



Governador do Estado do Ceará

Camilo Sobreira de Santana

Vice-Governadora do Estado do Ceará

Maria Izolda Cela de Arruda Coelho

Secretaria do Planejamento e Gestão - SEPLAG

Ronaldo Lima Moreira Borges (respondendo)

Flávio Ataliba Flexa Daltro Barreto - Secretário Executivo de Planejamento e Orçamento

Ronaldo Lima Moreira Borges - Secretário Executivo de Planejamento e Gestão Interna

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE

Diretor Geral

João Mário Santos de França

Diretoria de Estudos Econômicos - DIEC

Adriano Sarquis Bezerra de Menezes

Diretoria de Estudos Sociais - DISOC

Ricardo Antônio de Castro Pereira

Diretoria de Estudos de Gestão Pública - DIGEP

Marília Rodrigues Firmiano

Gerência de Estatística, Geografia e Informação - GEGIN

Rafaela Martins Leite Monteiro

Objetivos do Desenvolvimento do Milênio - Dezembro de 2020.

Unidades Responsáveis:

Diretoria de Estudos de Gestão Pública - DIGEP

Diretoria de Estudos Sociais - DISOC

Elaboração:

Marília Rodrigues Firmiano (Diretora DIGEP)

Décio Nonato Chaves de Assis (Assessor Técnico DISOC)

Luciana de Oliveira Rodrigues (Assessora Técnica DISOC)

Victor Hugo de Oliveira Silva (Analista de Políticas Públicas DISOC)

Aprígio Botelho Lócio (Assessor Técnico DIGEP)

Colaboração:

Rayén Heredia Peñaloza (Técnica DISOC)

Tiago Emanuel Gomes dos Santos (Técnico DIGEP)

Natália Carvalho Araújo (Bolsista FUNCAP/CAPP)

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: Gerar e disseminar conhecimento e informações, subsidiar a formulação e avaliação de políticas públicas e assessorar o Governo nas decisões estratégicas, contribuindo para o desenvolvimento sustentável do Ceará.

Valores: Ética, transparência e impessoalidade; Autonomia Técnica; Rigor científico; Competência e comprometimento profissional; Cooperação interinstitucional; Compromisso com a sociedade; e Senso de equipe e valorização do ser humano.

Visão: Até 2025, ser uma instituição moderna e inovadora que tenha fortalecida sua contribuição nas decisões estratégicas do Governo.

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) - Av.

Gal. Afonso Albuquerque Lima, s/n | Edifício SEPLAG | Térreo -

Cambeba | Cep: 60.822-325

Fortaleza, Ceará, Brasil | Telefone: (85) 3101-3521

<http://www.ipece.ce.gov.br/>

O relatório "Acompanhamento das Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e dos Avanços Socioeconômicos do Ceará - 1992 a 2015" é realizado em parceria com a Diretoria de Estudos de Gestão Pública (DIGEP) com a finalidade de reunir um conjunto de informações e indicadores sociais, econômicos e ambientais que permitam analisar e posicionar as condições de vida da população cearense em relação às Metas estabelecidas pela cúpula do Milênio da ONU, bem como, identificar e descrever as iniciativas e ações do Governo Estadual que direta ou indiretamente contribuíram no alcance das metas e na análise dos resultados alcançados até 2015.

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE 2020

Objetivos do Desenvolvimento do Milênio / Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) / Fortaleza - Ceará: Ipece, 2020.

ISBN 978-65-990380-3-7

1. ODM 2. Gestão Pública 3. Monitoramento

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará ou da Secretaria do Planejamento e Gestão do Ceará.

Nesta Edição:

Apresentação	3
Introdução	8
Objetivo 1: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome.....	12
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 1.....	13
2. Principais ações e realizações do governo do estado para erradicar a Extrema Pobreza e a Fome.....	20
Objetivo 2: Atingir o Ensino Básico Universal	24
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 2.....	25
2. Principais ações e realizações do governo do estado para atingir o Ensino Básico Universal	35
Objetivo 3: Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher	38
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 3.....	39
2. Principais ações e realizações do governo do estado para promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher	48
Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil	56
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 4.....	57
2. Principais ações e realizações do governo do estado para reduzir a Mortalidade Infantil.....	64
Objetivo 5: Melhorar a Saúde Materna.....	67
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 5.....	68
2. Principais ações e realizações do governo do estado para melhorar a Saúde Materna.....	73
Objetivo 6: Combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças.....	75
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 6.....	76
2. Principais ações e realizações do governo do estado para combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças.....	86
Objetivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental.....	88
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 7.....	89
2. Principais ações e realizações do governo do estado para garantir a Sustentabilidade Ambiental.....	97
Objetivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento	100
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 8.....	101
2. Principais ações e realizações do governo do estado para estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento ...	107
Resumo Geral	112
Reflexões Finais	116
Referências	117

Apresentação

Passados os quinze anos definidos como o prazo para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), é hora de analisar o progresso das metas estabelecidas em 2000 pela Cúpula do Milênio das Nações Unidas.

A fim de contribuir para com os esforços do governo do estado do Ceará, para a nova jornada que dá início aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) apresenta neste relatório o fechamento dos ODM e apresenta os desafios que precisam ser superados, abreviando e tornando mais eficaz as políticas e estratégias em favor da Agenda 2030.

Portanto, este documento visa sintetizar a evolução do estado do Ceará em cada um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a saber: 1) Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) Atingir o ensino básico fundamental; 3) Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental; 8) Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Além de apresentar uma visão geral do progresso do estado do Ceará em relação ao cumprimento dos ODM, o estudo também tem como propósito servir como ponto de partida para uma reflexão muito mais analítica de quais são os desafios para alcançar os ODS. Apresentado dados e indicadores que descrevem a realidade do nosso Estado e quais são os desafios a serem superados até 2030.

João Mário Santos França
Diretor Geral
Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE

Lista de Figuras

Figura 1: Ícones dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)	8
Figura 2: Ícones dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).....	10

Lista de Gráficos

Gráfico 1.1: População sobrevivendo com menos de US\$ 1,90 PPC por dia (em %).....	13
Gráfico 1.2: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza para períodos selecionados.....	14
Gráfico 1.3: Evolução da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência (em %)	15
Gráfico 1.4: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência para períodos selecionados.	16
Gráfico 1.5: Evolução da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo cor/raça (em %)	18
Gráfico 1.6: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo cor/raça (em %).....	19
Gráfico 1.7: Domicílios particulares, por situação de insegurança alimentar grave - BR, NE e CE - 2004, 209 e 2013 (1.000 domicílios).....	20
Gráfico 2.1: Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 7 a 14 anos (em %) - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)	26
Gráfico 2.2:Variação na taxa de escolarização líquida na faixa etária de 7 a 14 anos (em p.p.)	26
Gráfico 2.3: Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 15 a 17 anos - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	27
Gráfico 2.4: Variação da Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 15 a 17 anos (em p.p.).....	27
Gráfico 2.5: Percentual da população com pelo menos o Ensino Fundamental completo - 15 anos ou mais anos - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	28
Gráfico 2.6: Variação do percentual da população com pelo menos o Ensino Fundamental completo - 15 anos ou mais (em p.p.).....	29
Gráfico 2.7: Percentual da população com pelo menos o Ensino Fundamental completo - 15 a 17 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	29
Gráfico 2.8: Percentual da população adulta com pelo menos o Ensino Médio Completo - 18 anos ou mais - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	30
Gráfico 2.9: Percentual da População com Nível Superior Completo - 25 anos ou mais - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	31
Gráfico 2.10: Porcentagem de pessoas que concluíram o EF, EM e ES por anos de idade - Ceará - 2015 - 15 a 70 anos (em %)	31
Gráfico 2.11: Taxa de alfabetização entre as pessoas de 15 a 24 anos - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)	32
Gráfico 2.12: Resultado do SAEB em Língua Portuguesa na 4ª série (5º ano) e da 8ª série (9º ano) do Ensino Fundamental (rede pública) e 3ª série do Ensino Médio (rede estadual).....	33
Gráfico 2.13: Evolução do IDEB 4ª série (5º ano) e da 8ª série (9º ano) do Ensino Fundamental e 3ª série do Ensino Médio	34
Gráfico 3.1: Razão entre as taxas de frequência à escola de mulheres e homens ao Ensino Fundamental - 7 a 14 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)	39
Gráfico 3.2: Razão entre as taxas de frequência à escola de mulheres e homens ao Ensino Médio - 15 a 17 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010).....	40

Gráfico 3.3: Razão entre as taxas de frequência entre mulheres e homens ao Ensino Superior - 18 a 25 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010).....	40
Gráfico 3.4: Taxa de participação Feminina e Masculina na força de trabalho - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%).....	41
Gráfico 3.5: Taxa de participação Feminina e Masculina na força de trabalho - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%).....	41
Gráfico 3.6: Taxa de participação Feminina e Masculina na força de trabalho - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%).....	42
Gráfico 3.7: Distribuição da população Masculina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)	42
Gráfico 3.8: Distribuição da população Masculina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%).....	43
Gráfico 3.9: Distribuição da população Masculina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%).....	43
Gráfico 3.10: Distribuição da população Feminina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)	44
Gráfico 3.11: Distribuição da população Feminina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%).....	44
Gráfico 3.12: Distribuição da população Feminina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%).....	45
Gráfico 3.13: Razão entre as rendas médias de homens e mulheres provenientes do trabalho principal das pessoas ocupadas com 10 anos ou mais- 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010).....	46
Gráfico 3.14: Distribuição percentual da população feminina ocupada com 10 anos ou mais de idade, segundo posição na ocupação - Ceará, 1995, 2005 e 2015.....	47
Gráfico 3.15: Participação das mulheres e homens na Câmara dos Deputados (Estadual e Federal) (em%)	47
Gráfico 3.16: Participação das mulheres dentre os prefeitos e vereadores eleitos no Ceará (em %)......	48
Gráfico 4.1: Taxa de mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos) - Ceará, Nordeste e Brasil (1994-2015)....	58
Gráfico 4.2: Taxa de mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos) - Ceará, Nordeste e Brasil (2000-2015)....	59
Gráfico 4.3: Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) - Ceará, Nordeste e Brasil (1994-2015).	60
Gráfico 4.4: Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos - Ceará, Nordeste e Brasil (2000-2015).....	61
Gráfico 4.5: Proporção da População Assistida pelo PSF (em %) - Ceará, Nordeste e Brasil (1998-2015).....	63
Gráfico 5.1: Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) - Brasil, Nordeste e Ceará (1996-2015). .	69
Gráfico 5.2: Proporção de partos cesáreos (em % de nascidos vivos) - Brasil, Nordeste e Ceará (1994-2015).....	70
Gráfico 5.3: Proporção de partos hospitalares (%) - Brasil, Nordeste e Ceará – 1996, 2000, 2005, 2010, 2013, 2014 e 2015.	71
Gráfico 5.4: Cobertura de pré-natal (em % de nascidos-vivos) por número de consultas realizadas - Brasil, Nordeste e Ceará.	72
Gráfico 6.1: Taxa de incidência de casos (por 100 mil hab.) de AIDS por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará – 1992 a 2015.	77
Gráfico 6.2: Variação da taxa de incidência de casos (por 100 mil hab.) de AIDS por ano de diagnóstico (em %) - Brasil, Nordeste e Ceará.....	77
Gráfico 6.3: Taxa de mortalidade específica (por 100 mil hab.) por AIDS de acordo com o gênero para o Ceará.....	78
Gráfico 6.4: Taxa de mortalidade específica (por 100 mil hab.) por AIDS de acordo com o gênero para o Nordeste.	79

Gráfico 6.5: Taxa de mortalidade específica (por 100 mil hab.) por AIDS de acordo com o gênero para o Brasil. ...	79
Gráfico 6.6: Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de casos de AIDS por ano de diagnóstico de acordo com a faixa etária específica para o Ceará.	80
Gráfico 6.7: Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará.	81
Gráfico 6.8: Variação da taxa de incidência (por 100 mil hab.) de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará.	82
Gráfico 6.9: Taxa de Prevalência (por 10.000 hab.) de casos de Hanseníase - Brasil, Nordeste e Ceará.	83
Gráfico 6.10: Variação da taxa de prevalência (por 10.000 hab.) de casos de Hanseníase - Brasil, Nordeste e Ceará.	83
Gráfico 6.11: Taxa de Detecção (por 10.000 hab.) de casos de Hanseníase em menores de 15 anos por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará.	84
Gráfico 7.1: Percentual de municípios com Conselhos Municipais de Meio Ambiente - Brasil e Ceará - 2001 e 2014 (em %).....	90
Gráfico 7.2: Percentual de municípios com Fundo Municipal de Meio Ambiente - Brasil e Ceará - 2001 e 2014 (em %).....	90
Gráfico 7.3: População indígena por etnia, Ceará, 2013	92
Gráfico 7.4: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes TOTAIS com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)	93
Gráfico 7.5: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes, Urbano e Rural, com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %) ...	93
Gráfico 7.6: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes, Urbano e Rural, com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)	94
Gráfico 7.7: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes, Urbano e Rural, com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)....	94
Gráfico 7.8: Percentual da população residentes na zona Urbano e Rural, com esgotamento sanitário ligado à rede coletora ou fossa séptica - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	95
Gráfico 7.9: Percentual da população residentes na zona Urbano e Rural, com esgotamento sanitário ligado à rede coletora ou fossa séptica - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	95
Gráfico 7.10: Percentual da população residentes na zona Urbano e Rural, com esgotamento sanitário ligado à rede coletora ou fossa séptica - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	96
Gráfico 7.11: Percentual de moradores com coleta direta do lixo domiciliar - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	96
Gráfico 7.12: População Urbana sob moradia adequada - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %).....	97
Gráfico 8.1: Fluxo do comércio internacional - 1992 a 2015 - Ceará - US\$ bilhões (FOB).....	102
Gráfico 8.2: Dívida Pública/PIB (%) - 2002 a 2015 - Ceará	102
Gráfico 8.3: Proporção a população em domicílios permanentes com telefone fixo ou celular - Brasil, Nordeste, Ceará e RMF (em %).....	103
Gráfico 8.4: Variação percentual da população em domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular - Brasil, Nordeste, Ceará e RMF (em %).....	104
Gráfico 8.5: Proporção da população em domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular por zona - Ceará (em %).....	104
Gráfico 8.6: Proporção de domicílios com microcomputadores - Brasil, Nordeste e Ceará (em %).....	105

Gráfico 8.7: Variação percentual da proporção de pessoas em domicílios particular com microcomputador - Brasil, Nordeste e Ceará (em %)	105
Gráfico 8.8: Proporção de pessoas em domicílios permanentes com microcomputadores por zona - Ceará	106
Gráfico 8.9: Proporção da população em domicílios particulares com acesso à Internet - Brasil, Nordeste e Ceará - (em %)	106
Gráfico 8.10: Proporção da população em domicílios particulares com acesso à Internet por zona - Ceará (em %)	107

Lista de Tabelas

Tabela 1.1: Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência	15
Tabela 1.2: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência para períodos selecionados	16
Tabela 4.1: Evolução na taxa de redução da Mortalidade na Infância - Ceará e Brasil (1991, 2000, 2010 e 2015)	60
Tabela 4.2: Participação (em %) das principais causas de morte na infância para o Ceará (1996, 2000, 2005, 2010 e 2015)	62
Tabela 7.1: Municípios, total e com estrutura na área de meio ambiente, por caracterização do órgão gestor - 2013	91
Tabela 7.2: Municípios, total e com iniciativa na área de consumo sustentável, por tipo de iniciativa - 2013	91

Lista de Quadros

Quadro 7.1: Municípios onde estão localizadas áreas indígenas, Ceará - 2010	92
---	----



Introdução

O ano de 2015 marcou a data final para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), acordados em 2000 por 189 países-membros das Nações Unidas e que tinham por objetivo o compromisso compartilhado com a sustentabilidade do Planeta e a melhoria da qualidade de vida da população mundial. Caso fossem cumpridos, resultaria em melhorias substanciais para as pessoas e ao meio ambiente. Os ODM são compostos por 8 (oito) objetivos, divididos em 18 (dezoito) metas e com 48 (quarenta e oito) indicadores a serem monitorados e atingidos por meio de políticas governamentais e ações da sociedade.

Figura 1: Ícones dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)



Fonte: ODM Brasil. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em 12/02/2019.

O primeiro ODM era “Erradicar a extrema pobreza e a fome”, o qual possui duas metas específicas: Meta 1 - reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a US\$ 1 PPC por dia¹; e Meta 2 - reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome. Com o objetivo de alcançar alvos mais ambiciosos, o governo brasileiro, voluntariamente, formulou mais duas metas: Meta 1A - Reduzir a um quarto, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a US\$ 1,90 PPC por dia; Meta 2A - Erradicar a fome entre 1990 e 2015.

O segundo ODM foi de assegurar que toda a população tenha acesso ao ensino básico universal e de qualidade. Portanto, as metas desse objetivo são: a garantia que todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo do ensino básico; e que elas concluam o Ensino Fundamental (brasileiro), independentemente da cor, raça e sexo.

O terceiro ODM tratou da promoção da igualdade de gêneros e da autonomia das mulheres. Neste objetivo, a meta estabelecida era eliminar a disparidade de gênero até 2005 na educação básica e em todos os níveis de ensino até 2015.

O quarto Objetivo do Milênio diz respeito aos cuidados com a saúde nos primeiros estágios da vida, ou seja, a saúde na infância, para assim reduzir a mortalidade infantil. O quinto

1 US\$ 1 PPC (Paridade de Poder de Compra) é uma taxa de conversão calculada pelo Banco Mundial, que indica quantos reais são necessários para comprar o mesmo que um dólar americano compraria no Estados Unidos.



concentrava as atenções em melhorar as condições da saúde materna. Enquanto o sexto ODM tratava do respeito à saúde da população, consistindo no combate ao HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

O sétimo ODM é mais amplo de todos, procurou incorporar metas com vistas ao desenvolvimento sustentável das regiões, entre elas: à qualidade ambiental dos meios físicos, bióticos e de moradia da população. Por fim, o oitavo ODM, estava relacionado à formação de parcerias e o desenvolvimento global dos países.

Os resultados obtidos ao longo das décadas no Brasil, Nordeste e no Ceará, estão resumidas em oito capítulos nesse relatório. Em cada um deles é observado o quanto o estado do Ceará avançou e quais não foram atingidos. Por fim, nas considerações finais faz-se um resumo geral de cada objetivo.

Um dos maiores benefícios com os ODM foi de que a adoção de objetivos e metas para a solução de problemas globais geraram resultados bem positivos, como exemplos, é possível citar: o aumento contínuo de crianças frequentando a escola primária; um maior acesso a água potável; a redução da mortalidade infantil; uma diminuição parcial da pobreza global; e investimentos para o combate à Malária, AIDS e Tuberculose, dentre outras.

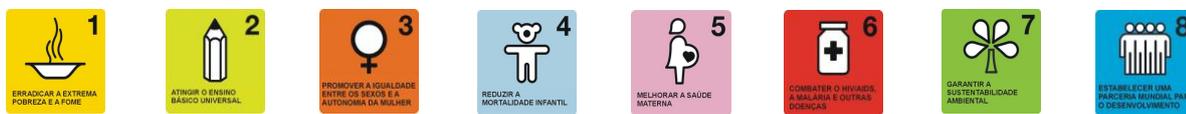
Com o encerramento dos ODM, novos desafios socioeconômicos e em relação às desigualdades sociais para realinhar a urbanização surgiram para os países-membros das Nações Unidas em busca do desenvolvimento sustentável e que deverão ser alcançados pelos próximos 15 anos (2015-2030). Assim vários acordos e agendas passaram a ser sugeridas e perseguidas, algumas com foco bem estabelecido, como:

- Acordo de Sendai², estabelecida em 18 de março de 2015, na Terceira Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Redução de Riscos de Desastres, na cidade de Sendai, Miyagi, no Japão, onde 187 Estados adotaram a “Declaração de Sendai e o Marco para a Redução de Riscos de Desastres 2015-2030”, com o objetivo de reduzir mortes, destruição e deslocamentos causados por desastres naturais, a partir do gerenciamento (antecipação, planejamento e diminuição) de riscos, de forma mais efetiva, com relação à proteção de pessoas, comunidades e países.
- Agenda de Ação Adis Abeba³, elaborada em 13 a 16 de julho de 2015, na Terceira Conferência Internacional para o Financiamento do Desenvolvimento, em Adis Abeba, Etiópia, e endossado na resolução 69/313 da Assembleia Geral de 27 de julho de 2015, com o objetivo de constituir cooperação e parceria global para identificar os meios financeiros e não financeiros necessários para uma mudança de paradigma na forma de investimento em áreas de necessidades globais e financiamento de políticas com prioridades econômicas, sociais e ambientais em busca do desenvolvimento sustentável.
- Acordo de Paris⁴, adotado por 195 Partes, na 21ª Conferência das Partes (COP 21), da Convenção-Quadro das Nações Unidas (UNFCCC) sobre Mudanças do Clima, em Paris, em 12 de dezembro de 2015, com o objetivo de combater as mudanças climáticas e acelerar e intensificar as ações e investimentos necessários para um futuro sustentável de baixo carbono, mantendo um aumento da temperatura global bem abaixo de 2º Celsius, acima

² Disponível em: <https://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291> e <https://www.preventionweb.net/publications/view/43300>. Acesso em 12/02/2019.

³ Disponível em: <https://www.un.org/esa/ffd/ffd3/>. Acesso em 12/02/2019.

⁴ Disponível em: <https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/the-paris-agreement>. Acesso em 12/02/2019.



dos níveis pré-industriais e de procurar limitar o aumento da temperatura ainda mais a 1,5° Celsius.

- Nova Agenda Urbana (NAU)⁵, definida em 20 de outubro de 2016, na 3ª Conferência das Nações Unidas sobre Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável (Habitat III), na cidade de Quito, Equador e aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas no 68º Encontro Plenário para a sua 71ª sessão em 23 de dezembro de 2016. A NAU contém 175 padrões e princípios para o planejamento, construção, desenvolvimento, administração e melhoria das áreas urbanas, distribuídos em cinco pilares de implantação: (i) políticas nacionais urbanas; (ii) legislação e regulação urbanas; (iii) planejamento e desenho urbano; (iv) economia local e finança municipal; e (v) implantação local. Propõe uma quebra de paradigmas, buscando correlações entre a boa urbanização e o desenvolvimento sustentável, a criação de empregos, as oportunidades de subsistência e a melhora da qualidade de vida.

Por fim, os 193 Estados membros da ONU, incluindo o Brasil, comprometeram-se a adotar a chamada **Agenda 2030**. Onde os países trabalharão para cumprir novos objetivos e metas por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os ODS serão responsáveis em orientar as políticas nacionais e as atividades de cooperação entre os países envolvidos para o cumprimento de 17 Objetivos e 169 metas, com foco na erradicação da pobreza, segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, água e saneamento, energia, crescimento econômico sustentável, infraestrutura, redução das desigualdades, cidades sustentáveis, padrões sustentáveis de consumo e de produção, mudança do clima, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, sociedades pacíficas, justas e inclusivas e meios de implementação.

Figura 2: Ícones dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)



Fonte: Plataforma Agenda 2030. Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br/>. Acesso em 12/02/2019.

⁵ Disponível em <http://habitat3.org/the-new-urban-agenda/>. Acesso em 12/02/2019.



Os ODS estão distribuídos em quatro Dimensões:

1) Dimensão Social:

- Objetivo 1** - Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares
- Objetivo 2** - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável
- Objetivo 3** - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades
- Objetivo 4** - Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos
- Objetivo 5** - Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas
- Objetivo 7** - Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos
- Objetivo 11** - Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis
- Objetivo 16** - Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis

2) Dimensão Econômica:

- Objetivo 8** - Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos
- Objetivo 9** - Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação
- Objetivo 10** - Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles
- Objetivo 12** - Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis

3) Dimensão Ambiental:

- Objetivo 6** - Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos
- Objetivo 13** - Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos
- Objetivo 14** - Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável
- Objetivo 15** - Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade

4) Dimensão Institucional:

- Objetivo 17** - Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

Portanto, afim de avaliar em que medida os ODM foram cumpridos no estado do Ceará, o presente relatório apresenta os indicadores monitorados e até que nível, o Estado, por meio de iniciativas e políticas governamentais, avançou e quais objetivos foram alcançados, sugerindo assim, reavaliar as políticas públicas adotadas para fortalecer aquelas que geraram impactos positivos, aperfeiçoar e ajustar outras que contribuíram menos e elaborar novas estratégias para atuar nos Objetivos não alcançados, alinhando todos agora com os novos desafios acordados na Agenda 2030.



Objetivo 1: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome

Meta 1: Reduzir pela metade, entre 1990 a 2015, a proporção da população com renda inferior a 1,90 dólar por dia.

Meta 1A: Reduzir a um quarto, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a 1,90 dólar por dia (brasileira).

Meta 2: Reduzir pela metade, entre 1990 a 2015, a proporção da população que sofre de fome.

Meta 2A: Erradicar a fome entre 1990 e 2015 (brasileira).



Objetivo 1: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome

O primeiro Objetivo do Desenvolvimento do Milênio é “**erradicar a extrema pobreza e a fome**”, o qual possui duas metas específicas: Meta 1 - reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a US\$ 1 PPC por dia (pessoas em pobreza extrema). O governo brasileiro ampliou esta meta para redução de um quarto a proporção da população com renda inferior a US\$ 1,90 PPC por dia, neste mesmo período (Meta 1A).

A Meta 2 - “**reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome**”, também se tornou mais ambiciosa e passou a ser Meta 2A - “**Erradicar a fome entre 1990 e 2015**”.

