, viabilizando o planejamento contínuo e participativo, a transparência e o controle social.

No contexto ambiental, a implementação de práticas de conservação do meio ambiente e mitigação dos impactos propiciarão o uso sustentável dos recursos ambientais, bem como o fortalecimento do Planejamento Estratégico e execução de ações de melhoria da Gestão Ambiental do Estado.

7. ANÁLISE DE IMPACTO DAS NOVAS UNIDADES EM TERMOS DAS VARIÁVEIS TEMPO E DISTÂNCIA

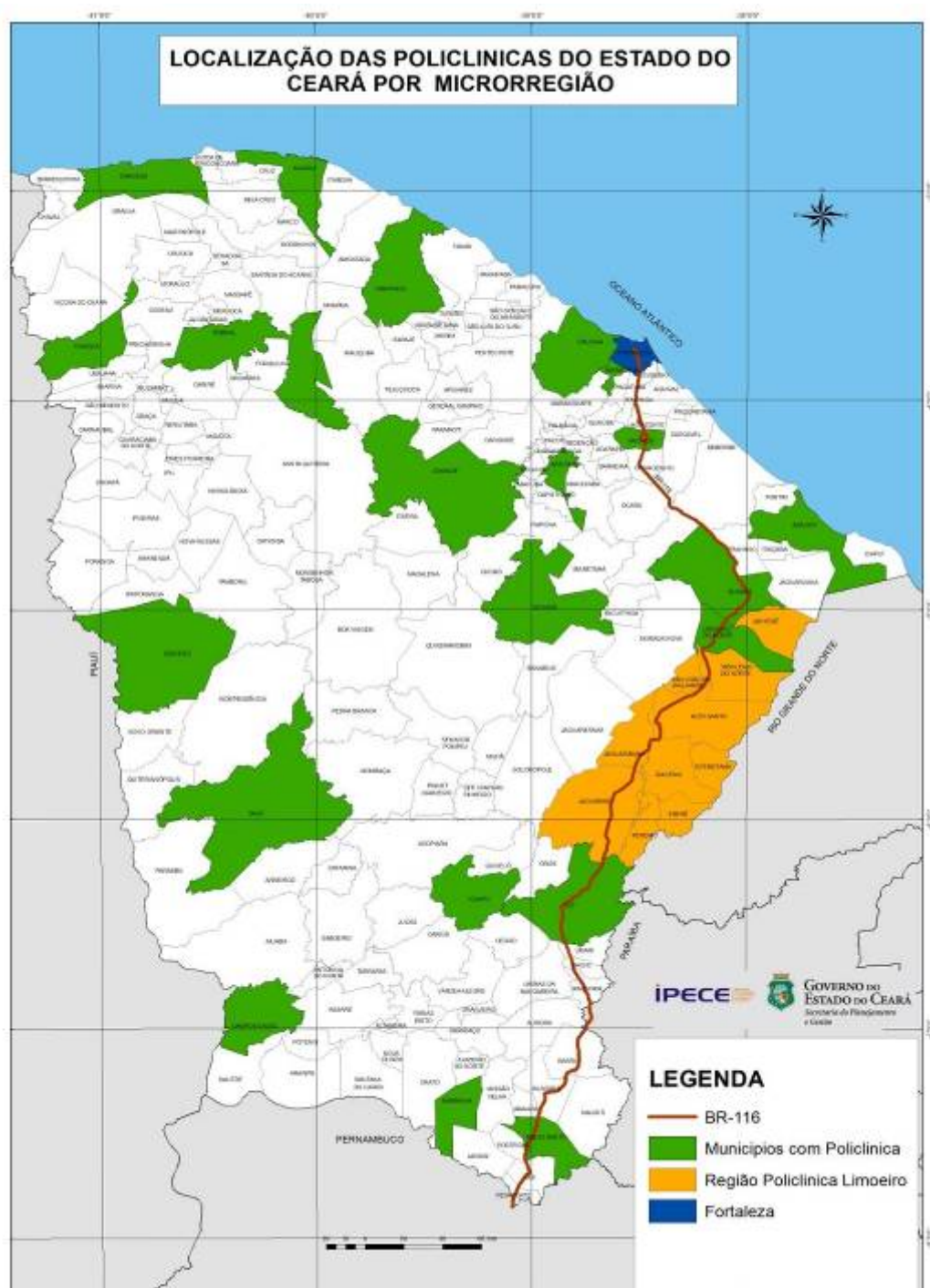
7.1 Atenção Secundária: Exames Especializados

A Policlínica Tipo II é dotada de 13 consultórios, sendo nove desses reunidos na Ilha de Atendimento Multiprofissional, voltada para as especialidades médicas de Clínica Geral, Cardiologia, Ginecologia, Mastologia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Urologia, Traumato-ortopedia, Angiologia, Endocrinologia e Neorologia. Outros quatro consultórios são setorizados e destinam-se aos atendimentos em Fisioterapia / Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Assistência Farmacêutica e Consultório do Pé Diabético. De forma complementar e dentro do escopo específico da função, na Sala de Ouvidoria o Assistente Social exercerá seu atendimento.

Os exames desse nível promovem ações de saúde preventiva e precoce de doenças que, por falta desses exames-consultas ou o tempo de espera podem levar a doenças terminais e/ou com custo elevado de cura para o paciente.

Hoje, executando-se os impactos das oito (8) policlínicas já inauguradas e dez (10) CEOs, o tempo de espera para este tipo de consulta e exame está em torno de 5 meses, mas espera-se que esse tempo caia para menos de 1 mês após a implantação completa que deverá ocorrer ainda em 2012, com reflexos mais significativos em 2013.

Para se ter uma idéia, antes as pessoas se deslocavam a Fortaleza para fazer esses exames após um longo período de espera, agravando a doença e/ou diagnóstico atrasado. Com as 22 policlínicas e CEOs que foram distribuídas por todo o estado do Ceará, a distância média em km de estrada de cada município à Fortaleza, que era de 294 km, passa a ser de apenas 59Km, que corresponde à distância média entre cada município e o município sede da policlínica. Mais do que isso, o tempo em horas de deslocamento a Fortaleza passa de 4 hs para a apenas 1 h, em média, com redução de 75%. Certamente, o governo do Estado está criando um novo padrão de saúde, com mais respeito ao indivíduo e a saúde da população.



Mapa 1: Localização das Políclínicas do Estado do Ceará por Microrregião
Fonte: IPECE

O Mapa 1, acima, mostra em termos espaciais, a localização e distribuição das policlínicas no território cearense. Tomando-se como exemplo a microrregional de Limoeiro do Norte, podemos observar que, utilizando-se a BR 116, tínhamos a distância média de 297,1 Km a Fortaleza, agora teremos apenas 78 Km de distância para a referida unidade. O tempo diminuiu de 4 hs para 1,3 hs, com redução de 70%.

7.2 Atenção Terciária: Impacto dos Novos Hospitais no Tempo e Distância

Os hospitais podem ser classificados pelo tipo de serviços que prestam: cirurgias gerais e especializadas, acompanhamento de eventos naturais como o parto (maternidade), o envelhecimento (Asilos e hospitais geriátricos) ou ao caráter de urgência / emergência da demanda. Assim sendo, um hospital pode se constituir como de caráter específico, acompanhando as divisões da especialidade médica por sexo, idade e/ou por atenção às patologias específicas (hospital do câncer, hospital psiquiátrico, de oftalmologia etc.) ou constituir-se como um hospital geral, o qual contém diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

A definição acima, incluindo urgência e emergência, cujas definições seguem, dão idéia da importância que são estas unidades para a saúde pública, para salvar vidas.

Urgência: Condição que indica gravidade, mas geralmente não perigosa. Essa situação necessita de encaminhamento rápido ao hospital. O tempo gasto entre o momento em que a vítima é encontrada e o seu encaminhamento deve ser o mais curto possível. Ex.: queimaduras; estado de pânico agudo; dor abdominal grave.

Emergência: Condição potencialmente ameaçadora a vida ou à ação normal de um órgão em estado grave, que necessita atendimento médico imediato com a mais alta prioridade. Ex.: parada cardíaca; choque profundo; traumatismo craniano.

Evidencia-se então, que o funcionamento dos 4 novos hospitais em Sobral, Quixeramobim, Juazeiro do Norte e Fortaleza, trará resultados extremamente benéficos para a população do estado.

Para se ter uma idéia da relevância, o Hospital do Cariri já executou, só neste primeiro semestre de 2012, 126.356 exames, 26.447 atendimentos de urgência/emergência e 2.261 atividades cirúrgicas.

Com a introdução desses novos hospitais, teremos uma redução substancial no tempo de atendimento, no tempo para chegar ao hospital e na distância entre cada município e o hospital mais próximo.