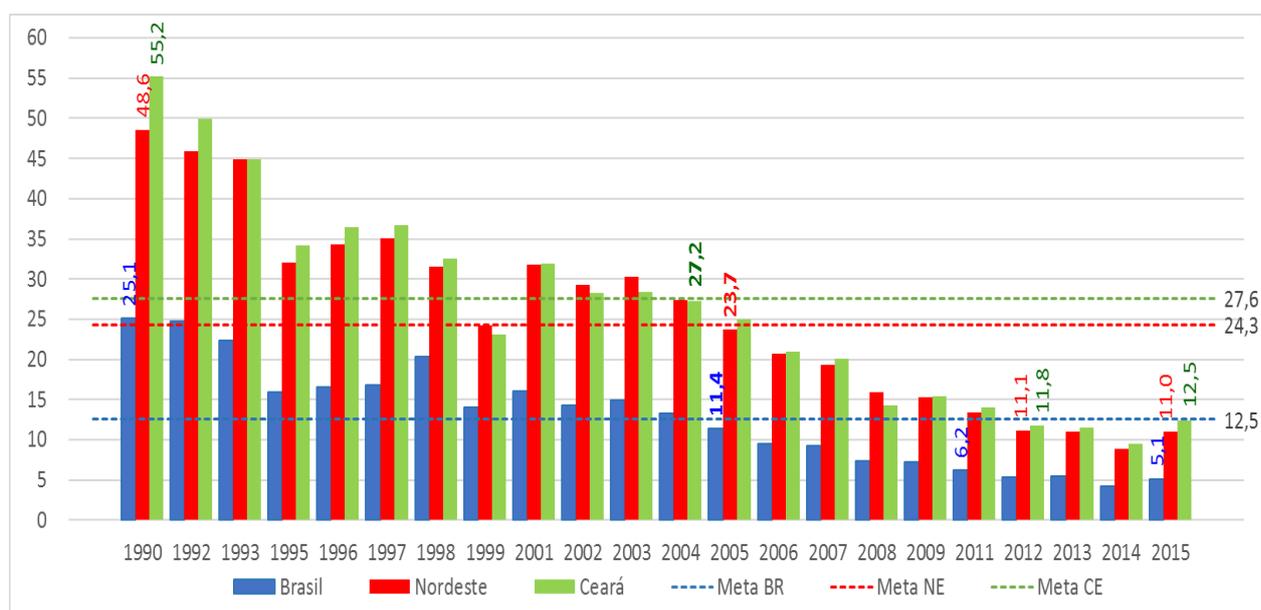
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 1

Quatro indicadores foram elencados para acompanhar as Metas do Objetivo 1. São eles:

- População sobrevivendo com menos de US\$ 1,90 PPC por dia (em %).
- Taxa de variação da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza para períodos selecionados.
- Taxa de variação da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência para períodos selecionados.
- Taxa de variação da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo cor/raça (em %)..

A seguir seguem as análises para cada um deles.

Gráfico 1.1: População sobrevivendo com menos de US\$ 1,90 PPC por dia (em %).



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

As mais recentes estimativas do indicador da Meta 1, que tenta mensurar o alcance do objetivo de reduzir pela metade a extrema pobreza, apontam que o Ceará e o Brasil alcançaram essa meta em 2004 e 2005, respectivamente. No Gráfico 1.1, em 1990, o Ceará possuía 55,2% de

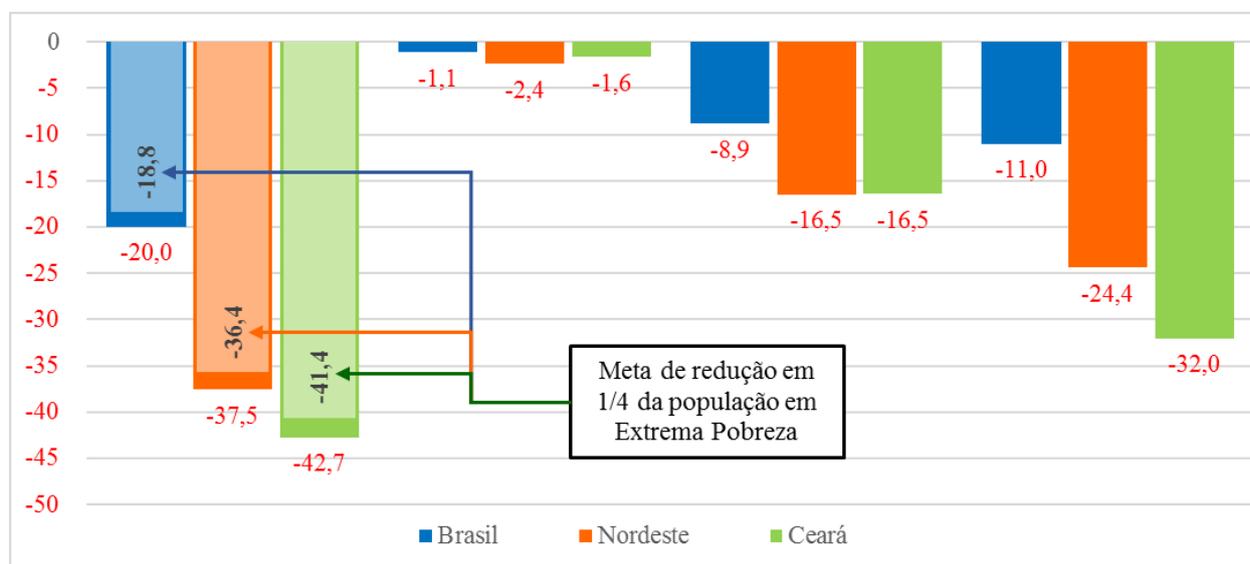


peças em estado de extrema pobreza, ou seja, que tem renda domiciliar *per capita* abaixo da linha de pobreza internacional de US\$ 1,90 PPC por dia. Em 2004, 27,2% dos cearenses eram extremamente pobres segundo o critério internacional, o que indica que as Metas 1 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de reduzir a 27,6% até 2015 já foi ultrapassada no ano de 2004. Do mesmo modo, o Brasil alcançou sua meta que era de 12,5% (1/2 de 1990), já em 2005 (11,4%), bem como o Nordeste com a meta de 24,3% (1/2 de 1990) alcançada, também, em 2005 (23,7%).

Para construção desses indicadores, foram extraídas informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD/IBGE - a renda domiciliar *per capita* nos diferentes anos. Especificamente, todas as taxas de extrema pobreza foram calculadas utilizando linhas de pobreza elaboradas pelo Banco Mundial para o Brasil e ajustadas anualmente para medir US\$ 1,90 PPC por dia em R\$ para cada ano do período estudado.

A Meta 1A nacional, mais ambiciosa, de reduzir a um quarto a população em extrema pobreza também foi alcançada nesse período amostral. O Gráfico 1.2 mostra que a meta de 1/4 também foi alcançada tanto pelo estado do Ceará (-41,4 p.p.), em 2012, como pela região Nordeste (-36,4 p.p.), também em 2012 e pelo Brasil (-18,8 p.p.) em 2011, que reduziram em mais de 75% o número de pessoas vivendo com menos de US\$ 1,90 PPC por dia entre 1990-2015. Destaca-se também a informação que o Ceará reduziu com maior intensidade a proporção de extremamente pobres entre os anos de 1990-1999 (-32,0 p.p.) quando comparado ao período 2001-2009 (-16,5 p.p.).

Gráfico 1.2: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza para períodos selecionados.



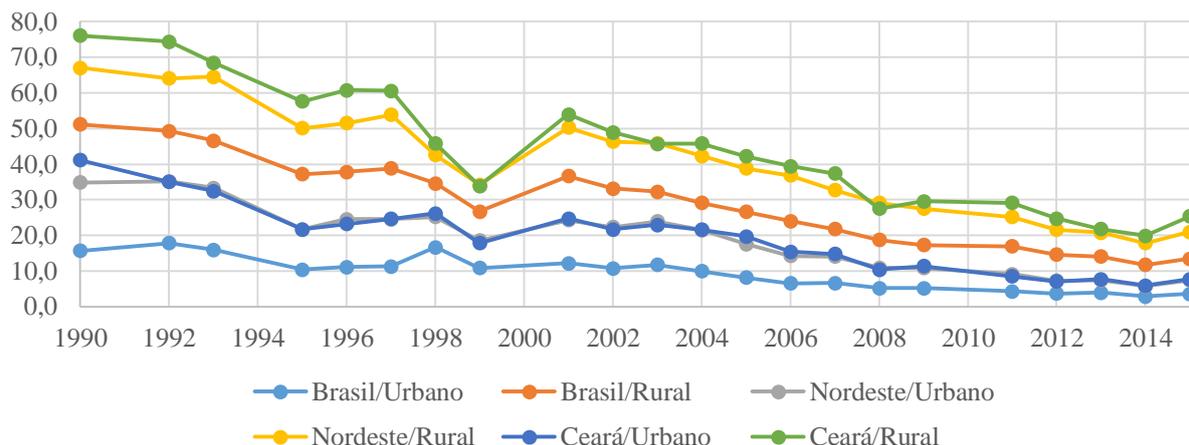
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

O Gráfico 1.3 a seguir apresenta a evolução da proporção de pessoas em situação de extrema pobreza, por área de residência, no Brasil, Nordeste e Ceará. De modo geral, a pobreza extrema é mais alta na área rural, mas a diferença em relação à zona urbana tem diminuído. Em 1990, a diferença entre a proporção de pessoas extremamente pobres entre o setor urbano e rural no Ceará era de 35,0 p.p., ao passo que no ano de 2015 essa disparidade caiu para 17,7 p.p. Contudo, a extrema pobreza permanece com grandes disparidades quando se desagregam as informações por



área geográfica. Notadamente, as áreas rurais do Ceará e do Nordeste destacam-se com as maiores taxas de extrema pobreza ao longo de todo o período abordado. Ademais, observa-se uma tendência de redução comum das taxas de pobreza no Ceará, Nordeste e Brasil. Segundo Assis e Linhares (2018), a dinâmica da pobreza nos estados brasileiros está intrinsecamente ligada a fatores nacionais.

Gráfico 1.3: Evolução da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Atualmente, segundo informações da PNAD 2015, o Estado detém 25,4% da população rural em extrema pobreza. Valor superior à média da região Nordeste (21,0%) e a média nacional (13,4%). Os setores urbanos do Brasil, Nordeste e Ceará possuíam em 2015 taxas de extrema pobreza de 3,6%, 7,4% e 7,7%, respectivamente. Essas informações podem ser visualizadas na Tabela 1.1.

Tabela 1.1: Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência.

Ano	Brasil/Urano	Brasil/Rural	Nordeste/Urano	Nordeste/Rural	Ceará/Urano	Ceará/Rural
1990	15,7	51,2	34,9	67,0	41,1	76,1
1992	17,8	49,3	35,1	64,1	35,0	74,4
1993	15,9	46,6	33,3	64,5	32,4	68,5
1995	10,3	37,2	21,7	50,1	21,7	57,6
1996	11,1	37,8	24,5	51,6	23,2	60,8
1997	11,2	38,8	24,6	53,8	24,6	60,5
1998	16,6	34,6	25,2	42,5	26,2	45,8
1999	10,8	26,7	18,5	34,3	17,8	33,8
2001	12,1	36,6	24,3	50,3	24,7	53,9
2002	10,7	33,1	22,3	46,3	21,7	49,0
2003	11,7	32,3	23,9	45,9	22,9	45,7
2004	9,9	29,1	21,5	42,3	21,6	45,8
2005	8,1	26,6	17,5	38,8	19,7	42,2

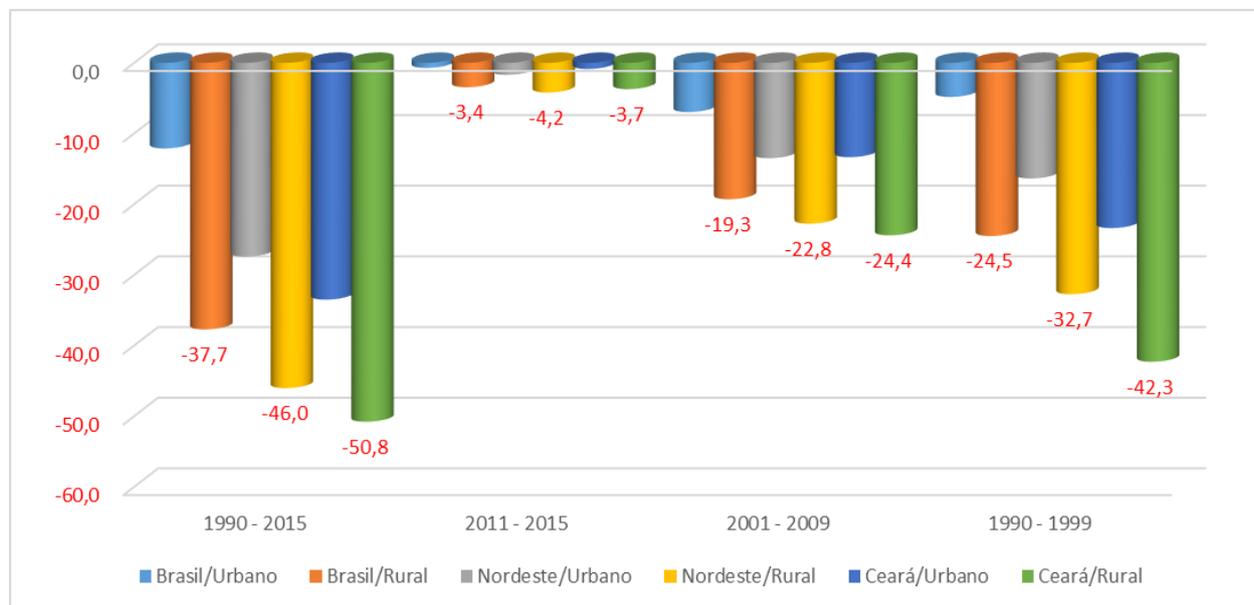


Ano	Brasil/Urano	Brasil/Rural	Nordeste/Urano	Nordeste/Rural	Ceará/Urano	Ceará/Rural
2006	6,6	24,0	14,2	36,8	15,4	39,4
2007	6,6	21,8	14,1	32,7	14,8	37,3
2008	5,1	18,7	10,9	29,1	10,3	27,5
2009	5,2	17,3	10,8	27,5	11,4	29,5
2011	4,3	16,9	9,1	25,2	8,5	29,1
2012	3,6	14,6	7,2	21,6	7,1	24,7
2013	3,9	14,0	7,4	20,8	7,7	21,7
2014	2,8	11,7	5,7	17,8	5,9	19,8
2015	3,6	13,4	7,4	21,0	7,7	25,4

Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

O Gráfico 1.4 exibe a variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência para períodos selecionados. Observa-se que no período entre 1990-2015 a área rural do Ceará (-50,8 p.p.) destacou-se entre todas as áreas analisadas como a zona geográfica que mais reduziu a extrema pobreza, seguida pela área rural do Nordeste (-46,0 p.p.) e rural do Brasil (-37,7 p.p.). A Tabela 2.2 apresenta todas as variações nos períodos abordados. Destaca-se que nos demais períodos selecionados, foi na área rural que apresentou maior redução da extrema pobreza do que na área urbana.

Gráfico 1.4: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência para períodos selecionados.



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Tabela 1.2: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo área de residência para períodos selecionados.

Área de Residência	1990 - 2015	2011 - 2015	2001 - 2009	1990 - 1999
--------------------	-------------	-------------	-------------	-------------



Brasil/Urbano	-12,1	-0,7	-7,0	-4,8
Brasil/Rural	-37,7	-3,4	-19,3	-24,5
Nordeste/Urbano	-27,4	-1,7	-13,5	-16,4
Nordeste/Rural	-46,0	-4,2	-22,8	-32,7
Ceará/Urbano	-33,5	-0,9	-13,3	-23,4
Ceará/Rural	-50,8	-3,7	-24,4	-42,3

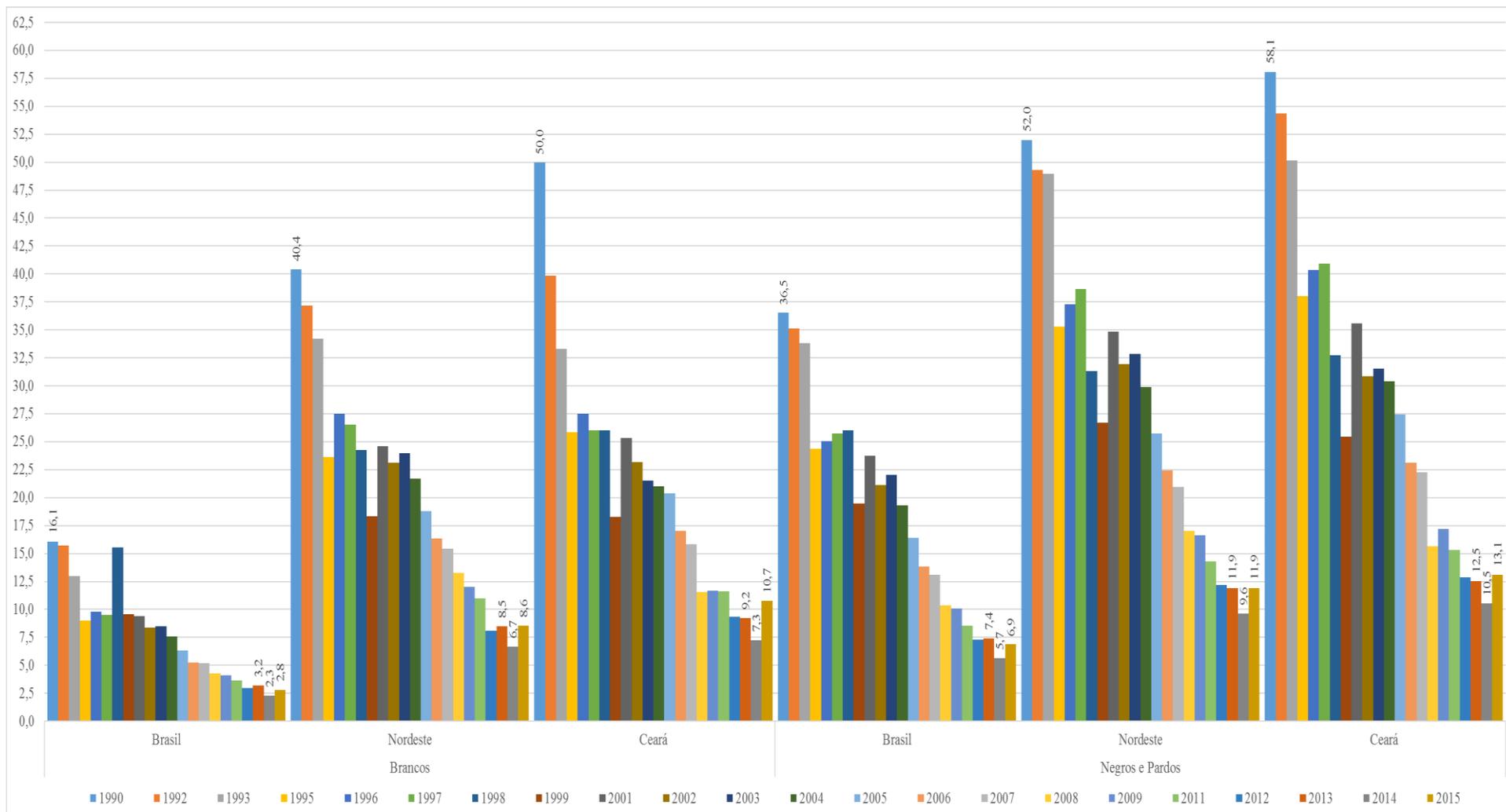
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Dado que o Brasil é um país multirracial, verifica-se a seguir a distribuição da extrema pobreza por grupos raciais. A utilização de mão de obra escrava foi uma das características da formação da economia brasileira. Assim, a literatura econômica mostra que a pobreza quando desagregada por raça revela que ainda persistem grandes diferenças na sociedade brasileira. Ou seja, a pobreza no Brasil atinge grupos da população de modo diferente, destacando-se a pobreza entre brancos e pretos ou pardos.

Nota-se que, pelo Gráfico 1.5, a proporção de pessoas pobres de cor negra e parda é maior tanto no Brasil, Nordeste e Ceará quanto a proporção de indivíduos brancos pobres. Não obstante tenha ocorrido uma grande redução ao longo de toda a série, para todas as regiões geográficas, no declínio da proporção de pessoas de cor negra ou parda na condição de pobreza, a proporção de negros pobres no Brasil (6,9%) ainda é duas vezes maior que a relacionada a brancos (2,8%) segundo dados de 2015. No Ceará, a proporção de negros e pardos extremamente pobres caiu de 58,1% em 1990 para 13,1% em 2015, uma redução de -45,0 p.p.. Contudo, a redução para indivíduos brancos foi menor nesse mesmo período, -39,3 p.p.. Em 2015, a taxa de extrema pobreza para pessoas da cor branca no Estado era de 10,7%. Vale ressaltar que, essas estatísticas de taxa de variação podem ser melhor visualizadas no Gráfico 1.6.



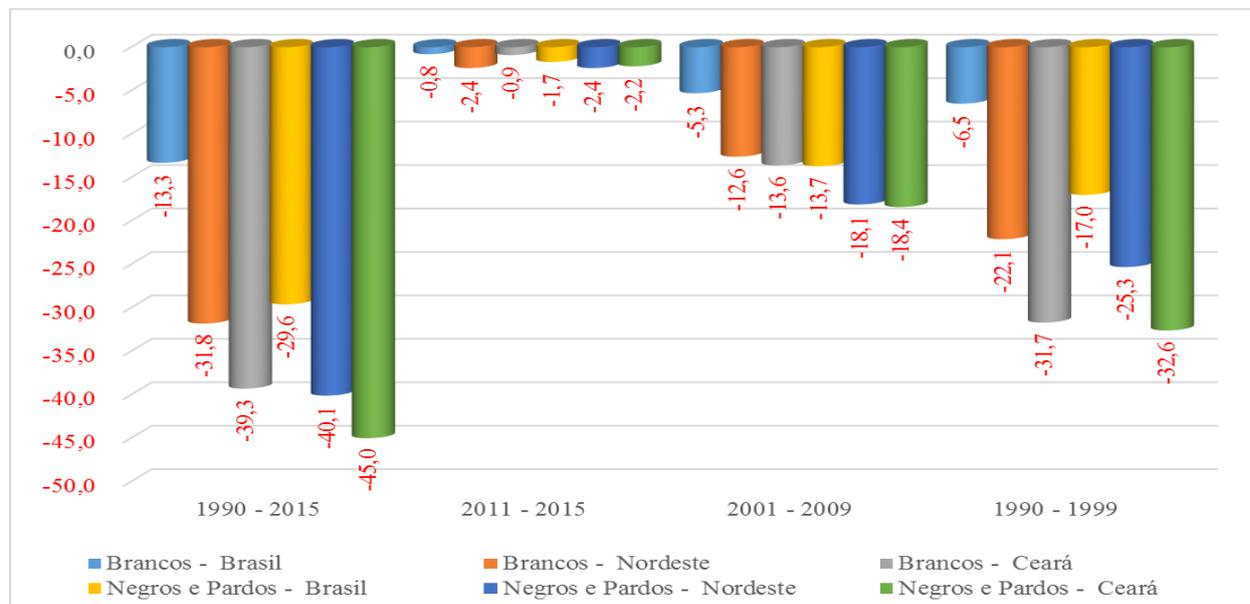
Gráfico 1.5: Evolução da proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo cor/raça (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.



Gráfico 1.6: Variação em pontos percentuais de pessoas abaixo da linha da pobreza segundo cor/raça (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Como destacado em Assis et. al (2017), um desafio no combate a extrema pobreza é a predominância de maiores taxas de indigência na infância. Segundo os autores, a extrema pobreza infantil é menos sensível a sofrer reduções, a partir de diminuições na desigualdade de renda e de aumentos na renda média dos municípios cearenses, do que a extrema pobreza para a população como um todo. O que evidencia uma maior persistência da extrema pobreza infantil. Adicionalmente, esse estudo destaca que políticas que visem à redução das desigualdades terão, em média, maior impacto quando comparadas com políticas de crescimento, em diminuir tanto a extrema pobreza total como a infantil. Desse modo, é importante desenvolver políticas públicas espacialmente diferenciadas, além de destacar a importância de um olhar específico para a infância como prerrogativa para o fim do ciclo vicioso de pobreza extrema no Ceará.

Com relação a Meta 2 - reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome e 2A - erradicar a fome entre 1990 e 2015, existem indicadores de segurança alimentar e/ou de desnutrição, que apesar de adotarem conceitos e metodologias diferentes, conseguem mensurar o fenômeno da fome. Atualmente, o indicador utilizado que permite observar a questão da fome no Ceará é o número de domicílios particulares, por situação de insegurança alimentar grave, coletado no suplemento especial da Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE. Esta informação está disponível somente para os anos de 2004, 2009 e 2013.

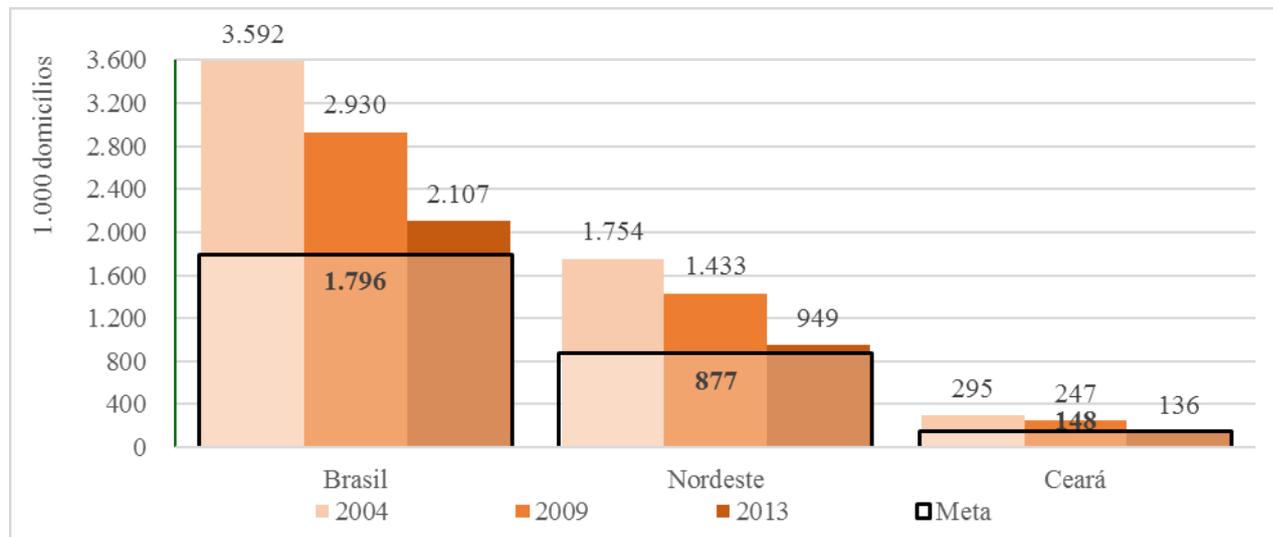
Apesar de não se possa analisar em termos de batimento de metas, por conta de não possuir informações de 1990, é possível observar no Gráfico 1.7, a seguir, que tanto o Brasil, como o Nordeste e o Ceará apresentam uma diminuição do número de famílias com situação de insegurança alimentar grave⁶, de 2004 a 2013. O Ceará conseguiu, neste período, uma melhoria proporcional melhor do que o Nordeste e Brasil, pois reduziu em -53,9%⁷, enquanto o Nordeste melhorou em -45,9% e o Brasil -41,3%.

⁶ Situação em que os familiares do domicílio passaram por privação de alimentos, cujo grau mais extremo é a fome.

⁷ Se considerar este período como Meta 2, reduzir pela metade, o Ceará seria o único que teria alcançado.