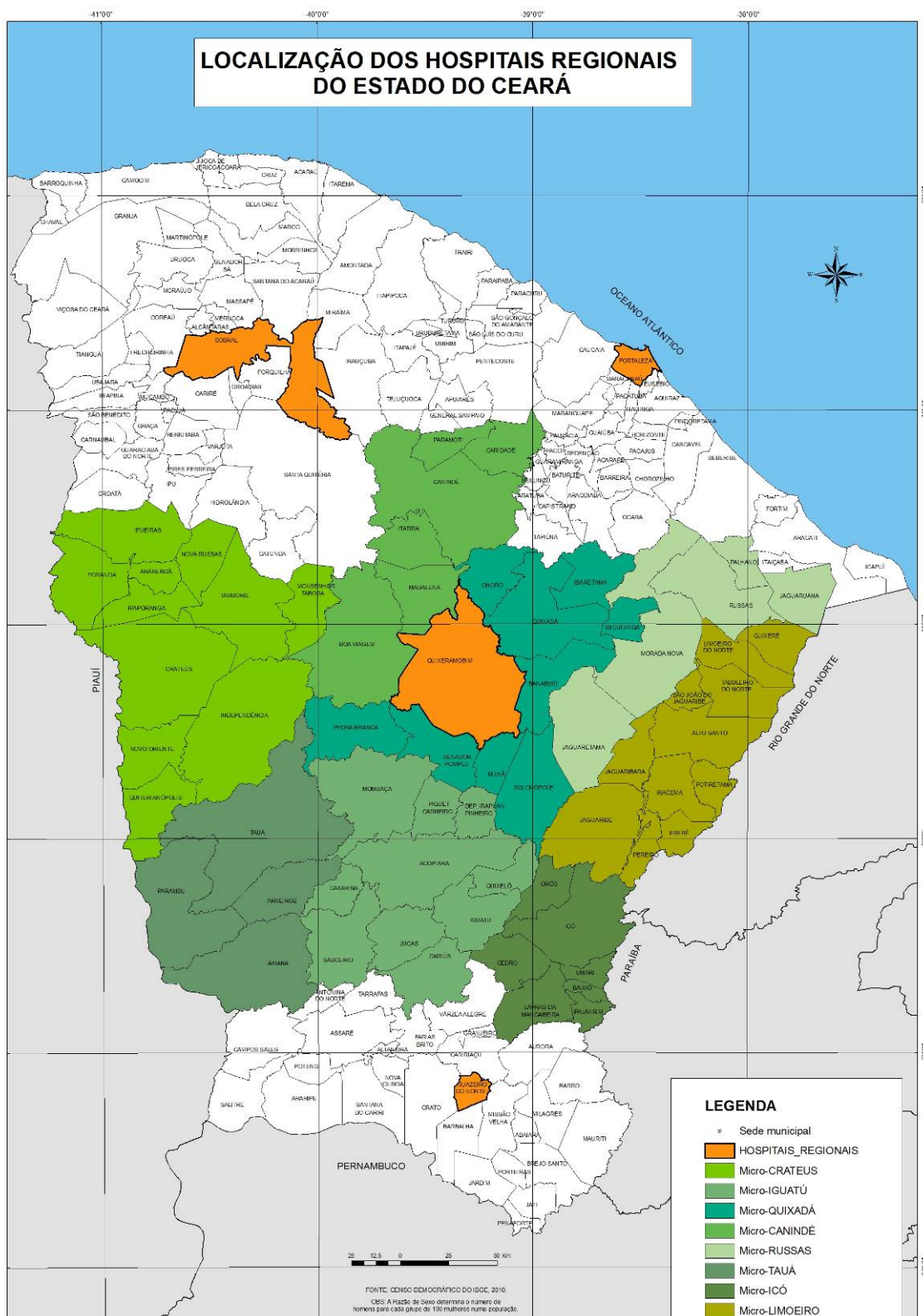
Atualmente, demoram-se 3,41 horas para se chegar em Fortaleza, percorrendo-se em média, 252 Km. Com os novos hospitais, o tempo diminuirá para 1,85 horas, enquanto a distância cairá para 124 Km para o hospital mais próximo, significando uma redução de 50% no tempo e na distância.