Gráfico 1.7: Domicílios particulares, por situação de insegurança alimentar grave - BR, NE e CE - 2004, 2009 e 2013 (1.000 domicílios)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

A partir de 2021, o IPECE poderá acompanhar melhor o indicador de segurança alimentar com a aplicação da Pesquisa Regional por Amostra de Domicílios (PRAD-CE) que irá gerar dados demográficos e socioeconômicos como educação, saúde, segurança, trabalho e renda das famílias cearenses no nível das 14 Regiões de Planejamento. O objetivo é de realizar esta pesquisa em 15 mil domicílios nas áreas rurais e urbanas em todo o Ceará, levantando indicadores importantes para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, bem como possibilitar a elaboração de um indicador multidimensional de pobreza.

2. Principais ações e realizações do governo do estado para erradicar a Extrema Pobreza e a Fome

No período de 2008 a 2015, o governo do estado realizou ações de capacitação e profissionalização, emprego e renda e ações de combate à fome que colaboraram na erradicação da extrema pobreza e da fome. Estas realizações podem ser agrupadas nas áreas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), Agricultura Familiar e Enfrentamento à Pobreza Rural, Ensino médio integrado e educação profissional e Trabalho e empreendedorismo.

Na área de Segurança Alimentar e Nutricional, as ações foram:

- Fornecimento de refeições no Restaurante Popular Mesa do Povo na Parangaba.
- Credenciamento de empresas de pasteurização, aquisição e distribuição de leite para pessoas em situação de insegurança alimentar (Leite Fome Zero).
- Distribuição de leite comprado de produtores da Agricultura Familiar (AF) através do Programas de Aquisição de Alimentos (PAA) Leite.
- Distribuição de alimentos comprados de produtores da Agricultura Familiar através do PAA - Compra com doação direta..
- Projeto CEASA nos Bairros.
- Construção de posto de resfriamento de leite cru, galpão de insumos e escritório para técnicos, para famílias reassentadas.



- Distribuição de tanques de resfriamento de leite às associações de produtores da Agricultura Familiar.
- Implantação do projeto de caprinocultura leiteira.
- Implementação do Programa Nacional de Alimentação Escolar da Educação Básica,
- Programa Bolsa Família.
- Capacitação em Segurança Alimentar e Nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
- Implantação de Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Produção de material didático para subsidiar programas de capacitação em segurança alimentar e nutricional.
- Elaboração da Minuta de Lei de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado - LOSAN.
- Assessoramento a Conselhos Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Capacitação de pessoas, na difusão, disseminação de conceitos e fundamentos de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Assessoramento a entidades apoiadas com subvenção social cujos projetos voltaram-se à segurança alimentar e nutricional.
- Atendimento de famílias pelo Programa de Assistência Alimentar.
- Implantação de mecanismos de gestão do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Instituição de processos continuados de Educação Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada.
- Instituição da Câmara Intersectorial de SAN-CAISAN Ceará.
- Elaboração do Plano Estadual de SAN, em parceria com 15 secretarias de governo.
- Construção do Sistema de Monitoramento das ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) no Estado.
- Assessoramento a municípios para criação dos marcos regulatórios para implantação do SISAN.

Na área de Agricultura Familiar e Enfrentamento à Pobreza Rural as ações foram:

- Adesão de agricultores familiares ao Garantia Safra.
- Distribuição de sementes de culturas de subsistência para agricultores familiares.
- Implementação do Programa PROJOVEM CAMPO - Saberes da Terra, por meio da qualificação social e profissional de jovens e adultos agricultores.
- Assistência técnica a agricultores familiares, para comercialização de alimentos para o Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE; no Programa de Aquisição de Alimentos - PAA; no Plano Brasil Sem Miséria - PBSM.
- Aquisição da produção de leite de produtores da Agricultura Familiar.
- Capacitação técnica de agricultores familiares em eventos de capacitação.
- Implantação do PAA em municípios dos Territórios da Cidadania, com aquisição da produção de agricultores familiares e a doação de alimentos a entidades socioassistenciais, para pessoas em estado de insegurança alimentar e nutricional.
- Beneficiamento de famílias rurais em situação de extrema pobreza com atividades individuais e de grupo para produção familiar pelo Plano Brasil Sem Miséria.
- Projeto produtivo para superação da pobreza em assentamentos de reforma agrária.

Na área de Ensino médio integrado e educação profissional as ações foram:

- Formação e capacitação profissional, com oferta de cursos de formação profissional, em nível técnico, extensão, graduação e pós-graduação, no Estado.
- Implantação, reforma e ampliação de Escolas Estaduais de Educação Profissional, com aquisição de kits multimídia, laboratórios e acervos bibliográficos para os cursos



- Implementação do ensino médio integrado à educação profissional, nas EEEP.
- Capacitação de alunos nos Centros Digitais do Ceará (CDCs)
- Capacitação de jovens e trabalhadores nos Centros Vocacionais Tecnológicos (CVTs)
- Acompanhamento pedagógico, por meio das unidades de ensino, de alunos do ensino médio inseridos na prática de estágio.
- Realização do Festival de Protagonismo Juvenil, com o objetivo promover o protagonismo e empreendedorismo, para alunos de EEEP's.
- Projeto e-Jovem para formação complementar em TI, para jovens da 3ª série do ensino médio regular e egressos da rede pública de ensino
- Capacitação de coordenadores e gestores das EEEP.
- Seleção de profissionais para atuarem nos cursos profissionalizantes.
- Ampliação e reforma de escolas agrícolas
- Concessão de bolsa-estágio, garantia de auxílio-transporte, contratação de seguro contra acidentes pessoais e aquisição de equipamentos de proteção individual para Estágio Curricular Obrigatório dos alunos das EEEP's.
- Elaboração e implementação do Plano de Educação Profissional e Tecnológica do Estado do Ceará 2012 -2015
- Capacitação de pessoas para atender a demandas do mercado de trabalho, nos cursos de extensão (formação inicial e continuada).
- Implementação de ações de protagonismo e empreendedorismo para alunos e egressos do ensino médio.
- Capacitação de pessoas pela Unidade de Educação Profissional/UECE - UNEP
- Conclusão do Centro de Treinamento do Trabalhador Cearense - CTTC no município de Caucaia.

Na área de trabalho e empreendedorismo as ações foram:

- Apoio à empreendimentos econômico-solidários.
- Capacitação de empreendedores.
- Atendimento a micros e pequenos empreendedores em consultorias, capacitações e participação em feiras.
- Desenvolvimento de ações de orientação, formalização de empresa e formação empreendedora nas Unidades Central Fácil de Fortaleza e Juazeiro do Norte, Polos de atendimento ao Empreendedor e Unidade Móvel de Empreendedorismo;
- Cadastramento e capacitação de artesãos e benefício a outros com comercialização.
- Cadastramento de trabalhadores para o mercado de trabalho.
- Captação de vagas no mercado de trabalho.
- Atendimento a trabalhadores com orientação profissional.
- Atendimento a trabalhadores requerentes do seguro-desemprego.
- Expedição de carteiras de trabalho e previdência social.
- Qualificação de trabalhadores, através do Projeto Criando Oportunidades.
- Qualificação de trabalhadores no setor da Construção Civil, por meio do Plano Setorial de Qualificação e Inserção Profissional - PlanSeq.
- Concessão de bolsas de aprendizagem, na capital e no interior
- Implantação de incubadoras de empresas de TIC, para empreendedorismo juvenil e geração de renda no interior.
- Implementação do Projeto Com. Domínio Digital, com o objetivo de qualificar jovens para o mundo do trabalho.
- Realização de curso preparatório para o processo de seleção do PROMINP, em escolas estaduais, para acesso a vagas de trabalho na Petrobras



- Capacitação jovens por meio do Primeiro Passo, Juventude Cidadã, Juventude Empreendedora
- Cadastramento de trabalhadores no Sistema Público de Emprego.
- Inserção de Pessoas com Deficiência - PCD's no mercado de trabalho através Unidade de Atendimento à PCD's.
- Coordenação e implementação do Sistema Público de Emprego, com unidades em todo o Estado, para a inserção de trabalhadores no mercado
- Inserção de alunos do ensino médio no mercado de trabalho, por meio de estágio não obrigatório realizado em empresas conveniadas com a SEDUC.
- Encaminhamento de trabalhadores para qualificação profissional através das Unidades de Atendimento do SINE/IDT;
- Implementação da Cooperação Técnica e Financeira do BID com o governo do estado/SEPLAG/STDS, para operacionalização do Programa de Apoio à Inserção de Grupos Vulneráveis no Mercado de Trabalho;
- Participação de trabalhadores nas Oficinas de Orientação para o Trabalho e de trabalhadores autônomos nos serviços prestados pelo Centro do Trabalhador Autônomo - CTA;
- Qualificação de pessoas e concessão de kits instrumentais de trabalho no âmbito do Projeto Criando Oportunidades
- Realização de cursos de qualificação na linha de Jovem Bolsista
- Realização de cursos de qualificação na linha de Jovem Aprendiz
- Concessão de bolsas de formação pelo PRONATEC
- Realização de formações continuadas para educadores do Projovem Campo
- Realização de formações continuadas para educadores do Projovem Urbano
- Apoio a escolas que demandaram projetos de empreendedorismo e atividades extracurriculares para jovens



Objetivo 2: Attingir o Ensino Básico Universal

Meta 3: Garantir que, até 2015, as crianças de todos os países, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico.

Meta 3A: Garantir que, até 2015, todas as crianças, de todas as regiões do país, independentemente da cor, raça e do sexo, concluam o Ensino Fundamental (brasileira).



Objetivo 2: Atingir o Ensino Básico Universal

O segundo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio é assegurar que toda a população tenha acesso ao ensino básico e de qualidade. Para o acompanhamento desse objetivo, que tem como metas garantir que todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo do ensino básico, até 2015 (Meta 3) e que elas concluam o Ensino Fundamental (brasileira), independentemente da cor, raça e do sexo, até 2015 (Meta 3A), serão analisados os seguintes indicadores: taxa de escolarização líquida da população nas faixas etárias de 7 a 14 e de 15 a 17 anos de idade, no sentido de acompanhar a evolução do acesso das crianças e adolescentes ao Ensino Fundamental e Médio no Brasil, Nordeste e Ceará. E para verificar se essa população tem permanecido no sistema educacional até a conclusão completa do ciclo, serão analisados os seguintes indicadores: percentual da população de 15 anos ou mais de idade que completaram ao menos o Ensino Fundamental; percentual da população de 18 anos ou mais com pelo menos o Ensino Médio completo e, percentual da população de 25 anos ou mais de idade com Ensino Superior completo.

Para expor a qualidade da educação frequentada por estas crianças e adolescentes serão analisados os seguintes indicadores: taxa de analfabetismo escolar entre população de 15 a 24 anos e a desempenho médio dos alunos da educação básica no Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB) e Prova Brasil e a evolução do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) no Ensino Fundamental e Médio.

1. Indicadores relacionados ao Objetivo 2

Sabendo que a Constituição Federal de 1988 em seu Art. 208 explicita ser dever do Estado a oferta obrigatória e gratuita do Ensino Fundamental para todos os brasileiros, inclusive para aqueles que não tiveram acesso na idade apropriada. Além de preconizar a extensão obrigatória e gratuita do Ensino Médio. Uma das metas estabelecidas pelos ODM é que até o ano de 2015, todos os brasileiros tivessem ao menos concluído essa etapa de ensino. Portanto, em relação ao acesso escolar ou ofertas de vagas no Ensino Fundamental, tem-se observado uma tendência à universalização, sobretudo, entre a população de 7 a 14 anos de idade.

Em 2015, a taxa de escolaridade líquida⁸ nessa faixa de idade era de 98,8%, 98,3% e 98,6% no Brasil, Nordeste e Ceará, respectivamente, apresentando uma evolução significativa se comparada ao ano de 1992 (Gráfico 2.1).

8 A taxa de Escolarização Líquida é a razão entre o número total de matrículas de alunos com a idade prevista para frequentar um determinado nível e a população total da mesma faixa etária.

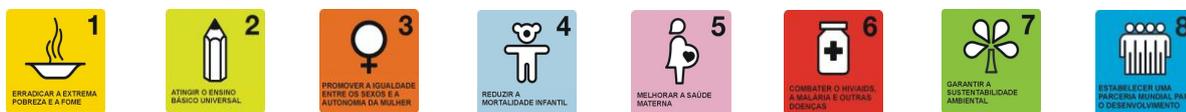
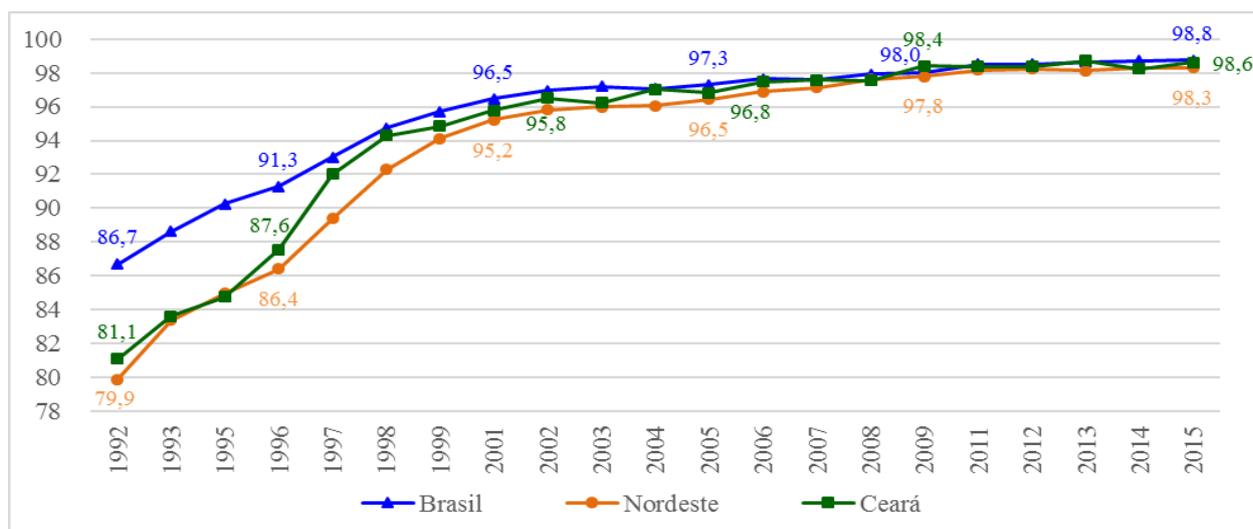


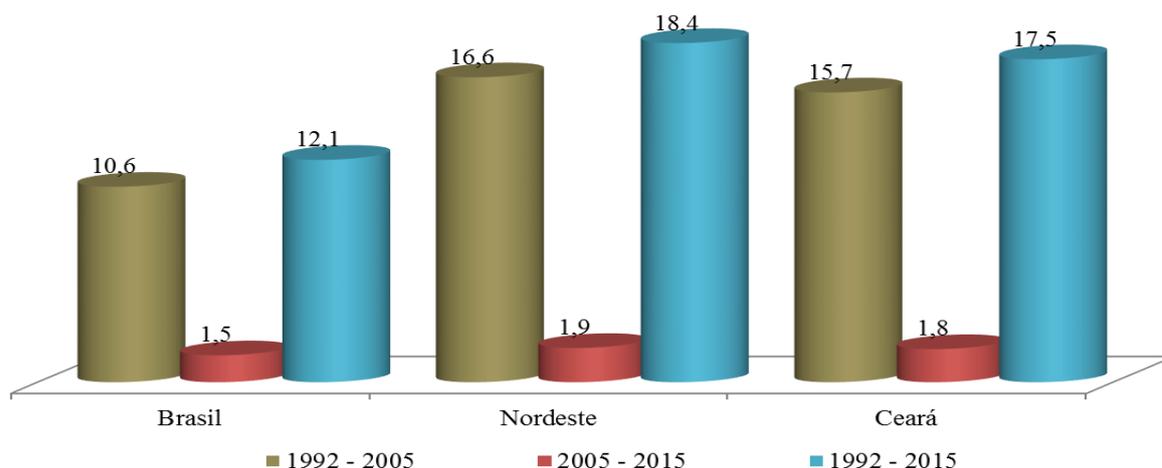
Gráfico 2.1: Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 7 a 14 anos (em %) - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)⁹



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

A fim de analisar a evolução desse indicador no período analisado, apresenta-se no Gráfico 2.2 a variação em pontos percentuais nos períodos de 1992 a 2005, 2005 a 2015 e 1992 a 2015. Portanto, observa-se que a maior variação aconteceu no período de 1992 a 2015, para o Brasil, Nordeste e Ceará a variação foi de 12,1, 18,4 e 17,5 p.p. respectivamente. Nos últimos dez anos (2005/2015), a variação foi menor, no caso do Brasil de 1,5 p.p., no Nordeste de 1,9 p.p. e Ceará de 1,8 p.p.. E para a série histórica de 1992 a 2005, nota-se que o Nordeste e o Ceará cresceram bem mais do que o Brasil.

Gráfico 2.2: Variação na taxa de escolarização líquida na faixa etária de 7 a 14 anos (em p.p.)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

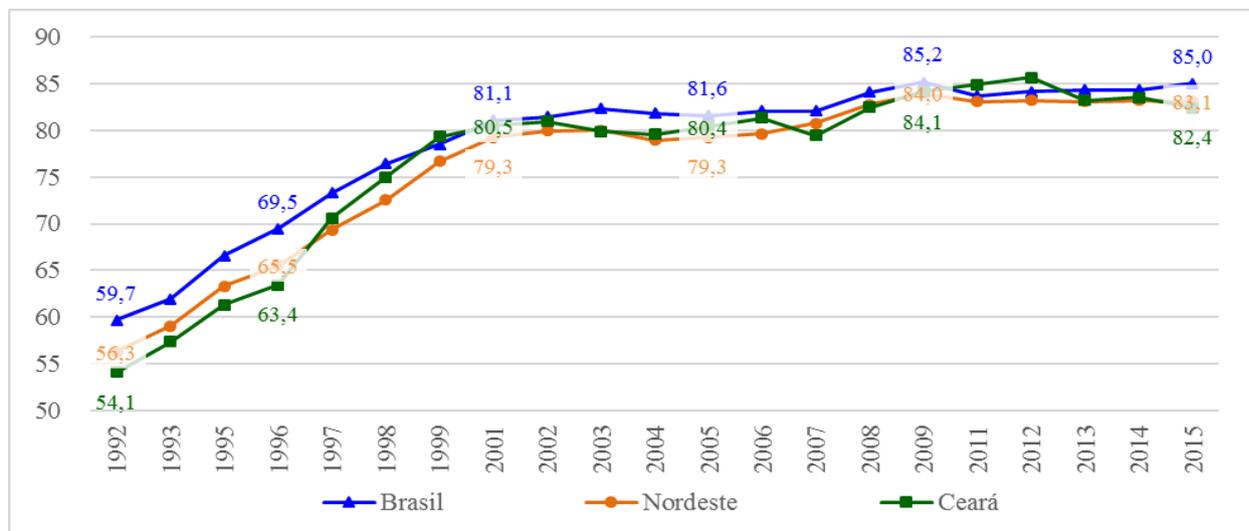
Na análise da taxa de escolarização líquida para os jovens de 15 a 17 anos de idade (Gráfico 2.3) também se observa uma evolução significativa, porém, ainda longe da universalização. Observa-se que no Ceará, a proporção de jovens entre 15 e 17 anos de idade que estavam

⁹ A PNAD não foi realizada em 1994 e em 2000 e 2010 foram anos do Censo Demográfico.



frequentando a escola, mais precisamente, o Ensino Médio, ampliou-se de 54,1% para 82,4% entre 1992 e 2015, o que corresponde a um incremento de mais de 28,3 pontos percentuais (p.p.). Apesar da evolução, o Ceará ainda apresentava, em 2015, taxas inferiores a nacional (85,0%) e a do Nordeste (83,1%).

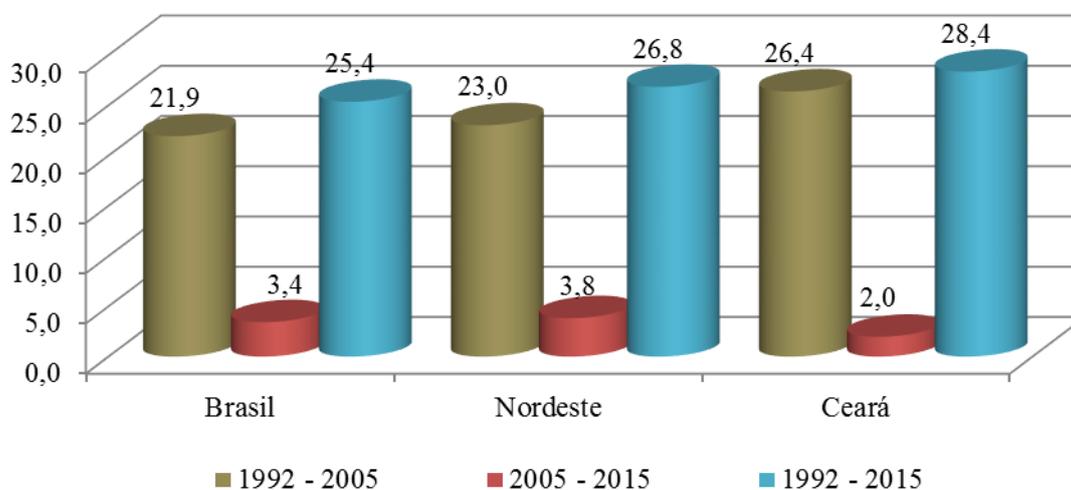
Gráfico 2.3: Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 15 a 17 anos - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

O Gráfico 2.4 apresenta a variação nas últimas décadas. A maior variabilidade, no Ceará, é observada entre os anos de 1992 a 2015, neste período a variação da frequência líquida da população de 15 a 17 anos de idade foi de 28,4 p.p., enquanto na última década, que corresponde ao período de 2005 a 2015 a variação neste indicador foi de 26,8 p.p.. Considerando a série 1992 a 2005, a variação da escolarização líquida da população de 15 a 17 anos foi de 25,4 p.p..

Gráfico 2.4: Variação da Taxa de escolarização líquida na faixa etária de 15 a 17 anos (em p.p.)



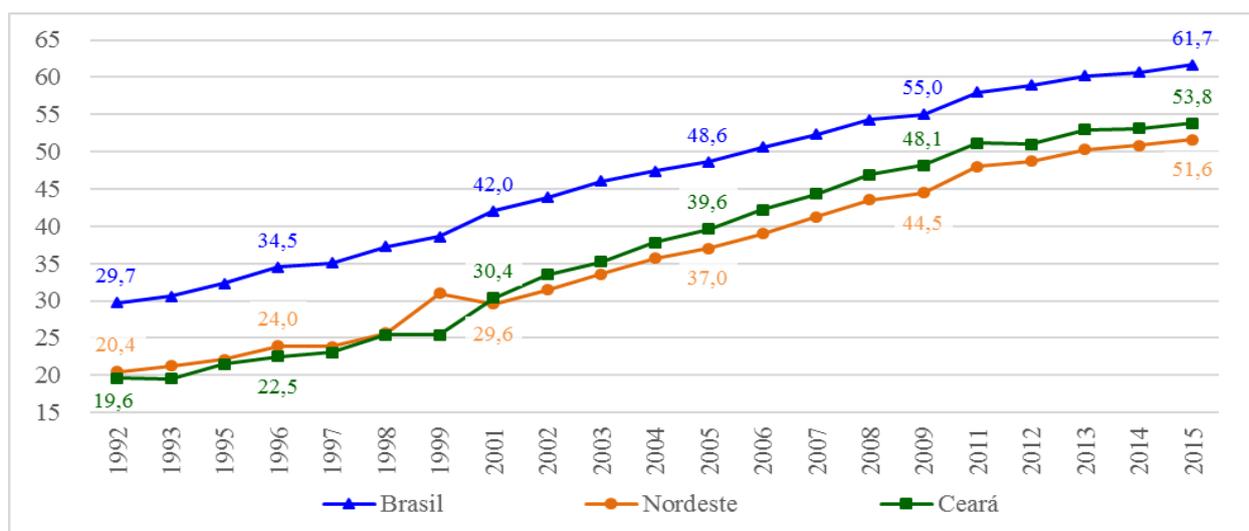
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE



As diferenças entre a taxa de frequência líquida da população de 7 a 14 e de 15 a 17 anos de idade sinalizam para um problema que ainda persiste ao longo das últimas décadas: o fluxo escolar. Embora a universalização do acesso da população de 7 a 14 anos tenha sido praticamente atingida, em 2015, observa-se uma proporção considerável de adolescentes de 15 a 17 anos que não frequentavam a escola no nível adequado, ou que haviam abandonado os estudos sem a conclusão do Ensino Médio.

Em seu conjunto, pode-se afirmar que o sistema educacional brasileiro e, em particularmente, o cearense, apresentou visíveis melhorias nas últimas décadas. Houve um incremento substancial da proporção de crianças e adolescentes que frequentam a escola na idade certa, bem como o aumento da escolaridade média da população em geral. No entanto, como pode ser verificada no Gráfico 2.5 a taxa de conclusão do Ensino Fundamental para a população de 15 anos ou mais de idade ainda está aquém do desejado. Em 2015, apenas 53,8% da população cearense nessa faixa etária haviam concluído o Ensino Fundamental, embora tenha apresentado desempenho superior à região do Nordeste, o desempenho do estado ainda estava abaixo da média nacional.

Gráfico 2.5: Percentual da população com pelo menos o Ensino Fundamental completo - 15 anos ou mais anos - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)

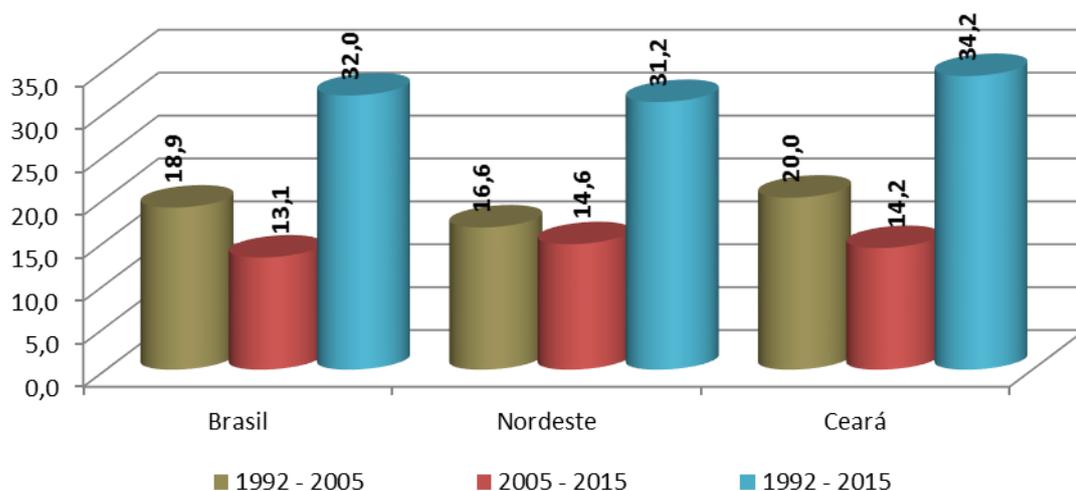


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

O Gráfico 2.6 apresenta a variação nas últimas décadas. Percebe-se que o Ceará variou positivamente bem mais que o Brasil e o Nordeste nas três séries observadas. A maior variabilidade, no Ceará, é observada entre os anos de 1992 a 2015, neste período a variação da população com pelo menos o Ensino Fundamental completo - 15 anos ou mais foi de 34,2 p.p., enquanto na série 1992 a 2005, a variação da escolarização líquida da população de 15 anos ou mais foi de 32,0 p.p.. Considerando a última década, que corresponde ao período de 2005 a 2015 a variação neste indicador foi de 31,2 p.p..