Com relação ao Hospital em Sobral e municípios circunvizinhos, demora-se, atualmente, 3,60 horas para uma distância média de 266 Km a Fortaleza. Com a inauguração desse hospital, prevista para ocorrer nesse segundo semestre de 2012, o tempo diminuirá em média para 1,60 horas e uma diminuição no percurso médio de 109 Km, redução de 55% no tempo e 60% na distância. Essa redução do tempo e distância irá beneficiar uma população de 1.436.187 pessoas.

O Hospital em Juazeiro do Norte, já inaugurado e em pleno funcionamento, tem atendido os municípios circunvizinhos. Antes deste hospital, demorava-se, em média, 5,20 horas para um percurso médio de 468 Km para chegar a Fortaleza. Com a inauguração deste hospital, o tempo médio diminuiu para 1,50 horas e a distância para 128 Km, redução, em média, de 60% no tempo e 73% na distância, beneficiando uma população de 920.459 hab. **Neste hospital foram realizados, no primeiro semestre de 2012, 26.447 atendimentos de urgência/emergência. São ações que o tempo e a distância podem significar a vida ou a morte, ou deixar sequelas irreparáveis.**

Com relação ao Hospital em Quixeramobim (Mapa 2) e municípios circunvizinhos, demora-se atualmente 3,85 horas em média e percorre-se 285 Km em média para se chegar a Fortaleza. Com a inauguração deste hospital, o tempo diminuirá, em média, para 2,3 horas e para 167 Km de distância, redução de 40% no tempo e na distância, beneficiando uma população de 1.814.261 hab.

No Mapa a seguir, podemos visualizar a distribuição espacial desses novos hospitais. Tomando-se o Hospital em Quixeramobim como exemplo, observa-se os municípios e a localização dos 1.814.261 habitantes beneficiados com a utilização dessa unidade, na diminuição do tempo, da distância e, principalmente, nas soluções dos problemas de saúde ligados à atenção terciária, urgência e emergência.



Mapa 2: Localização dos Hospitais Regionais do Estado do Ceará
Fonte: IPECE

8. ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE DA PERFORMANCE DAS NOVAS UNIDADES

Apesar da importância e relevância que é a saúde para a sociedade, a mesma exige que o governo faça alocação dos recursos de maneira eficiente, ou seja, maximizando o uso e fonte dos recursos. A implantação de diversas unidades de saúde requer um amplo estudo de projeto para avaliar não apenas os custos e benefícios em termos financeiros mas também e, principalmente, os benefícios sociais, os quais se traduzem em melhoria da saúde da população. Isto sugere que a localização, o perfil assistencial, o gerenciamento (gestão e controle), dentre outras coisas, de cada unidade construída sejam igualmente avaliados após o início das atividades.

8.1 Indicadores de Performance

Para que se possa avaliar e monitorar, é necessário a construção de indicadores de saúde. Assim, quando se trata de avaliar o resultado de programas e intervenções governamentais, espera-se contar com indicadores de saúde válidos e precisos, que permitam imprimir confiança ao diagnóstico e prognóstico dos quadros de saúde almejados. Dito isso, os **indicadores de saúde** traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Possibilitam o **monitoramento** das condições de vida, bem-estar da população, eficácia no uso dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis e da gestão, por parte do poder público e da sociedade civil.

Devemos avançar neste ponto, não utilizar apenas indicadores padrões(importantes) como de mortalidade infantil, óbitos, leitos por habitantes, mas também, incluir indicadores que possam de fato medir a mudança esperada nos padrões de saúde pública, por exemplo: **Indicadores de Saúde:** de tempo de espera de exames, resolutividade, satisfação do atendimento, capacidade de ocupação e de rotatividade dos leitos, de acompanhamento de gestantes, das doenças relacionadas às atenções secundária e terciária etc. **Indicadores de Gestão:** Uso dos recursos orçamentários disponibilizados, de controle dos gastos, de metas, produtividade da unidade e dos funcionários, altas hospitalares(permanência hospitalar, , taxa de ocupação, saídas), atividades cirúrgicas, atendimento ambulatorial, entre outros.

8.2 Unidade de Supervisão, Acompanhamento e Plano de Manutenção

A SESA, por contrato com o BID e governo do Estado, constituirá formalmente em sua estrutura uma instância intitulada **Superintendência das Unidades**, vinculada ao Gabinete do Secretário. Essa unidade será encarregada de desenhar e implantar um modelo de supervisão das novas unidades de saúde, que se inicia com o processo de definição e contratação das entidade jurídicas responsáveis pelas novas unidades (OSS ou consórcios) até a elaboração dos contratos de gestão com estas entidades. Também deverá promover o monitoramento e avaliação desses contratos de gestão.