Gráfico 2.6: Variação do percentual da população com pelo menos o Ensino Fundamental completo - 15 anos ou mais (em p.p.)

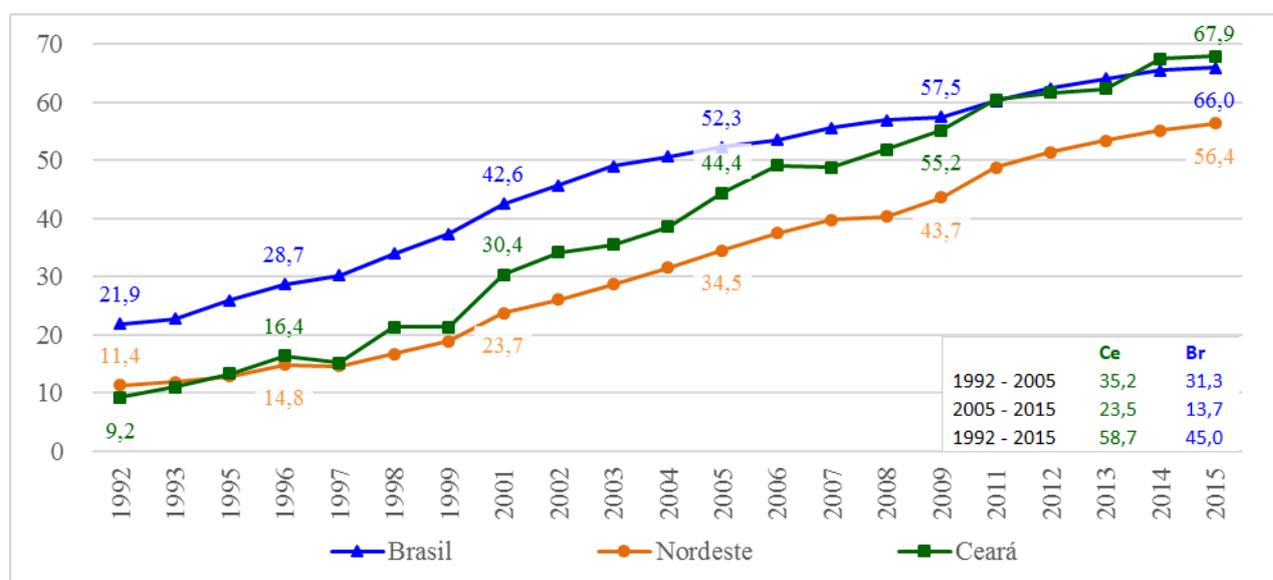


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Com o objetivo de analisar a meta 3A “Garantir que, até 2015, todas as crianças, de todas as regiões do país, independentemente da cor, raça e do sexo, concluam o Ensino Fundamental (brasileira)”, analisamos a taxa de conclusão do Ensino Fundamental no período de 1992 a 2015 para a população de 15 a 17 anos de idade.

Nota-se, pelo Gráfico 2.7, que o Ceará ocorreu um crescimento significativo no período, mas longe de alcançar a meta, que seria 100% da população nessa faixa etária com pelo menos o Ensino Fundamental completo. O Ceará (67,9%), em 2015, alcançou valores superior ao Brasil (66,0%) e ao Nordeste (56,4%), que apesar de estar longe da meta, demonstrou uma superação enorme se comparado em 1992.

Gráfico 2.7: Percentual da população com pelo menos o Ensino Fundamental completo - 15 a 17 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



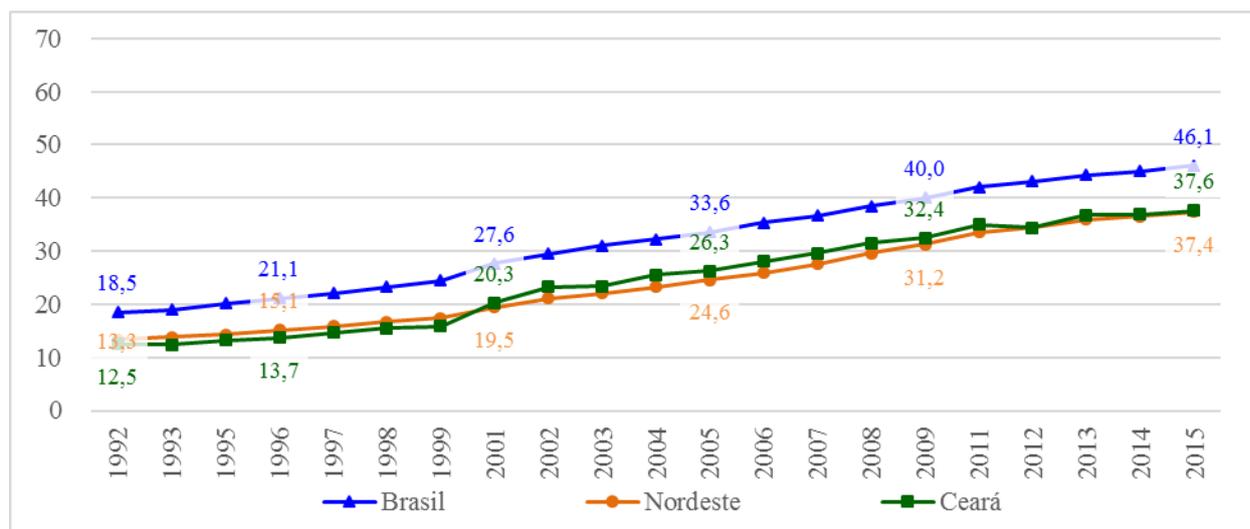
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE



Pode-se ainda observar no Gráfico 2.7, que o Ceará avançou mais rápido que o Brasil nos três períodos analisados, entre 1992 a 2005 a variação foi de 35,2 p.p. e no período mais recente (2005 a 2015), a variação ficou em torno de 23,5 p.p., enquanto a nacional foi de 13,7 p.p.. E na série histórica completa, a variação neste indicador foi de 58,7 p.p..

Apesar dos avanços observados na universalização do Ensino Fundamental, ainda existem grandes dificuldades para a conclusão dessa etapa de ensino. E o principal obstáculo não está relacionado à oferta de vagas, mas sim a problemas referentes ao fluxo escolar, como os elevados índices de repetência, abandono e evasão escolar precoce. Em razão dessas dificuldades, o percentual de jovens de 18 anos ou mais que concluíram o Ensino Médio, ciclo completo da educação básica no Brasil, não chegava a 50%, em 2015. No caso do Ceará, o percentual da população adulta com Ensino Médio completo era de apenas 37,6%, quase 10 pontos percentuais abaixo da média nacional (46,1%) (Gráfico 2.8).

Gráfico 2.8: Percentual da população adulta com pelo menos o Ensino Médio Completo - 18 anos ou mais - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)

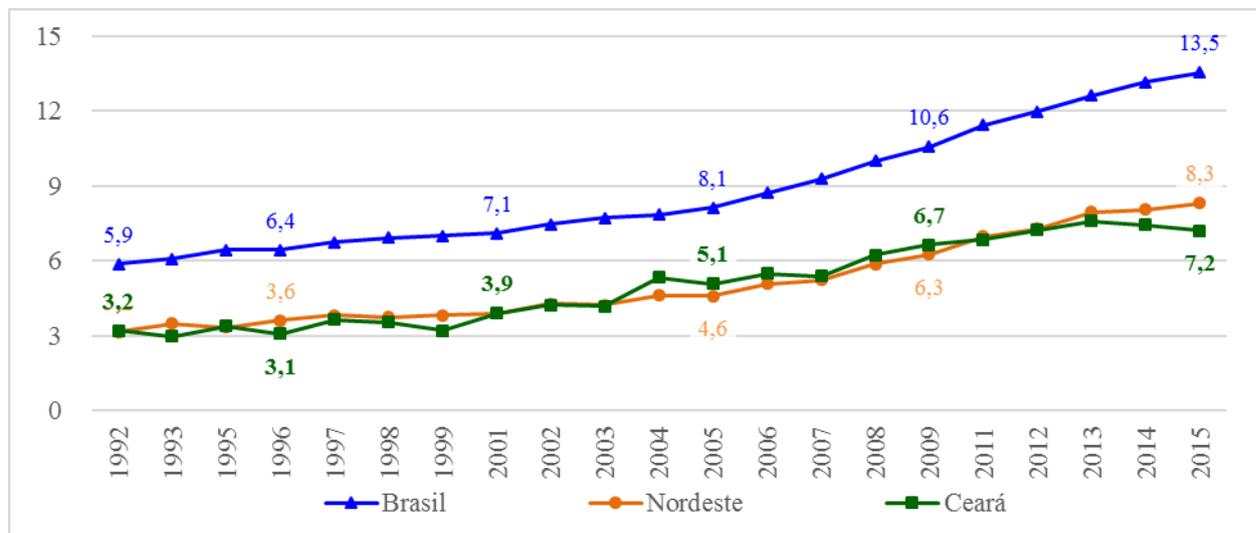


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Outro indicador que permite medir o acesso e o progresso educacional da população brasileira é o percentual de adultos de 25 anos ou mais com Ensino Superior completo. De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2.9 houve um crescimento no número de brasileiros com diplomas universitários no período analisado. No Ceará, o percentual da população de 25 anos ou mais com Ensino Superior aumentou de 3,2%, em 1992 para 7,2%, em 2015. Porém, a situação geral do estado do Ceará não é nada alentadora, os dados demonstram que o estado está ficando para trás, não apenas em comparação como resto do Brasil, mas também em relação aos estados nordestinos. Em uma era de crescimento tecnológico e globalização, uma população com baixa escolaridade pode representar um desafio para a produtividade e crescimento econômico e social do estado.



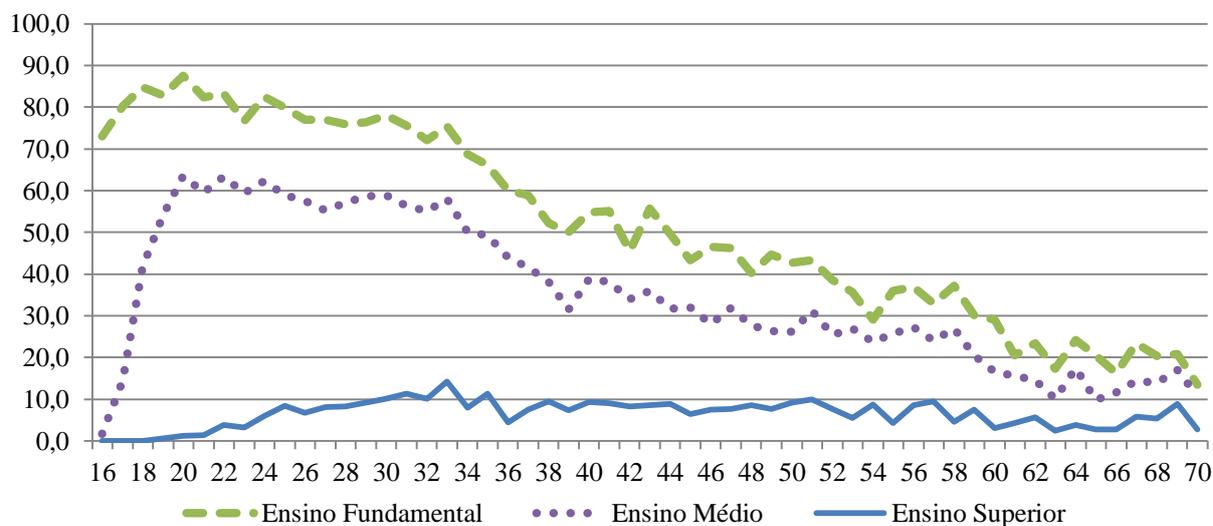
Gráfico 2.9: Percentual da População com Nível Superior Completo - 25 anos ou mais - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Para concluir a análise dos indicadores de acesso à educação básica no Ceará, o Gráfico 2.10, a seguir, apresenta o estoque de capital humano em 2015, dos cearenses de 15 a 70 anos de idade, considerando a conclusão dos três ciclos de ensino: Fundamental, Médio e Superior. Um fator importante a ser destacado na presente análise é o percentual de jovens de 18 a 35 anos de idade que concluíram o Ensino Fundamental e Ensino Médio, reflexo do aumento significativo da oferta de vagas em escolas públicas nos últimos anos. Este bom desempenho, provavelmente, trará retorno para a sociedade cearense, aumento também a proporção daqueles que concluirão o Ensino Superior.

Gráfico 2.10: Percentagem de pessoas que concluíram o EF, EM e ES por anos de idade - Ceará - 2015 - 15 a 70 anos (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

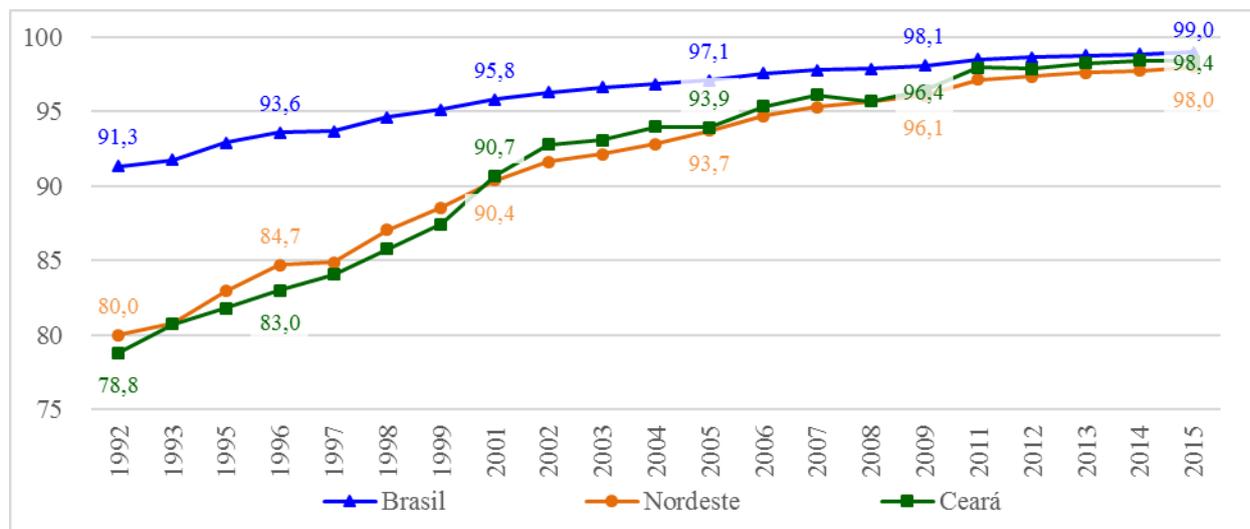


O panorama do acesso à educação brasileira e cearense apresentou significativas melhorias nas últimas três décadas, com aumentos acentuados na taxa de frequência e conclusão do Ensino Fundamental, Médio e Superior. No entanto, a constatação destes resultados, não isenta de uma análise crítica sobre a qualidade do ensino ofertado à população que frequenta o sistema de ensino brasileiro.

Garantir o acesso da população mais pobre à escola é um passo importante ao desenvolvimento social e econômico da sociedade brasileira, porém, não é o suficiente. Além do acesso à educação é imprescindível que o ensino ofertado pelas escolas da rede pública, seja de boa qualidade.

Um indicador usualmente utilizado para avaliar a qualidade do ensino ofertado à população é a taxa de alfabetização. Para o acompanhamento dos ODM foi analisado a taxa de alfabetização da população de 15 a 24 anos de idade, ilustrado no Gráfico 2.11. No Ceará, a taxa média de alfabetização da população nessa faixa etária atingiu 98,4%, em 2015, um incremento de 19,6 p.p. em relação à taxa registrada em 1992. Embora tenha apresentado uma evolução significativa no período, à taxa de alfabetização no estado ainda é inferior a nacional, evidenciando que o sistema educacional cearense ainda não conseguiu erradicar o analfabetismo escolar entre os jovens.

Gráfico 2.11: Taxa de alfabetização entre as pessoas de 15 a 24 anos - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

É relevante lembrar que grande parte da população de 15 a 24 anos foi beneficiada pelas mudanças estruturais do sistema educacional brasileiro nas últimas décadas, que permitiu o acesso à educação básica daqueles de baixa renda e de diferentes regiões do país. No entanto, embora estes jovens tenham frequentado a escola, não foram alfabetizados adequadamente. Uma vez que, em 2015, segundo informações da PNAD, 99,7% dos jovens cearenses não alfabetizados nessa faixa de idade haviam frequentado escola ou creche anteriormente.

Portanto, o grande desafio do governo estadual é garantir a qualidade da educação ofertada às crianças e aos adolescentes, principalmente nos anos iniciais do Ensino Fundamental, garantindo que elas sejam escolarizadas adequadamente, evitando que, no futuro, venham a fazer parte do grupo de analfabetos do país.



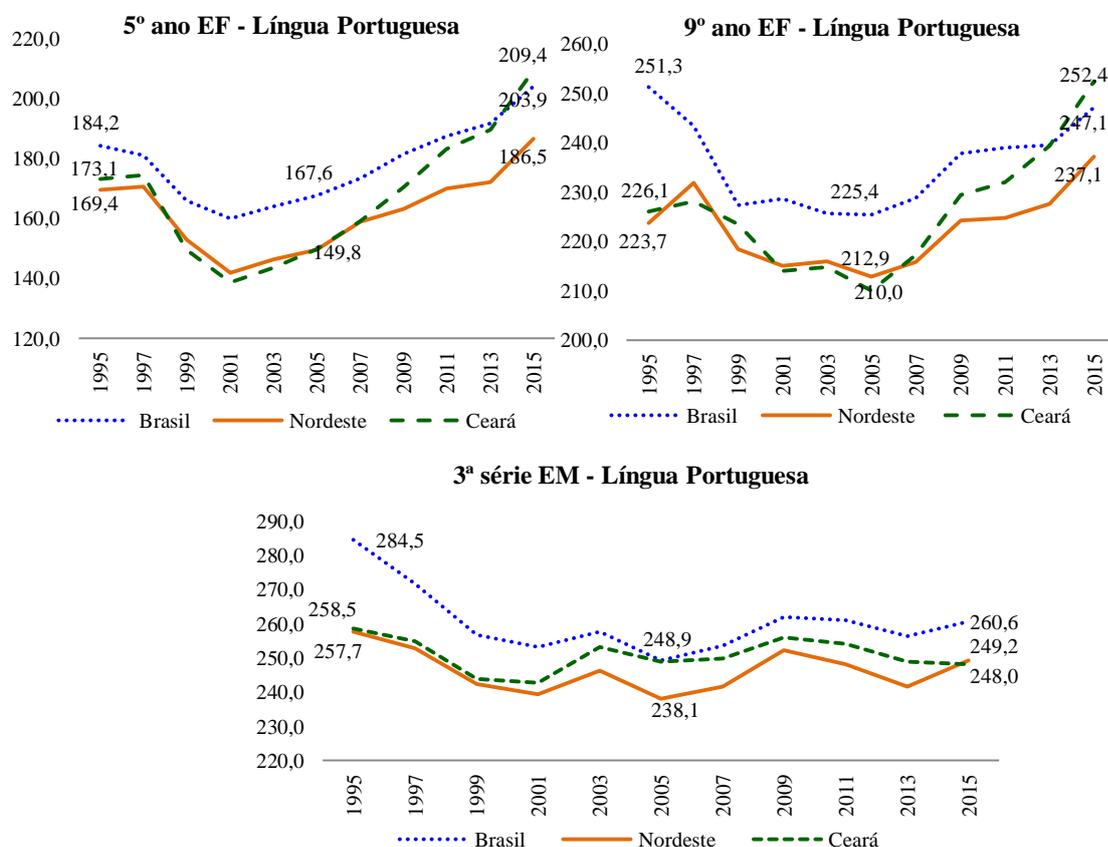
Um dos instrumentos utilizados para medir e acompanhar a evolução da qualidade do ensino ofertado pelas escolas brasileiras é o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB)/Prova Brasil e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), cujos dados são apresentados a seguir.

O primeiro indicador analisado é a média dos resultados do SAEB/Prova Brasil em Língua Portuguesa dos estudantes da 4ª série (5º ano) e da 8ª série (9º ano) do Ensino Fundamental e 3ª série do Ensino Médio, em escolas públicas do Brasil, Nordeste e Ceará (Gráfico 2.12). Observa-se que o Ceará vem apresentando um desempenho favorável nos últimos anos, alcançado, em 2015, uma nota média superior ao do Nordeste e do Brasil no Ensino Fundamental - 4ª série (5º ano) e da 8ª série (9º ano).

Grande parte desses resultados se deve ao sucesso do Programa Alfabetização na Idade Certa (PAIC) que tem como objetivo alfabetizar as crianças nos primeiros anos escolares. Nota-se que a nota média dos alunos cearenses começa a distanciar-se da média do Nordeste e alcançar a do Brasil, a partir de 2007, ano em que o programa foi lançado pelo governo do estado do Ceará.

Infelizmente, o mesmo desempenho não é observado pelos alunos avaliados no Ensino Médio. Como pode ser verificado também no Gráfico 2.12, no período analisado não houve evolução positiva na nota de Língua Portuguesa. Além disso, o Ceará apresentou o desempenho inferior ao Brasil e Nordeste, em 2015.

Gráfico 2.12: Resultado do SAEB em Língua Portuguesa na 4ª série (5º ano) e da 8ª série (9º ano) do Ensino Fundamental (rede pública) e 3ª série do Ensino Médio (rede estadual)



Fonte: INEP/Microdados da Prova Brasil/Saeb. Elaboração IPECE

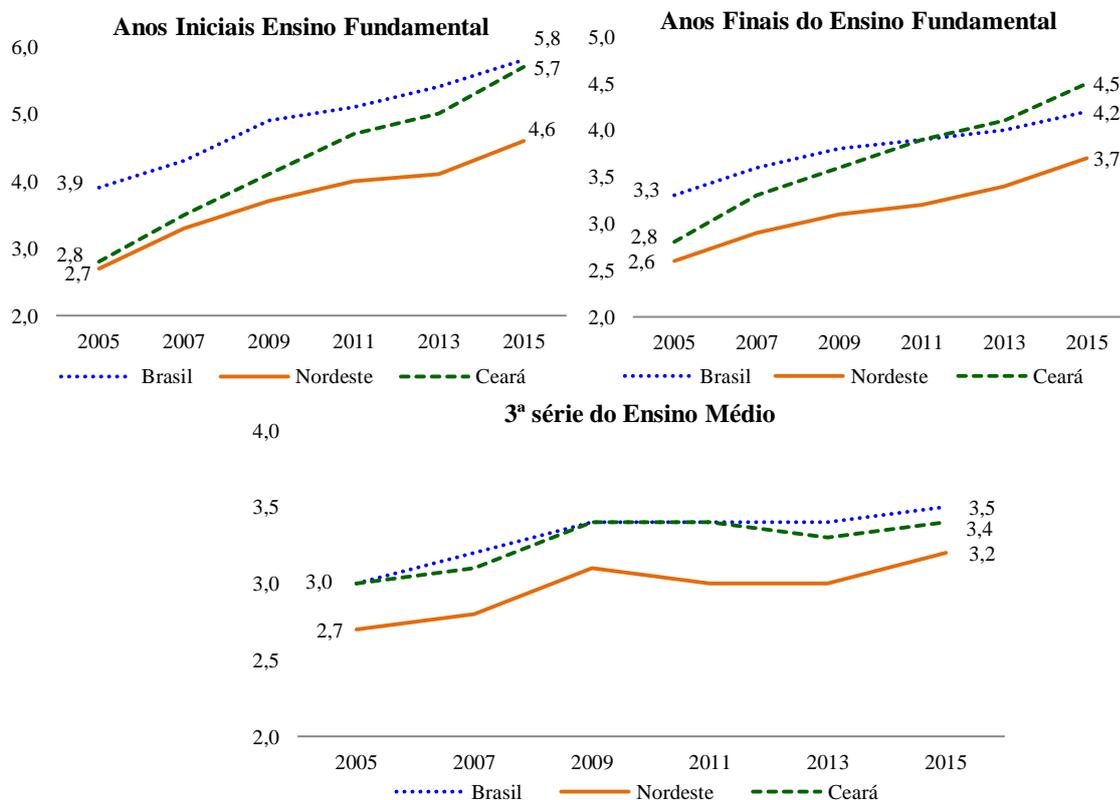


O Gráfico 2.13, a seguir, apresenta os resultados do IDEB¹⁰ para os três ciclos da educação básica no Brasil, anos iniciais e anos finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio. No período considerado, para os anos iniciais do Ensino Fundamental verifica-se que o crescimento do Brasil e do Nordeste foi de 48,7% e 70,4%, respectivamente, enquanto o Ceará teve um crescimento de 103,6% no índice, alcançado à nota de 5,8.

Para os anos finais do Ensino Fundamental o crescimento do IDEB foi um pouco mais lento que nos anos iniciais, porém o Ceará se destaca mais uma vez entre as regiões analisadas com um crescimento de 60,7%, maior que do Brasil e do Nordeste que tiveram um aumento de 27,3% e 42,3%, respectivamente.

Embora os resultados para os anos iniciais do Ensino Fundamental mostrem que o Ceará vem colhendo bons frutos das políticas implementadas nos últimos anos, aparentemente, até o ano de 2015, elas não tinham sido o suficiente para gerar um efeito transbordamento para as etapas seguintes. Reflexo disso é o baixo desempenho no Ensino Médio. Os dados evidenciam uma estagnação no período analisado. E, diferentemente do que aconteceu no Ensino Fundamental, o Ceará apresentou um crescimento inferior às demais regiões analisadas, ao registrar um aumento de 13,3%, enquanto a variação do Brasil e do Nordeste foi de 16,7% e 18,5%, respectivamente.

Gráfico 2.13: Evolução do IDEB 4ª série (5º ano) e da 8ª série (9º ano) do Ensino Fundamental e 3ª série do Ensino Médio



Fonte: MEC/INEP. Elaboração IPECE

10 O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações.



Fazendo um balanço geral sobre os resultados alcançados pelo Ceará no segundo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, verifica-se que no período ocorreu um aumento significativo da oferta de vagas e a garantia de acesso para quase toda a população de 7 a 14 anos de idade, o que representa importantes avanços em direção à universalização do Ensino Fundamental. No entanto, a meta de que toda a população cearense alcançasse até 2015, pelo menos a conclusão do primeiro ciclo da educação básica, não foi atingida. E ainda está longe de ser alcançada, uma vez que apenas 53,8% dos cearenses haviam concluído o Ensino Fundamental, em 2015.

O desafio do Estado continua sendo o de assegurar a conclusão da escolaridade obrigatória de toda à população cearense. Sendo necessárias ações e políticas públicas para diminuir as taxas de abandono e de evasão escolar, especialmente para aqueles entre 15 a 17 anos de idade.

Em relação à qualidade do ensino ofertado, há indícios bastante evidentes que estamos ingressando numa nova era das políticas voltadas para melhoria da qualidade do ensino. O sistema educacional cearense vem se destacando nos últimos anos, a nível nacional, pelos avanços alcançados na alfabetização das crianças nos anos iniciais do Ensino Fundamental. No entanto, a evolução da qualidade do ensino nos ciclos posteriores tem sido mais lenta. A taxa de abandono e/ou evasão escolar ainda são altos nos anos finais do Ensino Fundamental e no Ensino Médio, refletindo negativamente em outros indicadores. Por exemplo, existe, atualmente, um grande contingente de jovens de 15 a 29 anos que deveriam e/ou poderiam estar na escola, mas encontram-se na condição de “Nem-Nem” (Nem estuda e Nem faz parte da força de trabalho), representando um desafio adicional para as políticas públicas voltadas para a inclusão social e produtiva dos jovens cearenses.

Este fenômeno pode representar implicações importantes em sentido social e econômico para o estado. Não frequentar a escola pode acarretar prejuízo ao desenvolvimento socioeconômico, visto que a educação é apontada como um fator essencial no desempenho da sociedade moderna. Além disso, não estar frequentando a escola e o mercado de trabalho torna os jovens vulneráveis socialmente, apresentando maior potencialidade em envolver-se com atividades criminosas e ilegais.

Portanto, o principal desafio do sistema educacional cearense passa a ser em ofertar a sua população um ensino de qualidade e atrativo, sobretudo para os adolescentes e jovens que frequentam os anos finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio. Sendo necessário também, atrair aqueles que já abandonaram a escola ou perderam o interesse pelos estudos.

2. Principais ações e realizações do governo do estado para atingir o Ensino Básico Universal

Para alcançar o Objetivo 2, as **políticas públicas** executadas com maior destaque, entre 2008 a 2015, foram: Programa de Alfabetização na Idade Certa - PAIC que fortalece a meta de universalização do atendimento de crianças de 4 a 7 anos e incentiva a ampliação gradativa do atendimento de crianças de 0 a 3 anos, em creche; Implantação do Programa Brasil Alfabetizado - Alfabetizando Jovens e Adultos; Programa de Apoio ao Transporte Escolar - Acesso à Escola com Segurança e Qualidade; Programa Aprender Pra Valer - fortalecendo a aprendizagem dos alunos do ensino médio; e a implantação do Programa Caminho da Escola, cujo propósito é



assegurar condições de acesso aos alunos do ensino fundamental e médio da rede pública, residentes na zona rural, mediante a aquisição de 100 ônibus.

Para esse mesmo objetivo as ações de melhoria e expansão da **infraestrutura** da Educação Básica, como a expansão da rede estadual de ensino médio regular; expansão da oferta da educação indígena; construção de Escolas Estaduais de Educação Profissional - EEEP. Além disso, houve a aquisição de materiais de ensino-aprendizagem, dentre outros exemplos a aquisição de kits de material esportivo e instrumentos musicais para o ensino da linguagem musical na disciplina de Arte.

Cita-se ainda a **valorização dos Profissionais da Educação**, onde diversas ações foram adotadas nesse quesito, alguns exemplos são: formação inicial e continuada de professores da educação indígena em língua portuguesa, ciências e matemática, Libras e Braille; formação continuada em gestão das tecnologias para gestores escolares da rede estadual de ensino médio; formação continuada de 185 professores do projeto de escolarização nas unidades penitenciárias, nos centros educacionais que atendem adolescentes em conflito com a Lei e na Secretaria de Planejamento e Gestão, para atendimento aos servidores públicos estaduais e terceirizados. Também contribuíram: a implementação do Plano de Desenvolvimento da Escola – PDE, com o objetivo de melhorar a qualidade do processo de ensino e aprendizagem das escolas municipais; Programa de Gestão da Aprendizagem Escolar - GESTAR II; criação da Coordenadoria de Formação de Executivos Escolares da Educação Básica para capacitação de diretores escolares; a consolidação dos Projetos Políticos Pedagógicos Municipais; implementação do Programa de Formação Inicial para Professores em Exercício na Educação Infantil - PROINFANTIL; elaboração da agenda estratégica de formação inicial em que foram levantadas as demandas de formação das redes estadual e municipal, bem como a oferta das Instituições de Ensino Superior Públicas do Ceará; melhoria na remuneração dos professores, com aumento diferenciado real de 14,7%, também constam como ações para a valorização dos profissionais da educação.

Na área de **Gestão Educacional**, foi realizado o Curso de Especialização em Gestão e Avaliação da Educação Pública para gestores escolares; foram concedidas 2.094 bolsas de inovação ou extensão tecnológica e de pesquisa para profissionais da educação que atuam em projetos que visam o intercâmbio e o aprimoramento do conhecimento voltado para o desenvolvimento institucional, científico e tecnológico, através do incremento de tecnologias e materiais instrucionais; e da promoção de treinamentos e capacitações para a melhoria do desempenho escolar dos alunos da educação básica da rede estadual. Verifica-se ainda a realização do Censo Escolar da Educação no Ceará; a concessão de bolsas de monitoria a estudantes das escolas do Projeto Jovem de Futuro e bolsas de tutoria a estudantes universitários dos cursos de licenciatura em Matemática e Letras; realização de Feiras Regionais de Ciências e da VII Feira Estadual de Ciências e Cultura, no intuito de fortalecer as práticas de educação científica no interior, no âmbito das escolas da rede pública estadual; e realização dos Jogos Escolares do Ceará, em parceria com ESPORTE.

Na linha de **Diversidade e Inclusão Educacional** houve a reorganização curricular do ensino médio integrado à qualificação profissional para as escolas do campo; formação continuada para professores em Libras e Braille pelo CREAECE; implementação do Programa CONPET na Escola Programa Nacional de Racionalização do Uso dos Derivados do Petróleo e do Gás Natural; aquisição de livros didáticos para alunos do ensino médio presencial da educação de jovens e



adultos; e implantação da Metodologia de Aprendizagem Cooperativa envolvendo alunos, professores e gestores de escolas da rede pública.

Na área da **Educação Profissional**, as ações se resumiram na criação de cursos técnicos nas escolas estaduais de educação profissional: Agrimensura, Agronegócio, Agropecuária, Carpintaria, Desenho de Construção Civil, Cerâmica, Design de Interiores, Eventos, Eletrotécnica, Eletromecânica, Floricultura, Fruticultura, Logística, Manutenção Automotiva, Mecânica, Mineração, Nutrição e Dietética, Paisagismo, Petróleo e Gás, Química, Rede de Computadores, Regência, Secretária Escolar, Tecelagem, Transação Imobiliária e Vestuário. Houve ainda a concessão de bolsa-estágio; garantia de auxílio-transporte;; contratação de seguro contra acidentes pessoais; e aquisição de equipamentos de proteção individual para os alunos das escolas estaduais de educação profissional.

Cita-se também a implantação do Projeto de Educação no Campo - “Prática na Vida Escolar”; premiação de 100 alunos do ensino médio da rede estadual que obtiverem o nível adequado nas disciplinas de língua portuguesa e matemática; a construção da Base de Dados para Cálculo do Índice da Qualidade da Educação -IQE; a construção da Base de Dados para planejamento do SPAECE; e implementação do Programa do Ensino Médio Inovador - ProEMI, através da concessão de bolsas para o desenvolvimento da metodologia de monitoria e tutoria nas escolas que aderiram ao projeto Jovem de Futuro.

Ainda para atender ao Objetivo 2, foi implementado o Programa Escola Ativa, em parceria com o MEC, Universidade Federal do Ceará - UFC e municípios, com o objetivo de melhorar a qualidade da educação básica e a distribuição de kits pedagógicos de Português e de alfabetização para escolas com classes multisseriadas do Programa Escola Ativa

Por fim, pode-se citar o **Programa Bolsa Família** que adotou o acompanhamento da frequência escolar dos estudantes de escolas públicas oriundos de famílias beneficiárias do programa, com o objetivo de combater a evasão e estimular a progressão escolar, em parceria com o MEC e as secretarias municipais de educação.



Objetivo 3: Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher

Meta 4: Eliminar as disparidades entre os sexos no Ensino Fundamental e Médio, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino até 2015.



Objetivo 3: Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher

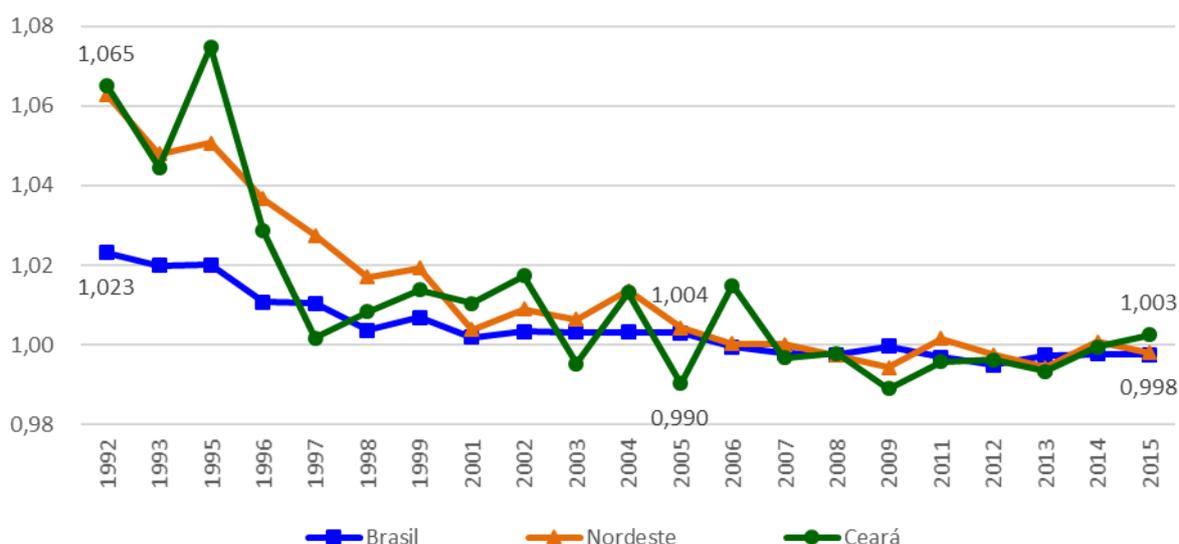
O terceiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio trata da promoção da igualdade entre gêneros e da autonomia das mulheres. Neste Objetivo, a meta estabelecida é a de eliminar a disparidade de gênero até 2005 na educação básica e em todo os níveis de ensino até 2015. Essa meta foi criada mais com o objetivo de atingir os países onde o acesso das mulheres ao sistema de ensino ainda é restrito, gerando desigualdades educacionais entre homens e mulheres.

No caso do Brasil, o desempenho educacional das mulheres há várias décadas é superior à dos homens, uma vez que, em média, elas permanecem mais tempo no sistema de ensino. Por outro lado, no mercado de trabalho, são os homens que estão em situação mais favorável, têm rendimentos salariais mais elevados e participação maior em termos percentuais, como será verificado a seguir.

1. Indicadores relacionados ao Objetivo 3

O primeiro indicador a ser analisado é a razão da frequência escolar entre o número de mulheres e homens no Ensino Fundamental. O indicador é expresso da seguinte maneira: valores menores do que 1 (um) indicam que, a frequência dos meninos de 7 a 14 anos ao Ensino Fundamental é maior que das meninas; valores iguais a 1 (um), existe igualdade entre os sexos e, valores superiores a 1 (um) indicam que a frequência escolar dos homens é menor que das mulheres. Sendo assim, como podemos verificar no Gráfico 3.1, no geral, no período analisado não existe diferença na frequência escolar do Ensino Fundamental entre meninos e meninas. No Ceará, em 1992, observa-se que a frequência nessa etapa de ensino era maior entre as meninas, porém, em 2015, não há praticamente diferença na frequência entre elas e eles.

Gráfico 3.1: Razão entre as taxas de frequência à escola de mulheres e homens ao Ensino Fundamental - 7 a 14 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)



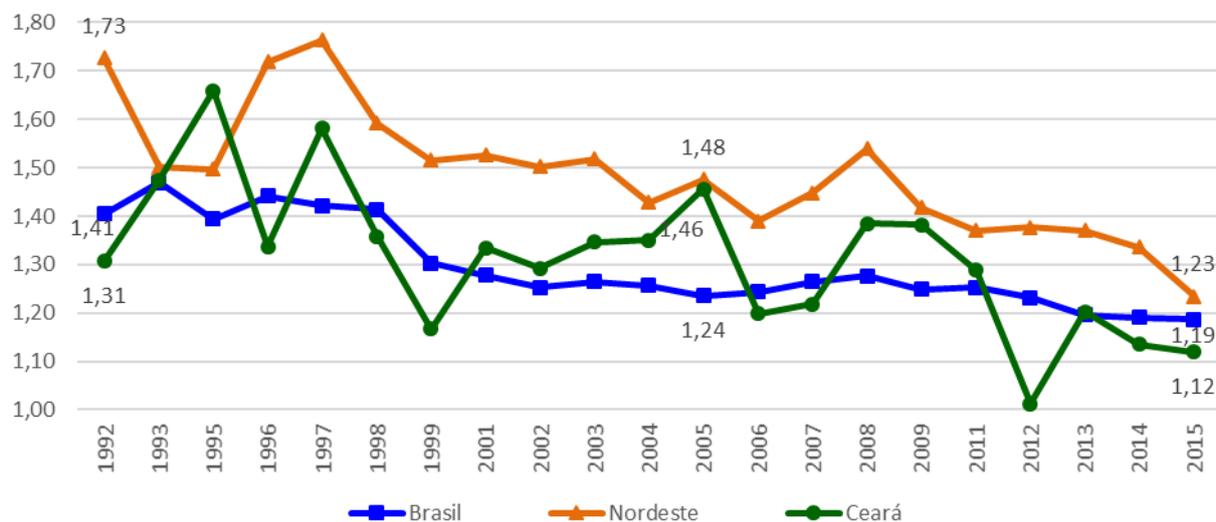
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Por sua vez, no Ensino Médio (Gráfico 3.2) observa-se uma diferença maior na razão da taxa de frequência da população de 15 a 17 anos de idade, no entanto, essa diferença vem caindo ao



longo dos anos. No Ceará, enquanto em 1992, havia 131 mulheres frequentando o Ensino Médio para cada 100 homens, em 2015, a proporção caiu para 112 mulheres para cada 100 homens, o que significa que os jovens do sexo masculino têm permanecido mais tempo na escola.

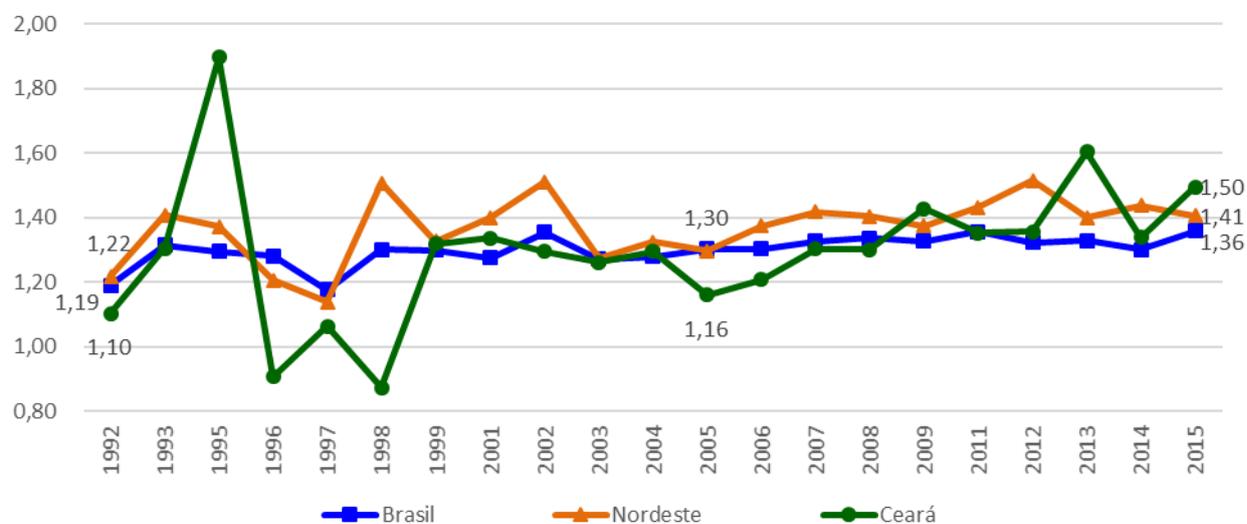
Gráfico 3.2: Razão entre as taxas de frequência à escola de mulheres e homens ao Ensino Médio - 15 a 17 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

No nível superior, como se observa o Gráfico 3.3, a frequência das mulheres é superior ao dos homens e a desvantagem masculina cresceu nos últimos anos. No Ceará, em 1992, para cada 100 homens de 18 a 24 anos de idade frequentando o Ensino Superior havia 110 mulheres, já em 2015, essa diferença aumenta para 150. Verifica-se também, que entre os estados analisados, a maior desigualdade entre os gêneros é no Ceará.

Gráfico 3.3: Razão entre as taxas de frequência entre mulheres e homens ao Ensino Superior - 18 a 25 anos de idade - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

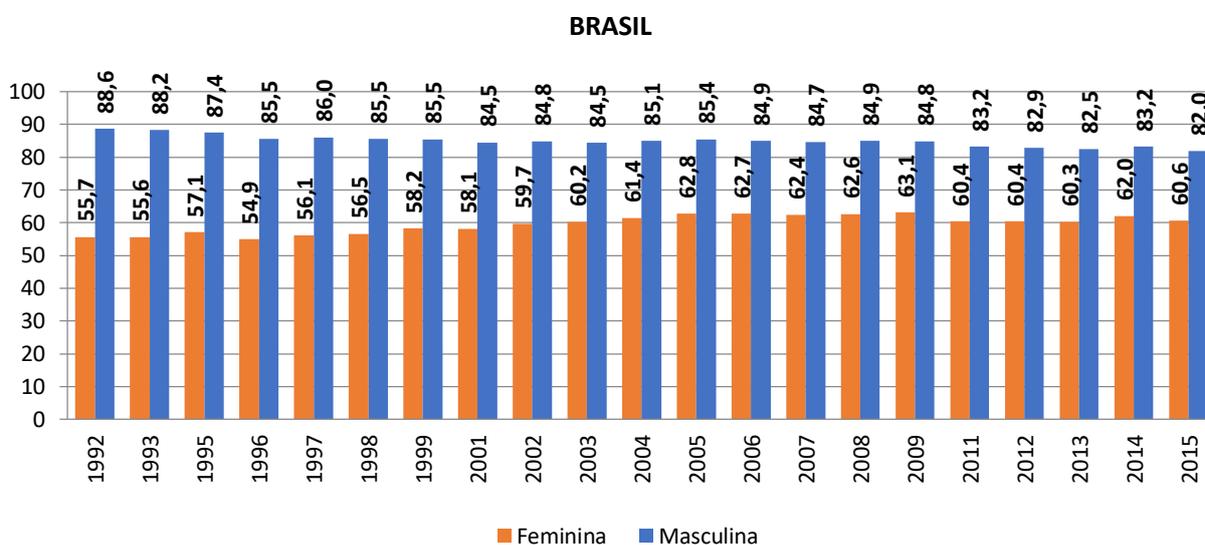
Nota: foram consideradas adequadas pessoas que frequentam ensino superior (graduação), mestrado ou doutorado.



Estes números permitem concluir que a ampliação do número de vagas no Ensino Médio e Superior nos últimos anos beneficiou mais as mulheres que os homens, no entanto, o sucesso educacional das mulheres não foi o suficiente para superar as desigualdades entre gêneros observados no mercado de trabalho e em cargos políticos, como será analisado a seguir.

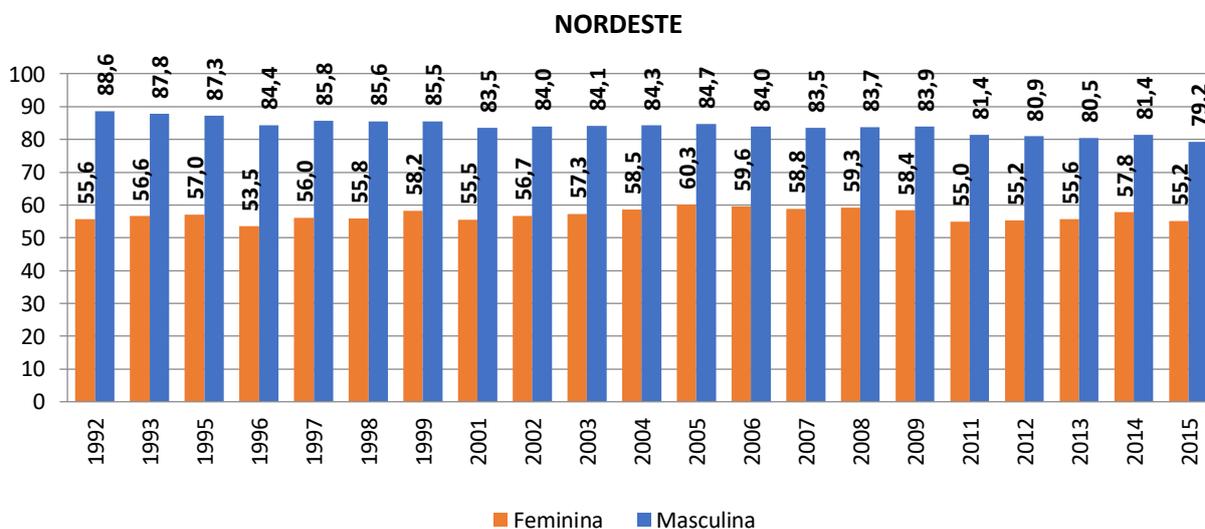
Analisando a taxa de participação da força de trabalho entre homens e mulheres, observa-se que, no Brasil (Gráfico 3.4), em 2015, estava em torno de 82,0% para os homens e 60,6% para as mulheres. No caso do Ceará (Gráfico 3.6), observa-se que entre 1992 e 2009, houve uma progressiva melhora no acesso das cearenses ao mercado de trabalho, subindo de 58,2% para 61,6%, no entanto, essa taxa cai para 51,6% em 2015, último ano da análise.

Gráfico 3.4: Taxa de participação Feminina e Masculina na força de trabalho - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

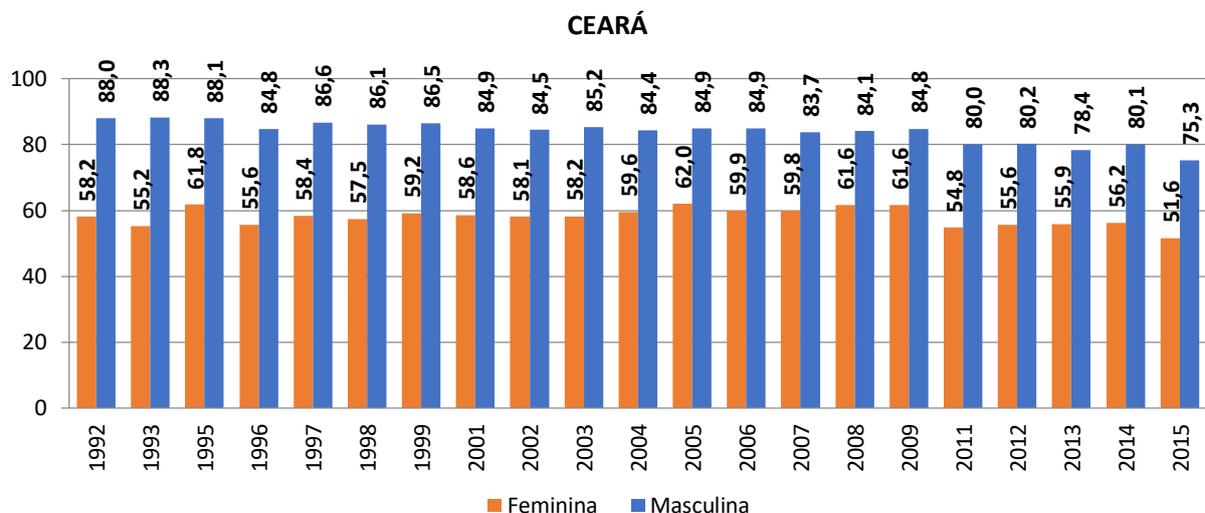
Gráfico 3.5: Taxa de participação Feminina e Masculina na força de trabalho - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.



Gráfico 3.6: Taxa de participação Feminina e Masculina na força de trabalho - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)

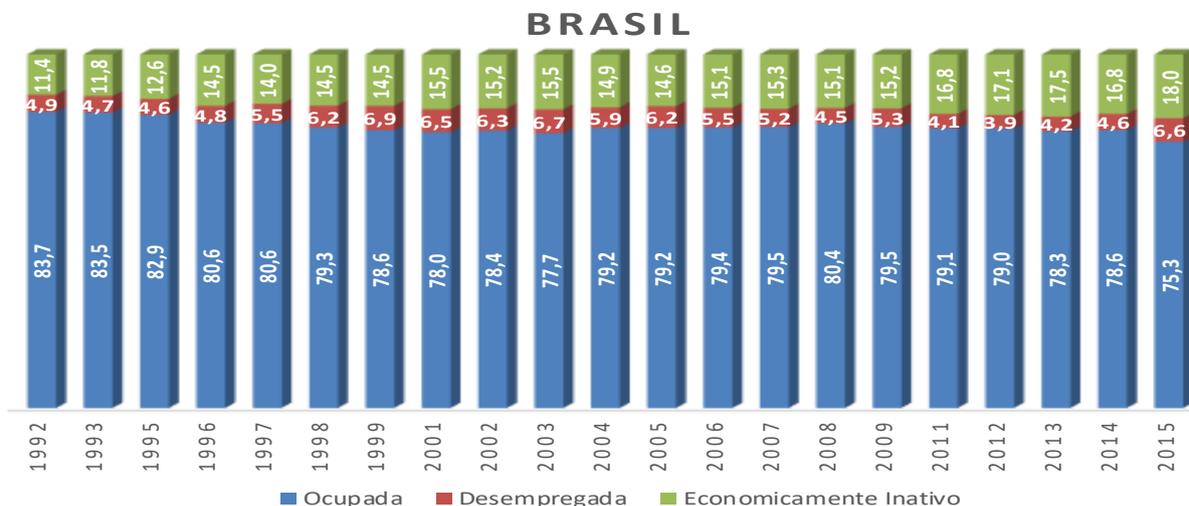


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Na sequência, é possível verificar ainda a distribuição da população Masculina e Feminina de acordo com a posição em relação ao mercado de trabalho, a saber: ocupados, desempregados e economicamente inativos. Observa-se que a taxa de ocupação entre os homens de 15 a 65 anos de idade, em 2015, era de 75,3%, 72,4% no Brasil e Nordeste respectivamente (Gráficos 3.7 e 3.8). O Ceará (Gráfico 3.9) apresentou a menor taxa de participação entre as regiões analisadas, 69,5%.