Respeitando-se os montantes envolvidos nesses investimentos e, principalmente, a resolução dos problemas de saúde para a sociedade atual e gerações futuras, o Estado deverá ter um **Plano Anual de Manutenção** para estas novas unidades, tanto no aspecto da estrutura física como de equipamentos. Tal plano também já está previsto no contrato do PROEXMAES com o Banco Interamericano. O plano deverá incluir: (i) os detalhes da organização responsável pela manutenção, o pessoal encarregado e o número, tipo e estado dos equipamentos destinados à manutenção; (ii) a localização, o tamanho e o estado das instalações destinadas a reparação e armazenagem, bem como das unidades de manutenção; (iii) a informação relativa aos recursos que serão investidos em manutenção durante o ano corrente e o montante dos que serão incluídos no orçamento do ano seguinte; e (iv) um relatório sobre as condições da manutenção, baseado no sistema de avaliação de suficiência estabelecido pelo Mutuário.

9. DIAGNÓSTICO

A partir dos dados e análises apresentadas ao longo do trabalho, podemos fazer um diagnóstico dos principais pontos levantados, caracterizando-os em positivos, riscos inerentes e ações esperadas, focando no bem-estar da sociedade a partir dos impactos sociais e econômicos e, principalmente, na melhor capacidade de salvar vidas das pessoas.

9.1 Pontos Positivos

- Criação considerável de emprego e renda através do investimento e manutenção das novas unidades;

- Aumento significativo da oferta de serviços especializados na área de saúde;(As Policlínicas, por exemplo, terão capacidade para realizar 77.616 consultas ao mês ou 932.000 ao ano, 110 mil exames por mês ou 1.324.000 ao ano.);
- Ampliação considerável da oferta de serviços terciário(Hospitais);
- Solução planejada de saúde pública, pensando nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, inclusive observando a geolocalização da população do Estado;
- Descentralização da saúde do Estado, provocando inclusive, descentralização do desenvolvimento econômico;
- Amenização dos problemas de saúde enfrentadas pelo Município de Fortaleza, uma vez que os residentes do interior não precisarão mais vir a capital do Estado para diagnóstico e cuidados médicos;
- Aumento da possibilidade de salvar vidas através de diagnóstico precoce. O câncer de mama tem sua chance de cura em 95% quando há diagnóstico precoce. Da mesma forma, o câncer de próstata, em 90% e o do colo do útero em 100%;
- Aumento da possibilidade de salvar vidas através da redução de trânsito entre o local do acidente ou incidente e o hospital, que reduziu de 3,41 hs de deslocamento para Fortaleza para 1,85 hs para um dos novos hospitais do interior;
- Já é uma realidade, 15 CEOs em funcionamento, 8 Policlínica, 1 Hospital Regional(Cariri) e 6 UPAs.
- Aumento do crescimento econômico e, mais importante, geração contínua de desenvolvimento econômico sustentável.
- Modelo de Gestão das novas unidades através de Corsórcios para os CEOs e Policlínicas, e através de OS-Organização Social para os hospitais.

9.2 Riscos Inerentes

- Falta de médicos, principalmente nas regiões distantes de Fortaleza e em determinadas especialidades médicas;
- Estrutura com custo de manutenção elevado para o Estado;
- Estrutura de custos/manutenção elevada deverá provocar no governo um planejamento/acompanhamento constante de seu fluxo de caixa, entradas e saídas de

recursos para fazer face aos quase US\$ 1 bilhão de despesas adicionais. Criar receitas e/ou aumentar transferências federais;

- Entrada dos consórcios como gestor das novas unidades e geridas geralmente por um dos prefeitos da microrregião poderá incorrer em “demandas políticas”;
- O Estado deverá acompanhar as metas através de indicadores de saúde e de gestão de cada consórcio, no entanto, o mesmo não tem histórico neste tipo de tarefa;
- A criação de uma superintendência para gerir os consórcios e OS-Organização Social requer independência para poder acompanhar a performance destas unidades, o que, muitas vezes, poderá ocorrer ingerência política ou afrouxamentos das metas e acompanhamento para os apadrinhados;
- Manutenção dos equipamentos e estrutura física das unidades entregues aos consórcios deverá ser acompanhada por um plano de manutenção com responsáveis previamente definidos

9.3 Ações Esperadas

- Estruturar a superintendência de acompanhamento da nova rede de unidades com técnicos competentes e isentos;
- Tornar o Estado do Ceará um exemplo de excelência na oferta e gestão da saúde pública;
- Acompanhar e dar soluções para o problema da escassez de médicos, principalmente para o interior;
- Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Manutenção das novas unidades para que as mesmas sejam repassadas para outras gerações e governos em plenas condições de funcionamento.
- Dotar as unidades com Sistema de Informação Gerencial para fazer o acompanhamento das metas e resultados esperados, inclusive o uso e fonte dos recursos públicos.
- Estruturar a área de fiscalização do Estado para que a alocação do custeio e manutenção sigam o acordado no contrato de programa de cada consórcio.