Nota-se ainda que ao longo da série histórica analisada essa composição não se alterou significativamente, a exceção do último ano da série que apresentou uma redução na taxa de ocupação e um aumento na taxa de inatividade. No caso do Ceará, a taxa de inatividade entre os homens, em 2015, estava em torno de 24,7%, quase dez pontos percentuais a mais que a apresentada em 2009. Tal aumento pode estar relacionado diretamente com o período de recessão vivido pelo país iniciado em 2014.

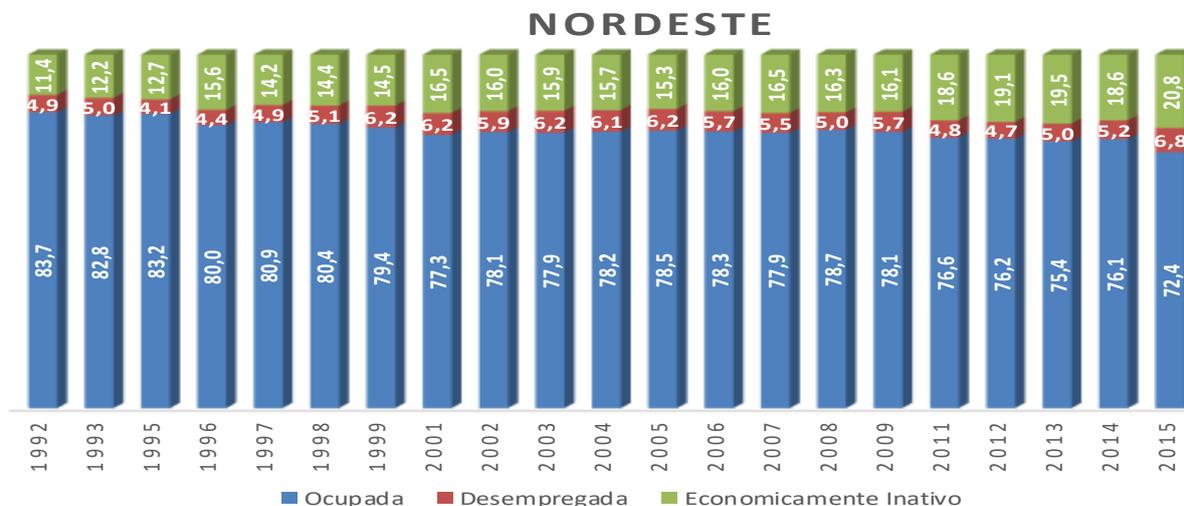
Gráfico 3.7: Distribuição da população Masculina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

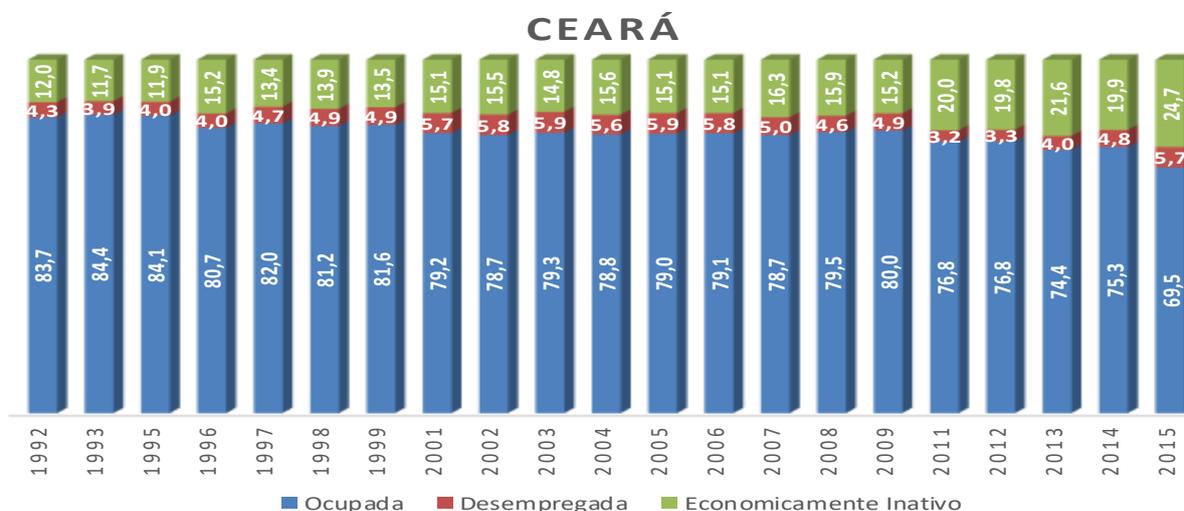


Gráfico 3.8: Distribuição da população Masculina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Gráfico 3.9: Distribuição da população Masculina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)

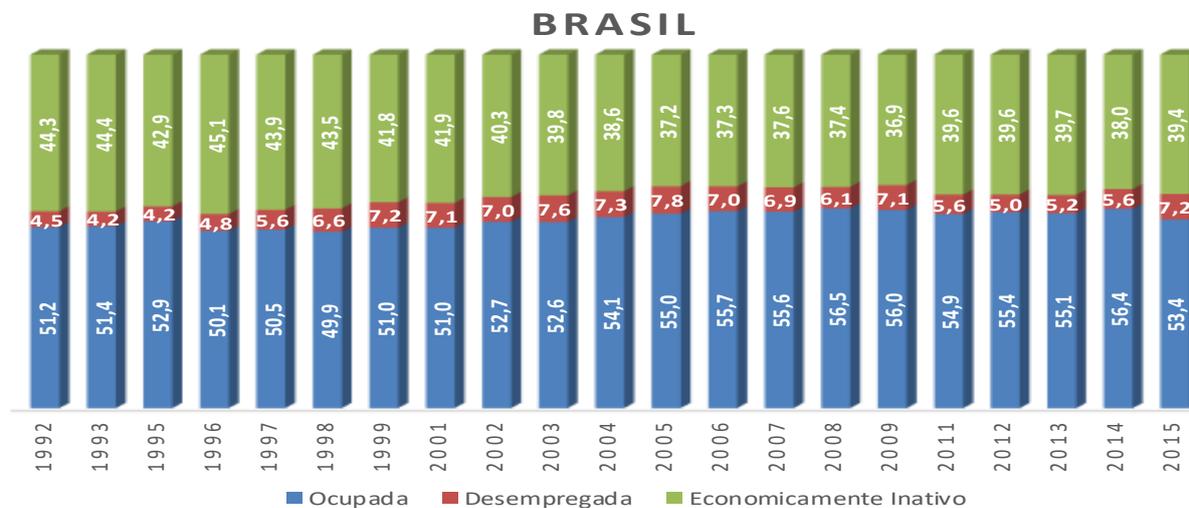


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Para a população feminina, observa-se que a taxa de ocupação é bem inferior à masculina, em 2015, apenas 46,5% das cearenses estavam inseridas no mercado de trabalho (Gráfico 3.12). Já a taxa de desemprego e inatividade entre as mulheres foi de 5,1% e 48,4%, respectivamente. É interessante observar que, a taxa de inatividade entre as mulheres apresentou um aumento no período de 1992 a 2009, (saindo de 41,8% para 38,4%), mas passa a aumentar a partir de 2011. Em 2015 ela atingia 48,4% da população feminina de 15 a 65 anos. Como ressaltado anteriormente, este aumento da inatividade feminina, assim como também ocorreu na masculina, pode estar diretamente relacionado com a recessão econômica vivida pelo país no período analisado.

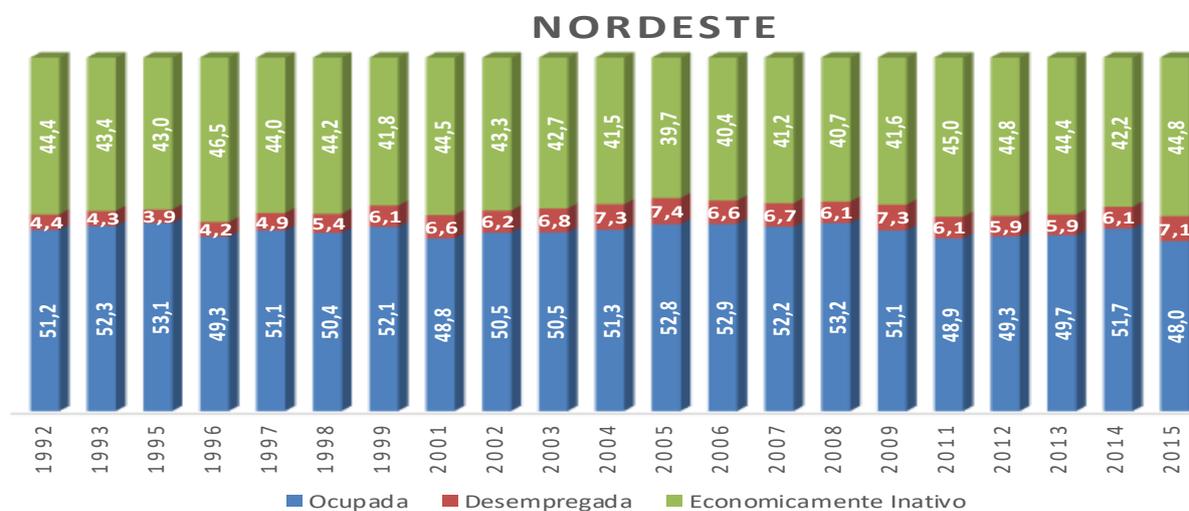


Gráfico 3.10: Distribuição da população Feminina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

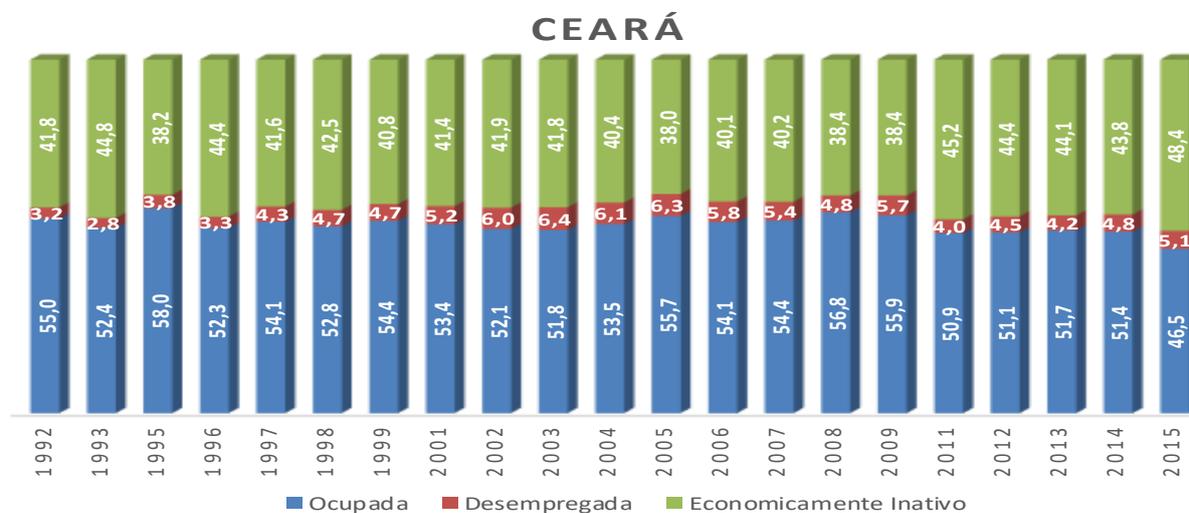
Gráfico 3.11: Distribuição da população Feminina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.



Gráfico 3.12: Distribuição da população Feminina em idade de trabalho (com 15 a 65 anos de idade) por participação na força de trabalho - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em%)



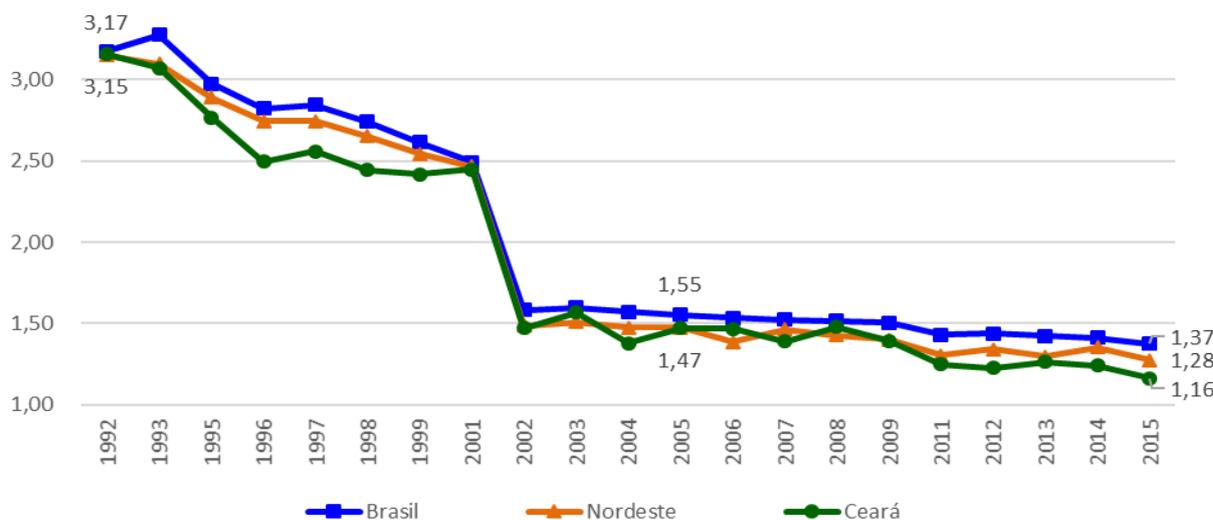
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Uma das barreiras que mais contribuem para a inatividade das mulheres são as responsabilidades familiares, que envolve a criação dos filhos e os afazeres domésticos. Em um estudo realizado pelo IPEA (2016) mostrou que dois terços das mulheres inativas têm filhos e que a inatividade está proporcionalmente correlacionada com o número de filho e a idade deles. Ou seja, quanto maior o número de filhos e menor for à idade deles, maiores são as chances de as mulheres ficarem fora do mercado de trabalho.

A discriminação contra a mulher no mercado de trabalho fica mais evidente quando são analisados os dados de rendimentos. O Gráfico 3.13 ilustra a razão entre os rendimentos médio de homens e mulheres, proveniente do trabalho principal para as pessoas de 10 anos ou mais ocupada. No período analisado, como pode ser notado, houve uma redução nas desigualdades salariais entre homens e mulheres. Em 1992, o rendimento médio dos homens era 3,17 vezes o das mulheres, no Brasil, 3,15 no Nordeste e no Ceará. No entanto, em 2015 essa diferença reduz-se para 1,37, 1,28 e 1,16 no Brasil, Nordeste e Ceará, respectivamente.



Gráfico 3.13: Razão entre as rendas médias de homens e mulheres provenientes do trabalho principal das pessoas ocupadas com 10 anos ou mais- 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

Apesar dos avanços e do movimento de aproximação dos rendimentos entre homens e mulheres, essas mudanças têm sido de forma lenta, não alterando de fato a estrutura das desigualdades entre gêneros nas regiões analisadas. Tais diferenças de rendimento se explicam, em parte, pela parcela significativa de mulheres que estão inseridas em posições de baixa remuneração, como as atividades informais e os serviços domésticos.

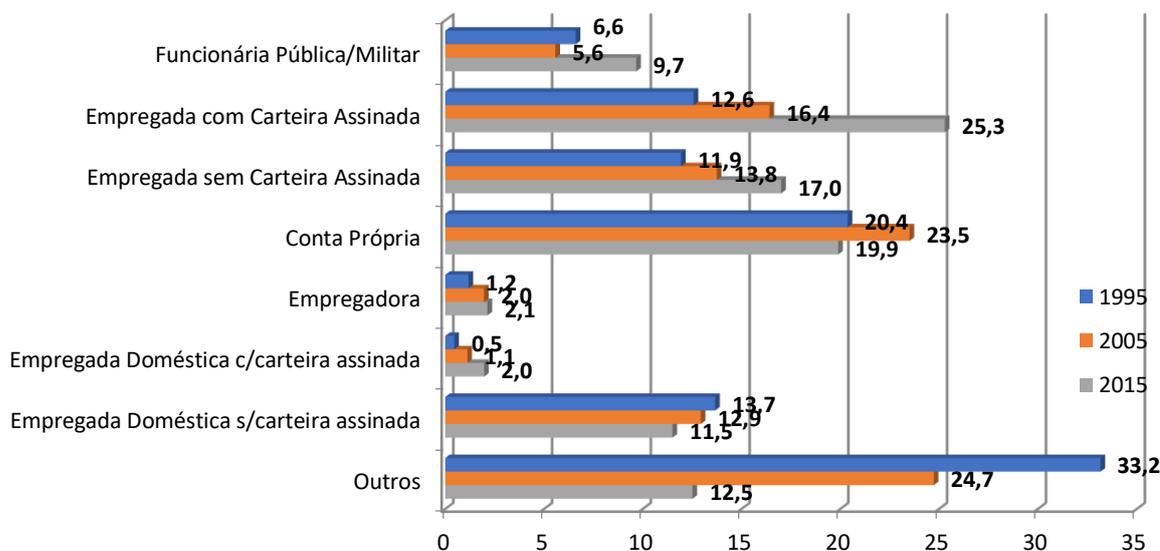
Analisando o Gráfico 3.14, que trata da colocação das mulheres cearenses no mercado de trabalho, percebe-se que as situações de ocupação que mais cresceu entre 1995 e 2015 foram: o setor público ou militar (de 6,6% para 9,7%), empregadas com carteiras assinadas (de 12,6% para 25,3%) e domésticas com carteira assinada (de 0,5% para 2,0%).

O trabalho doméstico ainda é uma das principais ocupações do grupo. Em 2015, 13,5% da população feminina de 10 anos ou mais ocupada no estado, eram empregadas domésticas. O que chama atenção é que 11,5% delas não possuíam carteira assinada¹¹ e apesar do aumento de 0,5% para 2,0% no período de 20 anos, a proporção de doméstica com carteira assinada ainda é relativamente baixo, deixando evidente a precariedade do trabalho doméstico no Ceará.

11 Em 2015 foi aprovada a Lei Complementar 150/2015 que passou a regularizar e beneficiar os empregados domésticos.



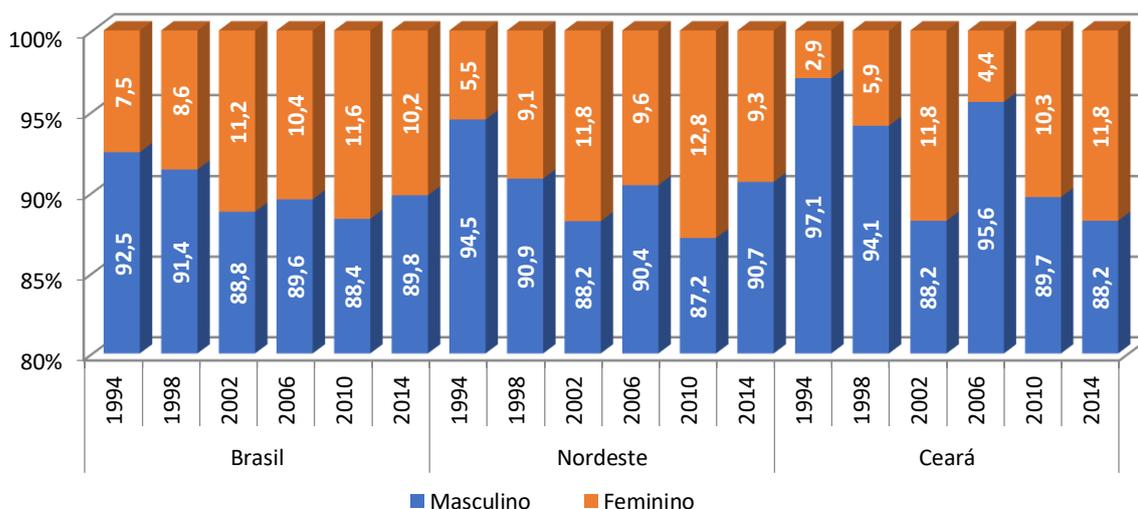
Gráfico 3.14: Distribuição percentual da população feminina ocupada com 10 anos ou mais de idade, segundo posição na ocupação - Ceará, 1995, 2005 e 2015.



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE.

A participação na vida pública do país ainda é majoritariamente masculina. De acordo com o Gráfico 3.15, apesar de ter aumentado o número de mulheres que ocupam cadeiras nas Câmaras dos Deputados (Estadual e Federal) nos últimos 20 anos analisados, em 2014, elas representavam apenas 10,2% dos cargos em exercício no país. No Ceará, 11,8% dos deputados estaduais e federais eleitos em 2014 eram do sexo feminino, proporção superior à do Nordeste que teve somente 9,3% dos cargos ocupados por deputadas. No Ceará, a participação de mulheres foi bem melhor, aumentando de 2,9% (1994) para 11,8% (2014), +8,9 pontos percentuais.

Gráfico 3.15: Participação das mulheres e homens na Câmara dos Deputados (Estadual e Federal) (em%)



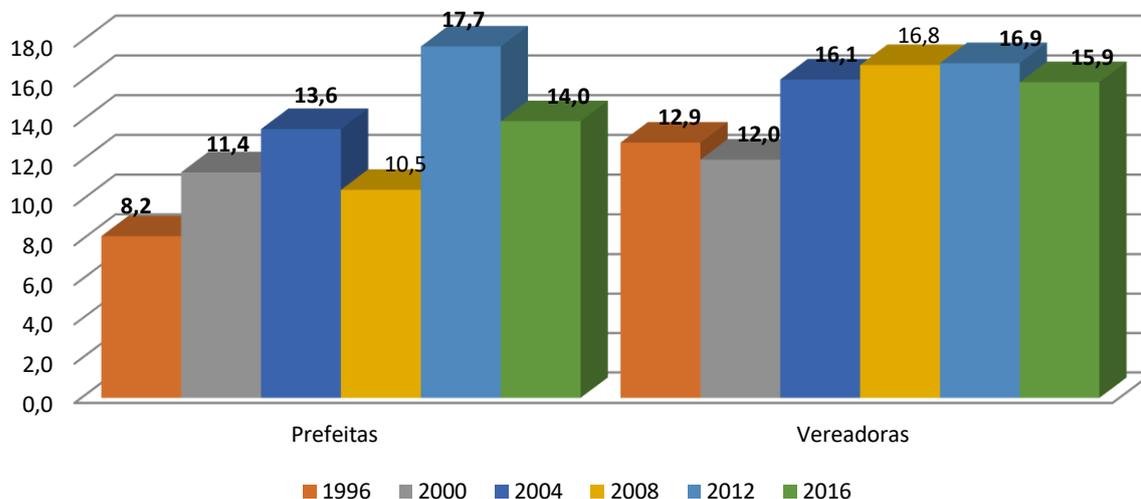
Fonte: TRE, TSE. Elaboração IPECE.

No caso dos governos e legislaturas municipais, observa-se, pelo Gráfico 3.16, um crescimento de mulheres eleitas para exercício de prefeitas, em 1996, dos gestores municipais eleitos no estado, apenas 8,2% eram do sexo feminino, subindo para 14,0%, em 2016. A variação



de mulheres eleitas para cargo de vereador foi um pouco menor, saindo de 12,9% para 15,9% entre 1996 e 2016.

Gráfico 3.16: Participação das mulheres dentre os prefeitos e vereadores eleitos no Ceará (em %)



Fonte: TRE-CE. Elaboração IPECE.

Em resumo, constata-se que o Ceará alcançou a meta de eliminar a desigualdade entre gêneros no que diz respeito ao acesso à educação básica. No entanto, quando se trata de permanência em níveis de ensino mais elevados, mesmo com a redução, as mulheres ainda permanecem mais tempo na escola que os homens e, em 2015, a meta de igualdade de escolaridade entre os gêneros, apesar dos resultados serem bem próximos, não havia sido alcançada para o Ensino Médio e Superior.

Em relação à autonomia da mulher cearense no mercado de trabalho e em cargos políticos, observa-se que as metas não foram atingidas, embora as desigualdades de acesso ao mercado de trabalho, de rendimentos e a participação na política tenham diminuído no período, as disparidades ainda são bastante significativas.

2. Principais ações e realizações do governo do estado para promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher

Considerando que o governo do estado busca a universalização do ensino básico, fundamental e médio, então não existe políticas públicas no sentido de incentivar a participação maior de mulheres do que de homens na educação.

As ações e políticas públicas correlacionadas ao Objetivo 3 foram muito mais voltadas para questão do mercado de trabalho, saúde, violência e direitos da mulher, além de políticas sobre a diversidade de gênero. No caso do mercado de trabalho percebe-se que as ações centraram na criação de cursos e treinamentos com foco no sexo feminino. Os programas direcionados para a saúde da mulher também foram mais centrados em treinamentos e campanhas neste tema. Na questão da violência contra as mulheres fica claro o esforço na implantação e reformas de delegacias da mulher e fortalecimento do Judiciário. Com relação aos direitos da mulher chamou



atenção a criação de conselhos de defesa dos direitos das mulheres e campanhas de conscientização sobre este assunto.

A seguir seguem as principais ações realizadas pelo governo do Estado, que contribuíram para o alcance do Objetivo 3 dos ODM, no período de 2008 a 2015.

Na área de Mercado de trabalho as ações foram:

- Ampliação e estruturação de espaço de vendas para mulheres artesãs.
- Assistência técnica a 405 mulheres, na implantação de 27 projetos, para 14 grupos de interesse.
- Assistência Técnica e Extensão Rural (ATER) para 5.704 mulheres.
- Criação de grupo de mulheres rurais (produtoras, quilombolas e indígenas) em parceria com a SDA e FETRAECE, para propor políticas públicas para as mulheres produtoras rurais.
- Lançamento da área de profissionalização da mulher no IPREDE, em parceria com o Banco BIC.
- Mapeamento, em parceria com a Secretaria do Desenvolvimento Agrário - SDA, a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará - EMATERCE e a Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Ceará - FETRAECE, dos grupos de mulheres produtoras rurais do Estado, para elaborar políticas públicas específicas para esse segmento social;
- Qualificação de 70 mulheres com cursos profissionalizantes.
- Realização do Curso de Especialização em Enfermagem e Obstetrícia (módulos I a VI), para 156 participantes e do Curso Básico em Atenção à Saúde da Mulher, para 1.089 participantes, totalizando 1.245 pessoas capacitadas, ambos executados pela Escola de Saúde Pública - ESP/CE.

Na área de Saúde da Mulher as ações foram:

- Apoio a 43 projetos de pesquisa científica, pelo programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) /FUNCAP desenvolvidos por equipes de pesquisadores vinculados à UFC, UECE, UNIFOR, UVA, SESA, ESP, ICC e FMJ, com destaque para as pesquisas relacionadas à hipertensão arterial, diabetes, obesidade, endemias e zoonoses, saúde da mulher e do idoso.
- Capacitação de 20 médicos no Hospital Geral Dr. César Cals e 200 profissionais, nos municípios de Itapipoca, Icó e Caucaia e do Curso Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), para assistir a mulher em situação de abortamento e contribuir para a redução da morbimortalidade, por meio do Curso de Aperfeiçoamento à Saúde Integral da Mulher.
- Elaboração da Matriz de Competências das Oficinas de Atenção Primária à Saúde, Rede Cegonha, Saúde da Criança, Saúde da Mulher do Projeto QUALISUS.
- Lançamento da Campanha “Saúde cuida da saúde da mulher da saúde”, para elaboração de um mapeamento da saúde das servidoras da Secretaria da Saúde do Estado.
- Mobilização para a detecção precoce do câncer de pele. Estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para 2012, aponta uma incidência, no Ceará, de 53,05 por 100 mil mulheres de casos de câncer não melanoma e a ocorrência de casos de câncer de pele de 2.460 casos entre mulheres.
- Participação e representação estadual no I Seminário Nacional de Políticas Públicas e Mulheres com Deficiência em Brasília/DF.
- Publicização e participação na campanha Outubro Rosa, pelo Enfrentamento ao Câncer de Mama.
- Realização de evento marcando a entrada efetiva do governo do estado nas ações do “Outubro Rosa”, evento internacional de enfrentamento ao câncer de mama.



- Realização de 1.265 atendimentos à saúde da mulher; 13.512 atendimentos de odontologia para mulheres e 991 atividades da saúde da mulher.
- Realização de 6.390 atividades voltadas para a saúde da mulher nas unidades prisionais.
- Realização de um seminário e 11 palestras, de 13 conferências (12 regionais e uma estadual), de dois planos de formação para 280 pessoas - Plano de Enfrentamento à Epidemias de HIV e AIDS e Plano de Feminização entre Mulheres Lésbicas e Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres - MsM, do evento “I Ceará de Todas as Cores”, de visitas técnicas em atendimento às denúncias contra casos de homofobia.
- Realização do Seminários de Assistência Integral à Saúde da Mulher, atualização dos temas abordados no curso de especialização em enfermagem, com 400 participantes e do Seminário de Assistência Integral à Saúde da Mulher, reunindo 400 profissionais.
- Treinamento de 43 participantes no “Intercâmbio da Tecnologia de Formação por Competências de Recursos Humanos para o Setor de Saúde do Brasil” (Intercâmbio Brasil-Canadá): equidade de Gênero na Formação em Saúde.

Na área de Violência contra a Mulher as ações foram:

- Acolhimento, proteção e manutenção de 79 mulheres e 37 filhos (crianças) na Unidade de Acolhimento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, com realização de 79 atividades socioeducativas e encaminhamento de seis mulheres para cursos profissionalizantes.
- Acolhimento, proteção e manutenção de 166 famílias vítimas de violência doméstica.
- Recuperação da estrutura física e aquisição de equipamentos para a Unidade de Acolhimento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica.
- Reinserção na sociedade de 43 mulheres e sua prole.
- Viabilização das Unidades Móveis de Atendimento à Mulher em Situação de Violência do Campo, da Floresta e das Águas. Com o atendimento de 20 municípios e distritos localizados nas áreas rurais. As Unidades Móveis são ônibus especialmente adaptados que levam serviços especializados da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência do Campo, da Floresta e das Águas.
- Adesão ao Programa Mulher Viver sem Violência da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR).
- Ampliação e fortalecimento da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, a saber: Conselhos Municipais de Direitos da Mulher, passando de 17 em 2010 para 83 em 2014; Coordenadorias e/ou Secretarias Municipais de Mulheres, passando de seis em 2010 para dez em 2014.
- Aquisição de 18 viaturas para atendimento de demandas na Delegacia da Defesa da Mulher nos Municípios de Juazeiro do Norte, Crato, Iguatu, Sobral, Maracanaú, Caucaia e Fortaleza.
- Articulação transversal com a participação do Conselho de Mulheres de Juazeiro, Delegacia da Mulher do Crato e membros da ONG Coletivos Camaradas, em Juazeiro do Norte, visando à realização de ações transversais para combater a violência contra a mulher na Região do Cariri cearense.
- Assessoramento de 4 municípios com mais de 60 mil habitantes no Estado do Ceará, para implantação de equipamentos da rede de atendimento à mulher em situação de violência.
- Atendimento às 34 mulheres, dentre outras pessoas no Programa Segurança Moderna e com Inteligência.
- Celebração do Dia Internacional de Combate à Violência contra a Mulher, informando à população em geral e às mulheres em especial todos os serviços, equipamentos e ações que o Estado disponibiliza às mulheres em situação de violência.
- Convênios com o Governo Federal, por meio da Secretária de Reforma do Judiciário do Ministério da Justiça, para fortalecer o Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, com 3.388 atendimentos de assistência jurídica gratuita em Fortaleza, áreas



metropolitanas e Comarcas do Interior, contribuindo para atender segmentos da população carente, maior vítima do desrespeito aos direitos humanos.

- Criação de Grupo de Trabalho com as delegadas de mulheres do Ceará, representantes da SSPDS, do Observatório da Violência Contra a Mulher - Observem e da Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE), visando unir esforços na formulação de propostas sobre as estatísticas policiais de violência contra as mulheres.
- Desenvolvimento de ações de humanização nos equipamentos da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência em 2 municípios cearenses com mais de 60 mil habitantes.
- Elaboração do Planejamento Estratégico da Câmara Técnica Estadual de Gestão do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, visando à repactuação.
- Estímulo e implantação de equipamentos da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência em 2 municípios cearenses com mais de 60 mil habitantes.
- Formação da Câmara Técnica Estadual de Gestão do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher no Estado do Ceará, por meio do Decreto nº 30.549/2011.
- Fortalecimento do Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, com aportes de R\$ 244.612,95, oriundo de convênio com o Ministério da Justiça.
- Reforma da Delegacia da Mulher de Iguatu e Juazeiro do Norte.
- Implantação de 2 Delegacias de Defesa da Mulher (Pacatuba e Quixadá).
- Inauguração da nova sede do Núcleo de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher.
- Instauração do Fórum Estadual de Enfrentamento à Violência contra a Mulher do Campo e da Floresta, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) e a Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Ceará (FETRAECE).
- Lançamento do 1º Censo Penitenciário Feminino do Estado do Ceará, em parceria com a Secretaria da Justiça e Cidadania (SEJUS) e o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).
- Levantamento para a realização de diagnóstico dos equipamentos sociais colocados à disposição das mulheres em situação de violência nos municípios do Ceará.
- Manutenção da Unidade de Acolhimento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica.
- Manutenção de um abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica.
- Organização e realização da 3ª Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres, Adesão ao Programa Mulher Viver sem Violência, do governo do estado do Ceará, Tribunal de Justiça do Estado, Procuradoria Geral de Justiça do Estado, Defensoria Pública Geral do Estado e Prefeitura Municipal de Fortaleza.
- Participação na 4ª Ação Internacional da Marcha Mundial das Mulheres (Ação de parceria entre o Ceará e o Rio Grande do Norte pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher).
- Participação na Campanha “Quebrando Ciclos, sou Mulher e Não Aceito Violência”, em parceria com a Associação para o Desenvolvimento dos Municípios (APDMCE), realizando palestras e ações de enfrentamento à violência contra a mulher”.
- Participação na Reunião das Gestoras Estaduais do Brasil do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, em Brasília, DF.
- Participação na Reunião das Gestoras Estaduais do Nordeste do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, em Recife, PE.
- Participação no Projeto Mulher sem Medo, através do acompanhamento às vítimas, e na Rede Integrada de Apoio ao Sistema Estadual de Proteção à Pessoa.
- Realização da Campanha “Coração Azul contra o Tráfico de Pessoas, em parceria com a Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS), no município de Amontada, com finalidade de fortalecer o enfrentamento ao tráfico de pessoas, em que predominam mulheres, vítimas de um cartel internacional de exploração sexual.
- Realização da I Mobilização pelo Dia Internacional contra a Exploração Sexual e o Tráfico de Mulheres e Crianças.



- Realização de Acordo de Parceria Técnica com a Secretaria da Justiça e Cidadania (SEJUS) e Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), com o objetivo de analisar os dados do Presídio Feminino para publicações e estudos.
- Realização de Acordo de Parceria Técnica com a Secretaria da Justiça e Cidadania (SEJUS), com o objetivo de monitorar os projetos do Estado com a Secretaria de Mulheres da Presidência da República.
- Realização de palestra-show “Mulher de Lei, pelo Fim da Violência Contra a Mulher”, com o objetivo de publicizar a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) no interior do Estado.
- Realização de caminhada na Av. Beira Mar, em comemoração ao 4º aniversário da Lei Maria da Penha, em parceria com a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) e Instituto Maria da Penha.
- Realização do Ato em homenagem aos 9 Anos da Lei Maria da Penha, promovido pela Coordenadoria da Mulher, em parceria com o Instituto Maria da Penha.
- Execução do projeto “Mulher de Lei”, levando, a cinco municípios do Estado, show com o poeta popular Tião Simpatia e palestras sobre a Lei Maria da Penha;
- Realização de Seminário Internacional sobre a Violência contra a Mulher, em parceria com a Secretaria Nacional de Mulheres da Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB).
- Realização de sete plenárias no interior do Estado, em parceria com a FETRAECE, com o intuito de ouvir as mulheres do campo e da floresta sobre suas demandas, com vistas à definição dos serviços a serem disponibilizados nas Unidades Móveis de Enfrentamento à Violência contra a Mulher do campo e da floresta, doadas pelo Governo Federal.
- Realização do curso “Enfrentamento e Prevenção à Violência contra a Mulher - Elaboração de Projetos Sociais e Comunitários - Transversalidade de Gênero” e oficina “Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres e Igualdade de Oportunidade entre Mulheres e Homens” em parceria com a Coordenadoria de Políticas Públicas para a Mulher do governo do estado, com o objetivo de capacitar 70 pessoas para elaboração de projetos sociais que visem à implementação e fortalecimento das políticas públicas nesta área;
- Repactuação do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Na área dos Direitos da Mulher as ações foram:

- Conselho Cearense dos Direitos da Mulher (CCDM)¹²: Participação eventos diversos, como audiências públicas, debates temáticos, videoconferências, solenidades, fóruns, mobilizações, palestras, reuniões municipais, estaduais e interestaduais, capacitações, sempre tratando do exercício dos direitos humanos da mulher e sua participação no desenvolvimento social, político, econômico e cultural do estado.
- Comemoração do Dia Internacional da Mulher (08 de março), com a sanção, pelo Sr. Governador, da lei que cria a Coordenadoria de Políticas para as Mulheres (CEPAM) e insere o Conselho Cearense dos Direitos da Mulher (CCDM) na estrutura organizacional do Gabinete do Governador (GABGOV).
- Reestruturação e regularização do Conselho Cearense dos Direitos da Mulher (CCDM).
- Lançamento da Campanha pela Multiplicação dos Conselhos Municipais dos Direitos das Mulheres, em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil - OAB, Instituto Maria da Penha - IMP, Mulheres do Parlamento, Defensoria Pública Geral do Estado, Associação para o Desenvolvimento dos Municípios - APDMCE e Assembleia Legislativa do Ceará.
- Ampliação de secretarias municipais ou coordenadorias de políticas públicas para as mulheres.
- Fomento na criação da Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres no município de Limoeiro do Norte.

¹² O CCDM foi criado em abril de 1986, como uma das instituições que favorece o exercício dos direitos da mulher e sua participação no desenvolvimento social, econômico e cultura.



- Implantação, ampliação e/ou modernização de 7 Núcleos Especializados da Defesa da Mulher.
- Estímulo e ampliação de um Órgão Gestor Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres
- Assessoramento para a criação e implantação de Conselhos Municipais de Defesa dos Direitos da Mulher, no Estado do Ceará.
- Capacitação de 70 conselheiras municipais na elaboração de projetos na área social e comunitária, em parceria com a Secretaria da Justiça e Cidadania (SEJUS) e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR).
- Realização de oito cursos de capacitação para gestoras, parlamentares e conselheiras dos Conselhos Municipais de Direitos da Mulher, em que foram capacitadas 320 mulheres e de curso de capacitação para as servidoras, inspetoras, escritãs e delegadas da Delegacia de Mulheres de Fortaleza, em parceria com a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS).
- Assinatura do convênio com a Coordenadoria de Políticas para a Mulher, do Gabinete do Governador e da Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS), que permitirá a análise do perfil social das mulheres cearenses e os aspectos nas áreas de demografia, condição de domicílio, saúde, educação, trabalho e rendimento, desigualdade de renda e pobreza.
- Assistência técnica a 441 mulheres na implantação de 46 projetos para 17 grupos de interesse
- Capacitação de 1.440 mulheres do Programa Bolsa Família de 36 municípios, considerados de maior vulnerabilidade, na perspectiva de orientá-las para educação e consumo saudável na prática da segurança alimentar.
- Publicação da “Análise do Perfil Socioeconômico da Mulher Cearense” no endereço eletrônico do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), www.ipece.ce.gov.br,
- Constituição de grupos de trabalho interinstitucionais, com as seguintes atribuições: elaboração de proposta para as estatísticas da segurança pública em relação à violência contra a mulher; elaboração dos fluxos de atendimento da rede estadual; e elaboração do 1º Censo Penitenciário com Recorte de Gênero do Brasil.
- Elaboração, em parceria com a SECULT e ONGs, do projeto Mulheres de Luz, que será executado em parceria com a Casa Civil.
- Elaboração, publicação e distribuição da “Coleção Cordel de Bolsa”, com o objetivo de fomentar as discussões sobre os direitos das mulheres e a criação de conselhos municipais de direitos da mulher e do livreto “Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”, com informações sobre todos os equipamentos que compõem a rede de atendimento à mulher no Estado do Ceará.
- Implantação da Comissão Organizadora Estadual da 4ª conferência Estadual de Políticas para as Mulheres do Ceará (COE).
- Lançamento da Campanha “Quem Ama Abraça Fazendo Escola”, em parceria com a SEDUC, Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza, STDS e Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para Mulheres de Fortaleza.
- Apoio e presença em três Conferências Livres de Políticas para as Mulheres do Ceará.
- Apoio institucional e presença nas 62 Conferências Municipais de Mulheres do Ceará, com a presença de 7.200 mulheres.
- Participação de 800 mulheres na III Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres.
- Participação na reunião da Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e Caribe, órgão subsidiário da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), realizada em Brasília - DF, com o objetivo de examinar a aplicação dos compromissos internacionais assumidos pelo Programa de Ação Regional para as Mulheres da América Latina e do Caribe, da Organização das Nações Unidas (ONU) e dos Consensos do México e de Quito.



- Participação no Fórum Nacional de Organismos Estaduais de Políticas para as Mulheres, em Brasília; no Fórum Nacional de Gestoras do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, no II Encontro Nacional do Encarceramento Feminino, promovido pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ; no Comitê Estadual Gestor de Direitos Humanos, a fim de inserir, nas pautas de discussão e deliberação, as questões relacionadas à mulher; no Comitê de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, com o escopo de elaborar e acompanhar a política Estadual de Enfrentamento ao Tráfico de Mulheres; e em debates sobre os direitos das mulheres em universidades, órgãos públicos e ONGs.
- Realização da 4ª Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres, que visa fortalecer e consolidar o movimento de mulheres.
- Realização da palestra Política Pública para as Mulheres e o funcionamento do Centro de Referência e Apoio à Mulher.
- Realização de campanhas: Autonomia da Mulher
- Realização do 1º Encontro de Gestoras Municipais de Políticas para as Mulheres e eleição dos membros que coordenarão o trabalho de elaboração do Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Ceará.
- Realização, no Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa (IPF), da IV Semana de Conscientização dos Direitos da Mulher Encarcerada - Ressocializar para não reincidir, onde foram realizadas atividades como atendimento jurídico, social e psicológico, além de palestras sobre direitos humanos e ações de cidadania com atendimento voltado aos parentes das internas e também oficinas e palestras voltadas a questão da saúde da mulher;
- Visita Técnica ao Centro de Referência em Direitos Humanos na localidade Loteamento Planalto Brisa do Iguape Patacas, em Aquiraz, na finalidade de constatar denúncias através do Disque 100.

Na área da Diversidade de Gênero as ações foram:

- Apoio aos eventos culturais: Festival da Diversidade de Saboeiro, I Festival da Diversidade de Maracanaú, Festival de Cinema e Cultura da Diversidade Sexual for Rainbow.
- Apoio e participação:
 - na criação e fundação da Associação de Defesa dos Direitos das lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), do Cariri Oeste, no município de Saboeiro;
 - no casamento comunitário LBGT de Fortaleza;
 - na Semana da Diversidade na Escola na EEFM Aloysio Barros Leal;
 - no Seminário da 7ª Parada pela Diversidade Sexual de Pacatuba;
 - no Fórum Ceará Acolhedor - Fórum de Empresários das Casas Noturnas para LGBT;
 - no evento Diálogos Culturais Políticas LGBT com produtores e artistas da área do teatro, literatura, música e audiovisual que produzem material afirmativo;
 - nas Paradas LGBT de Caucaia, Guaiúba, Crato, Juazeiro do Norte, Pacatuba, Maracanaú, Fortaleza e nos bairros de Messejana e José Walter.
- Assinatura do Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS), com o objetivo de acolhimento e atendimento do público LGBT nas unidades prisionais do Estado; acompanhamento das denúncias de homofobia no Ceará; capacitação dos agentes penitenciários em diversidade sexual e gênero.
- Desenvolvimento de 40 ações para o resgate da cidadania da população de LGBT.
- Entrega dos primeiros cartões SUS com nome Social das travestis e transexuais de Juazeiro do Norte.
- Implantação do Programa de Qualidade de Vida do GABGOV, com a realização de palestra sobre Violência de Gêneros e Direitos Humanos.
- Lançamento da Campanha Ceará de Cidadania contra a Homofobia com as atividades: seminários e rodas de conversas junto ao Movimento LGBT, escolas e funcionários públicos,



nos municípios de Guaiúba, Maracanaú, Juazeiro do Norte, Crato, Saboeiro, Fortaleza e no bairro de Messejana.

- Participação na realização das sete Conferências Regionais de Políticas para as Mulheres, Direitos Humanos e LGBT do Ceará.
- Realização da Campanha “Interiorizando as Políticas de Gênero”, com viagens e articulações em municípios do Estado do Ceará, estimulando a ampliação e o fortalecimento da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência no interior do Estado.
- Realização da Conferência Regional Conjunta de Direitos Humanos, LGBT e Mulher em Aracati, Crato, Itatira, Itapipoca, Redenção e Sobral.
- Realização de 48 oficinas de capacitação e monitoramento do Projeto Espaço Jovem, em 56 municípios, nas temáticas de: Educador Social, Formação de Grupo e o Protagonismo Juvenil, Gênero e Violência, Amor e Vulnerabilidades, AIDS e outras DST, Gravidez na Adolescência, Estatuto da Criança e do Adolescente, Aborto e Diversidade Sexual, com treinamento para 500 profissionais da Saúde, Educação e Ação Social e 960 Adolescentes e Jovens capacitados para ser multiplicadores.
- Realização do “Ceará do meu Orgulho - I Festival de Cultura LGBT do Ceará”.
- Realização do 1º Festival do Orgulho LGBT do Ceará em parceria com Coordenadoria LGBT.
- Realização do Ceará de Cidadania contra a Homofobia no município de Saboeiro.
- Realização do I Seminário de Apoio e Defesa dos Direitos da Comunidade LGBT, na cidade de Saboeiro.
- Realização do Seminário Mais Cidadania, Menos Lesbofobia - Ceará de cidadania contra a Lesbofobia”. Evento em alusão ao Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, no Auditório Raquel de Queiroz, da Universidade Federal do Ceará (UFC).



Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil

Meta 5: Reduzir em 2/3, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.



Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil.

O quarto objetivo do milênio diz respeito ao cuidado com a saúde nos primeiros estágios da vida, ou seja, a saúde na infância. Para tanto, a ONU estabeleceu a Meta 5 que visa reduzir em dois terços a mortalidade na infância para o período de 1990 a 2015.

A mortalidade na infância no Ceará reflete não apenas as condições de saúde das crianças cearenses em si, mas representa um indicador fundamental para a análise das condições de vida e saúde da população como um todo. Assim, auxilia na avaliação do progresso das ações tomadas pelo Estado na área de saúde pública, além de fornecer um norte para a elaboração de novas estratégias preventivas no rumo de atingir a melhor qualidade na saúde pública. Tal fenômeno é representado pela taxa mortalidade na infância, isto é, a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Este indicador expressa a frequência de óbitos em crianças nesta faixa etária a cada mil crianças nascidas vivas. De maneira mais específica, nos fornece a probabilidade de uma criança morrer antes de completar cinco anos de idade.

De acordo com o relatório publicado pela Unicef (2006), apesar da mortalidade infantil e na infância terem sofrido grande queda no Brasil, o país ainda apresenta uma taxa relativamente alta para o considerado como desejável, enfrentando assim, grandes desafios nesta área, como exemplo, as disparidades sociais e regionais sendo o Nordeste uma das áreas mais afetadas. Deste modo, a análise mais detalhada da mortalidade na infância para o Ceará, como seus principais componentes, as principais causas da mortalidade no estado e os fatores que têm contribuído para a queda continuada deste, faz-se mais do que necessária.

1. Indicadores relacionados ao Objetivo 4

Este capítulo consiste na análise de alguns principais indicadores relacionados com o sucesso desta meta: a taxa de mortalidade na infância (a proporção de crianças menores de 5 anos que morrem a cada mil nascidos vivos), a taxa de mortalidade infantil (crianças menores de um ano), bem como as 5 principais causas de morte em crianças nesta faixa etária e a proporção de famílias cearenses cobertas pelo Programa Saúde da Família.

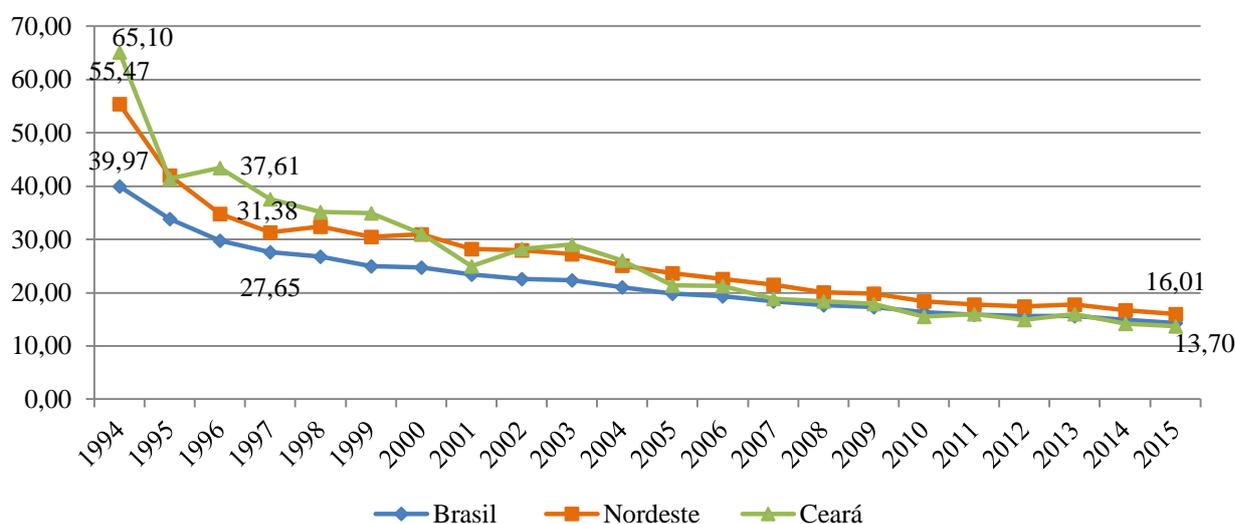
Até a década de 90, o Brasil enfrentava muitos problemas com a cobertura do sistema de informações de dados na área da saúde e, principalmente, com óbitos não declarados com suas causas específicas de morte. Tal dificuldade se dava de maneira mais agravante no Norte e no Nordeste do país. Em 2003, segundo dados do Ministério da Saúde (2008), estimou-se que 81% do total dos óbitos não declarados no Brasil concentravam apenas no Nordeste. No entanto, o problema das subnotificações e do mal discernimento ao declarar causas de óbitos vem sido superado a partir da melhora do sistema de informações administrativas do Brasil e, principalmente, com o avanço do processo de municipalização das ações e serviços na área da saúde. Assim sendo, com diferenças de metodologias, bem como diferenças em períodos de tempo, surgiu a necessidade de fazer a análise de duas fontes de dados dos indicadores utilizados para análise deste capítulo, devido à diferença de cálculo de mortalidade (diferença em ajustes estatísticos para compensar as subnotificações).

O Gráfico 4.1 a seguir, ilustra a taxa de mortalidade na infância por 1.000 nascidos vivos, calculada através dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)



e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do SUS/MS (DATASUS). Observa-se uma clara tendência decrescente desta taxa, tanto a nível nacional, quanto a nível regional e estadual. Em 1994, o Ceará apresentava a maior taxa de 65,10 óbitos em crianças menores de cinco anos por 1.000 nascidos vivos, seguido pelo Nordeste com 55,47 óbitos e abaixo se encontrava o Brasil com 39,97 óbitos de crianças menores de cinco anos de idade. Com uma drástica queda já nos três anos seguintes, o Ceará (37,61) já se aproximava da taxa regional (31,38), bem como da nacional (27,65). Enfatizando o período de 1994 a 2015, o Ceará obteve uma variação de -78,95% neste indicador. Assim, já em 2015, com uma taxa de 13,70 óbitos na infância, o estado obteve sucesso ao ser capaz de reduzir em mais de dois terços deste indicador desde 1994, alcançando, inclusive, a maior taxa de redução quando comparado ao Brasil (-64,27%) e ao Nordeste (-71,13%).