- Realizar com excelência a gestão de pessoas para que os profissionais estejam motivados e produtivos, uma vez que as novas unidades de saúde irão requerer uma quantidade relevante de profissionais.
- Promover a interiorização dos profissionais de saúde de forma a garantir o funcionamento integrado e contínuo das novas unidades de saúde. Sem uma política de captação e fixação eficaz, haverá dificuldades para esses objetivos serem atingidos.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos diante de uma revolução da saúde pública do Estado do Ceará. Os investimentos que estão sendo realizados pelo governo do estado, em torno de R\$ 1 bilhão de reais², equivalem a 1,15% do PIB de 2011. Vale ressaltar que, o Estado tinha 17 unidades no nível de atendimento secundário e terciário no início deste governo, dentre hospitais e outras unidades. O governo do Estado está construindo e equipando 75 novas unidades, entre UPAs, Policlínicas, CEOs e Hospitais, significando um aumento expressivo de 342% na oferta de unidades de saúde. Além disso, o governo do Estado reestrutura a saúde do Estado nos três níveis de atenção à saúde pública: atenção primária, secundária e terciária.

Diante desse novo quadro, em que o Estado do Ceará passará a ser um dos Estados mais equipados da América latina em termos de saúde pública, o governo terá enormes desafios que é administrar estas novas unidades e deixá-las funcionando com eficiência, não só para a geração atual do povo cearense, mas também para as gerações futuras. Para isso, o governo do Estado deverá realizar com eficiência as respectivas ações que já estão em seu planejamento:

- Acompanhar, analisar e monitorar as unidades de saúde, os consórcios e OS-Organização Social envolvidas na gestão;
- Dotar as unidades com Sistema de Informação Gerencial;
- Acompanhar o Plano de Manutenção das novas unidades;
- Acompanhar e planejar a execução orçamentária;
- Projetar(planejar) com eficiência o fluxo de caixa do Estado, devido ao custeio elevado das novas unidades;

² Valores referentes à construção das novas unidades, uma vez que foram realizadas reformas e ampliação de toda a rede existente, como por exemplo, ampliação do HGF, Hospital Waldemar Alcântara, Hospital do Coração(Messejana), entre outros, que não estão aqui mensurados.

- Ter política eficiente de gestão de pessoas.

Podemos inferir que, além dos impactos sociais e econômicos advindos desse volume expressivo de recursos em investimento, o aumento da capacidade de salvar vidas, dentro da melhor definição da expressão, é o que sobressai deste trabalho como observação mais latente. Isto proveniente de 75 novas unidades, 1.554 novos leitos e capacidade de realizar 5.330.560 procedimentos entre consultas, terapias, exames e atendimentos de urgência e emergência por ano. De fato, é um momento histórico de inflexão e mudança de nível da curva saúde pública, pensando em termos temporais da oferta e operacionalização.

O aumento da capacidade de salvar vidas é contundente quando observamos os dados de 2009. Neste ano, 13.333 pessoas morreram em virtude de doenças cerebrovasculares, isquemias do coração, hipertensivas e demais causas do aparelho circulatório. São mortes que o tempo e a distância podem significar a vida ou a diminuição de sequelas, logo, a redução média do tempo e distância de 70% é bastante relevante. Com relação ainda a 2009, no Ceará tivemos 6.570 óbitos ocasionados por câncer de pulmão, estômago, próstata, câncer de mama, útero e demais neoplasias. Aqui, a redução do tempo de exame de 5 meses para menos de 1 mês irá fazer a diferença para um diagnóstico precoce e a vida.

Posteriormente, a partir da utilização do instrumental Matriz de Insumo-Produto do Ceará, continuaremos com estudos de análise de impacto quantitativo e qualitativo na área da saúde, definindo por setor de atividade as gerações de emprego, renda e bem-estar da população.