Gráfico 4.1: Taxa de mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos) - Ceará, Nordeste e Brasil (1994-2015).¹³



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM. Elaboração IPECE.

Logo em seguida, o Gráfico 4.2 ilustra este mesmo indicador, no entanto, segundo a fonte de dados do Observatório da Criança e do Adolescente no período de 2000 a 2015. Para o ano 2000, o Ceará apresentava uma taxa de 42,4 óbitos na infância, enquanto o Brasil e o Nordeste apresentavam uma taxa de 30,1 e 41,2, respectivamente. Destaca-se, com isto, a pequena divergência quanto ao Gráfico 4.1 evidenciando ainda mais a necessidade da análise de mais de uma fonte de dados. Não obstante, também se observa a clara tendência decrescente ao longo do período analisado, apresentando uma variação de -67,7% para o Ceará, -52,5% para o Brasil e -61,16% para o Nordeste no mesmo período. Apesar de ser analisado em um período de tempo mais recente, ao estabelecer, em 2015, uma proporção de 13,7 óbitos de crianças menores de cinco anos por mil nascidos vivos, o Ceará também apresentou uma redução de mais de dois terços na taxa de mortalidade na infância. Enquanto isso, o Nordeste apresentou uma taxa de 16 óbitos para o mesmo ano e o Brasil ficou 0,6 p.p acima da taxa apresentada pelo estado (14,3 óbitos).

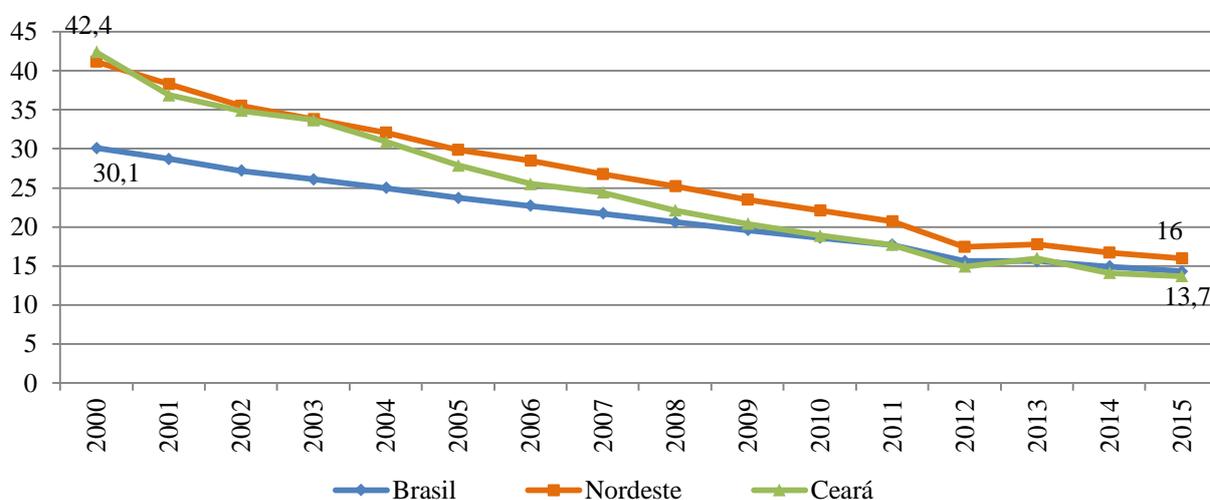
De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) através dos Indicadores e Dados Básicos do Brasil, a taxa de mortalidade na infância para o Ceará, em 1990,

¹³ Dados Elaborados pelo IPECE com base na metodologia de cálculo direta com dados provenientes do SINASC/SIM/DATASUS.



era de 91,7 óbitos de crianças menores de cinco anos por mil nascidos vivos. Ao estabelecer uma breve comparação com os dados fornecidos pelo Observatório, cujos dados seguem a mesma metodologia da RIPSA, destaca-se o fato de que o estado foi capaz de reduzir mais do que dois terços (-85,06%) deste indicador para 2015. Inclusive, pode-se dizer com base nestas evidências, que Ceará foi capaz de atingir a meta estabelecida pela ONU já em 2005, quando alcançou um patamar de 27,9 óbitos na infância por mil nascidos vivos. Enquanto o Brasil, que também foi exitoso quanto a esta meta, foi capaz de alcançá-la em 2011, com um patamar de 17,7 óbitos. Isto é, não somente o Ceará conseguiu atingir a meta seis anos antes do Brasil, como também se empenhou o resto do período para reduzir ainda mais esta taxa, visto que 27,9 ainda é um patamar considerado muito elevado.

Gráfico 4.2: Taxa de mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos) - Ceará, Nordeste e Brasil (2000-2015).



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM/ Observatório da Criança e do Adolescente. Elaboração IPECE.

Reforçando a problemática enfrentada pelo país com relação às subnotificações, faz-se necessária a comparação das taxas de variações entre as diferentes fontes de dados para uma análise mais detalhada. A Tabela 4.1 deixa explícita a diferença entre as variações deste indicador para as bases de dados existentes (metodologia de cálculo direto, Observatório da criança e Atlas do Desenvolvimento Humano). No entanto, mesmo com esta diferença entre as taxas de variação, observa-se o êxito do estado ao obter uma grade redução no período mais recente (2000 a 2015). Considerando a metodologia de cálculo direto, apresentou uma variação de -55,9%, enquanto de acordo com os dados coletados do Observatório da Criança e do Adolescente, este mesmo obteve uma variação de -67,7%. Quando comparadas estas duas variações ao desempenho nacional deste indicador, observa-se que em ambos os casos o Ceará obteve um melhor resultado. Além disto, quando analisada a variação do PNUD, apesar da diferença entre o período de tempo analisado (1991 a 2010), o Ceará também se destaca por uma redução maior (-74,9%) nos óbitos na infância.

Apesar da diferença da metodologia entre as bases de dados, cabe ressaltar as grandes taxas de variações alcançadas nos três casos para os diferentes períodos de tempo analisado. Deste modo, é seguro afirmar que o Ceará obteve sucesso ao atingir a meta, inclusive, antes do prazo estabelecido pelo objetivo do milênio da saúde infantil.



Tabela 4.1: Evolução na taxa de redução da Mortalidade na Infância - Ceará e Brasil (1991, 2000, 2010 e 2015).

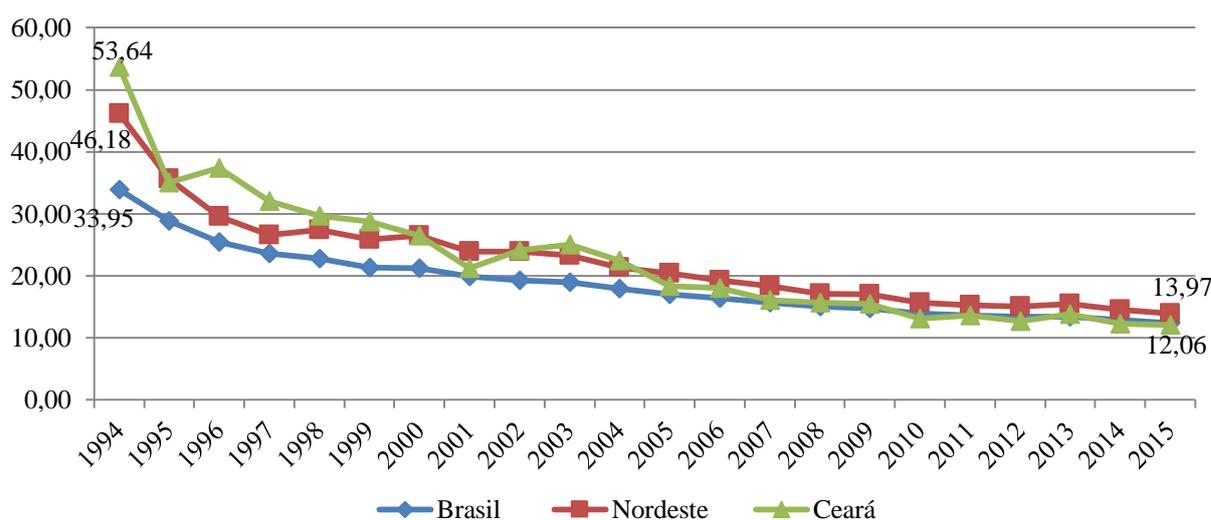
Fonte de Dados		Ano				Redução da Taxa (%)	
		1991	2000	2010	2015	1991-2010	2000-2015
Cálculo Direto	Brasil	-	24,78	16,38	14,28	-	-42,4
	Ceará	-	31,08	15,54	13,70	-	-55,9
Observatório	Brasil	-	30,1	18,6	14,3	-	-52,5
	Ceará	-	42,4	18,9	13,7	-	-67,7
PNUD (Atlas do Des. Humano)*	Brasil	55,74	36,98	18,83	-	-66,2	-
	Ceará	82,7	53,39	20,76	-	-74,9	-

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM/ PNUD/Observatório da Criança e do Adolescente. Elaboração IPECE.

Para uma análise mais detalhada sobre a mortalidade na infância, resta agora analisar seus principais componentes. De acordo com o Ipea (2014), mais de 85% das mortes em crianças até cinco anos, ocorre durante o primeiro ano de vida. Tendo isto em vista, o Gráfico 4.3 apresenta a evolução da proporção de óbitos de crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos para o período de 1994 a 2015 (calculada de forma direta).

Em 1994, a taxa de mortalidade infantil para o Ceará era de 53,64 e, ao variar em -77,52% para 2015, chegou a uma taxa de 12,06 óbitos de crianças de 0 a 1 ano de idade por mil nascidos vivos. Quanto ao Brasil e ao Nordeste, estes também foram capazes de reduzir em dois terços as suas taxas de mortalidade infantil (-63,38% e -69,75% para o Brasil e Nordeste) alcançando assim, um patamar de 12,43 e 13,97 óbitos, respectivamente em 2015. Com isto, o Ceará também se destaca por haver atingido a maior redução e a menor taxa de mortalidade infantil para o ano de 2015.

Gráfico 4.3: Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) - Ceará, Nordeste e Brasil (1994-2015).¹⁴



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM. Elaboração IPECE.

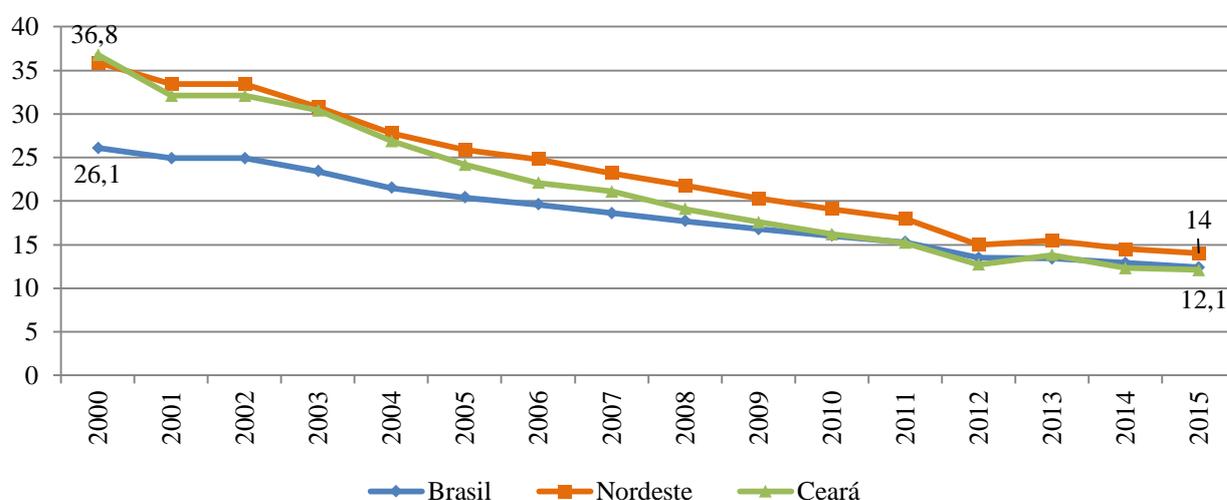
Novamente, ao realizar uma segunda análise com os dados coletados do Observatório da Criança e do Adolescente (Gráfico 4.4), também se observa a queda deste indicador para o Ceará,

14 Dados Elaborados pelo IPECE com base na metodologia de cálculo direta e dados provenientes do SINASC/SIM/DATASUS.



Nordeste e Brasil. Mesmo com a clara tendência decrescente, está se apresenta de uma maneira menos acentuada nos anos iniciais, quando comparada aos dados de cálculo direto. Nos anos 2000, o Ceará apresentava a maior taxa de mortalidade infantil (36,8), seguido pelo Nordeste de 35,9 e o Brasil de 26,1 óbitos por mil nascidos vivos. As taxas de variações para este período (2000 a 2015) evidenciam o grande avanço neste indicador, uma vez que também apontam para o atingimento da meta. O estado foi capaz de reduzir em -67,11%, enquanto o Nordeste e o Brasil obtiveram -61,00% e -52,49%, respectivamente. Mais uma vez, apresenta-se o melhor desempenho do estado também neste indicador quando comparado a nível nacional e regional.

Gráfico 4.4: Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos - Ceará, Nordeste e Brasil (2000-2015).



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM/ Observatório da Criança e do Adolescente. Elaboração IPECE.

Uma vez analisada a taxa de mortalidade na infância como principal indicador do presente objetivo, assim como a mortalidade infantil como sua principal componente, resta realizar uma análise um pouco mais detalhada sobre as principais causas que levam crianças virem a óbito nos seus primeiros cinco anos de vida. E assim, fornecer um norte para os gestores na área de saúde pública afim de elaborar políticas públicas mais direcionadas e, conseqüentemente, efetivas.

A Tabela 4.2 apresenta a participação das principais causas de morte em crianças menores de cinco anos de idade para os anos de 1996, 2000, 2005, 2010 e 2015. Ao longo dos anos, destaca-se uma pequena alteração no quadro das principais causas de morte, no entanto, as afecções originadas no período perinatal ainda representam a maior causa de morte. Estas tiveram um aumento expressivo entre o período analisado (41%), representando, em 2015, 54,7% das causas de morte na infância. Isto é, no Ceará, o maior risco de morte em crianças, encontra-se nas complicações originadas desde a 22ª semana de gestação até o 7º dia de vida. Dentre estas complicações, de acordo com o DATASUS, destacam-se como principais causas, os transtornos relacionados com a gestação de curta duração e baixo peso ao nascer; Asfixia ao nascer; Desconforto respiratório do recém-nascido e Septicemia bacteriana do recém-nascido. Tais proporções revelam um quadro preocupante, uma vez que estas causas são um reflexo de uma deficiência na assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.



Em segundo lugar, as Doenças infecciosas e parasitárias que, em 1996, representavam uma grande proporção das causas (21,3%), reduziram em mais de 75% ao longo do período, culminando em 5,2% para o ano de 2015. Neste grupo, estão compreendidas as infecções do tipo: Diarreia e gastroenterite e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) passadas de mãe para o bebê e outras infecções no geral. Este tipo de causa, exceto pelas DSTs congênicas, em sua maioria estão associadas às condições de saneamento básico. Deste modo, a melhoria do acesso da população à serviços básicos desde 1996, como esgotamento sanitário, abastecimento de água e coleta de lixo podem ter contribuído para a redução desta proporção no grupo de causas.

Ao mesmo tempo em que a proporção de doenças infecciosas se reduziu entre o período analisado, houve um grande aumento (390%) na proporção de Malformações congênicas que representam, em sua maioria, malformações no cérebro, coração e aparelho digestivo. Este grupo passou de uma participação de 4,0%, em 1996, para 19,6% em 2015.

Outro ponto importante a ser abordado é a redução da participação de causas mal definidas, passando de quase 20% dos óbitos, para menos de 2%. Isto é, apesar do Brasil enfrentar sérios problemas com o sistema de informações de estatísticas vitais, como a falta de precisão na identificação das causas de óbitos, é notório o progresso alcançado em superar tais problemas desde 1996, até o presente momento.

Por último, a mortalidade por causas externas (acidentes e violências) é uma realidade crescente no estado que afeta inclusive as crianças cearenses. Entre as principais mortes por causas externas, enfatizam-se como as principais: afogamento, exposição à corrente elétrica, acidentes com veículos de transporte terrestre e agressões por disparo com arma de fogo. Apesar de ser uma proporção relativamente pequena em relação às outras causas (4,2, em 2015), destacar-se-á o fato desta proporção haver dobrado no período analisado.

Tabela 4.2: Participação (em %) das principais causas de morte na infância para o Ceará (1996, 2000, 2005, 2010 e 2015).

Causa do Óbito	1996	2000	2005	2010	2015
Doenças infecciosas e parasitárias	21,3	14,1	10,4	6,4	5,2
Doenças do aparelho respiratório	9,7	9,2	8,2	5,4	5,2
Afecções originadas no período perinatal	38,8	42,3	48,6	52,6	54,7
Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	4,0	7,4	12,2	16,5	19,6
Causas mal definidas	17,7	14,5	8,1	3,0	1,9
Causas externas	2,4	2,2	2,7	5,1	4,2
Outras	6,1	10,3	9,9	10,8	9,1
Total de Óbitos	5.093	4.456	3.001	2.002	1.815

Fonte: MS/SVS/DASIS /SIM. Elaboração IPECE.

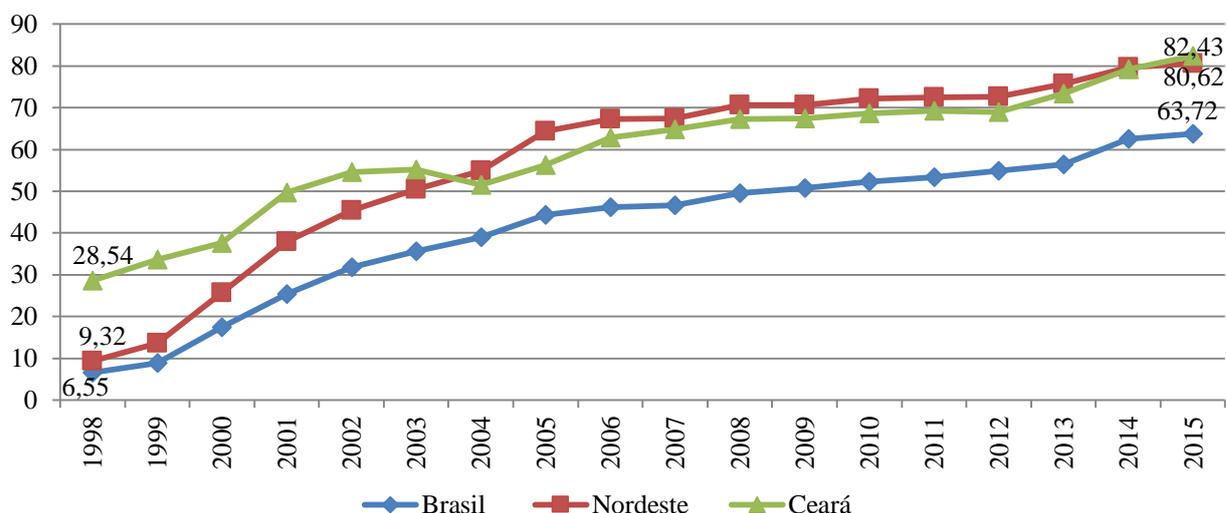
Há mais de um estudo comprovando o impacto positivo do Programa Saúde da Família (PSF) na redução da mortalidade infantil. Rocha (2010) ressalta que, o PSF teve impacto fundamental na saúde da população brasileira, sendo capaz de atingir famílias mais vulneráveis ao modificar o sistema de atendimento primário atuando no nível família-comunidade. Assim, as conclusões do estudo mostraram uma alta associação da implementação do programa com a mortalidade no Brasil, mas principalmente, com a mortalidade infantil. Além disto, Rocha (2010)



também mostrou que esta associação pode ser ainda maior nas regiões de maior vulnerabilidade do Brasil (Norte e Nordeste).

Tendo em vista esta relação, o Gráfico 4.5 expressa a proporção da população assistida pelo PSF para o Brasil, Nordeste e Ceará ao longo do período de 1998 a 2015. O Ceará apresenta, neste período, um grande crescimento da cobertura do Programa. Em 1998, o estado encontrava-se em situação de vantagem na proporção da população assistida (28,54%) com relação ao Nordeste (9,32%) e ao Brasil (6,55%). Ao reforçar o demonstrado pelo estudo, observa-se a maior cobertura no Nordeste (80,62%) e, principalmente, no Ceará (82,43%) no ano de 2015. Isto é, o Ceará apresentou a crescente melhora com um aumento de mais de 188% na cobertura quando comparado o período de 1998 e 2015. Ao aumentar a proporção de famílias assistidas, diminuem-se as áreas e municípios em situação de vulnerabilidade com relação à saúde, favorecendo, assim, a grande redução na mortalidade infantil anteriormente observada.

Gráfico 4.5: Proporção da População Assistida pelo PSF (em %) - Ceará, Nordeste e Brasil (1998-2015).



Fonte MS/SAS/ Departamento de Atenção Básica - DAB. Elaboração IPECE

Os esforços realizados pelo país, bem como pelo estado do Ceará, em alcançar a meta deste Objetivo, inclusive, antes do período estabelecido, de certo devem ser reconhecidos. Para o ano de 2015, a taxa da mortalidade na infância reduziu-se em mais de dois terços, tanto para o Brasil (-73,37%), quanto para o Ceará (-85,06%). Tais esforços incluem, segundo o Ipea (2014), a redução da drástica da desigualdade regional existente durante a década de 90, onde o Norte e o Nordeste apresentavam taxas muito elevadas de mortalidade na infância quando comparados ao Sul e Sudeste do país.

Muito além disso, o Relatório da ONU (2013) atribui esta drástica queda como um reflexo de uma série de melhorias nas condições de vida da população como um todo, bem como na atenção à saúde da criança que inclui a melhoria da segurança alimentar e nutricional, na cobertura de vacinação, do saneamento básico e o aumento de mais de 188% da cobertura do Programa Saúde da Família.

Quanto à composição do grupo de causas da mortalidade na infância, foi possível observar uma evolução que indica alguns pontos positivos e outros negativos. Em primeiro lugar, a redução



de causas doenças infecciosas e parasitárias aponta para a melhoria das condições sanitárias do estado. No entanto, o aumento da participação das causas externas em crianças torna-se um alerta para os gestores de segurança pública ao indicar que o quadro de violência chega a um ponto crítico de afetar cada vez mais as crianças.

Por último, visto que as afecções originadas no período perinatal passaram a compor mais de 54% das causas, evidencia-se uma maioria de óbitos cuja ocorrência encontra-se diretamente ligada à intervenção médica. Ou seja, no Ceará, a maioria dos óbitos na infância concentra-se nos primeiros dias de vida e ainda ocorre por causas que poderiam ser evitadas.

Tendo em vista a suma importância de que o recém-nascido e a mãe, não apenas recebam assistência obstétrica de qualidade, mas também que a recebam em tempo oportuno, afim de diminuir o risco de morte tanto da criança quanto da mãe, torna-se mais do que claro de que, apesar da grande redução da taxa de mortalidade na infância no Ceará, ainda existe a clara necessidade por parte do governo do Estado de concentrar seus esforços na melhoria das condições de assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Tais esforços devem se dar de maneira a dar continuidade e suporte às políticas nacionais em combate a mortalidade neonatal, infantil e na infância já existentes, como a Rede Cegonha, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) e o Programa Nacional de Imunizações, além de focar em promover ações que impactem ainda mais na redução da mortalidade por causas originadas no período perinatal, como o aleitamento materno que, segundo o Ipea (2014), reduz o risco de mortalidade na infância em 13% e a redução do percentual de partos cesáreos que também aumentam os riscos para o bebê e para a mãe.

E assim, garantir que o bebê receba o devido acompanhamento desde o início da gestação de maneira a favorecer cada vez mais o crescimento e pleno desenvolvimento de crianças saudáveis no Ceará, independentemente da condição socioeconômica da mãe, ou lugar onde nasceu.

2. Principais ações e realizações do governo do estado para reduzir a Mortalidade Infantil

As ações realizadas pelo governo do estado com o objetivo de atender a meta da ONU de reduzir em dois terços a mortalidade na infância para o período de 1990 a 2015 envolve ações como: Programa Saúde da Família (PSF); criação de comitês de incentivo ao aleitamento materno; banco de leite humano; comitê de prevenção ao óbito infantil e fetal. Além disso, promoveu realizações de cursos e treinamentos para qualificação do pré-natal e na área de obstetrícia.

Dentre as ações realizadas está a consolidação mais efetiva do Programa Saúde da Família, responsável pela redução dos óbitos infantis por diarreia e pneumonia de forma sustentada e significativa. A Taxa de Mortalidade Infantil, até novembro de 2008, ficou em torno de 15,1 por mil nascidos vivos, demonstrando uma tendência histórica de redução, comprovada em relação ao resultado final para 2007, que correspondeu a 16,0 óbitos por mil nascidos vivos.

Cita-se ainda a implantação dos comitês: Comitê Estadual de Incentivo ao Aleitamento Materno (CEIAM); Comitê Estadual de Banco de Leite Humano (CEBLH); Comitê Estadual de Prevenção ao Óbito Infantil e Fetal (CEPOIF); bem como a participação na Avaliação Nacional do Pacto para redução da Mortalidade Materno e Neonatal. Acrescenta-se o Monitoramento da



qualidade dos serviços de saúde prestados à população, com prioridade aos serviços hospitalares, maternidades, UTIs (maternas, neonatais e pediátricas), agências transfusionais, serviços de mamografia e hospitais-polo e hospitais de pequeno porte, cujo objetivo principal é impactar na redução da mortalidade infantil e materna.

Destaca-se, ainda, a execução de oficinas, seminários, cursos e encontros nas áreas de puericultura e mortalidade infantil, aleitamento materno e implantação da Rede Amamenta Brasil/Ceará - Alimentação Complementar. Também foi adotada a estratégia O Pacto Cearense pela Redução da Mortalidade Materna e Humanização do Pacto e Nascimento. Outras ações programadas foram: planejamento familiar; acompanhamento pré-natal e melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, incluindo a presença de profissionais qualificados na hora do parto. Cita-se ainda a doação de 7 kits de equipamentos (monitores e ventiladores) para atender as necessidades de melhoria de oferta de serviços nos municípios prioritários do pacto pela redução da Mortalidade Infantil para as UTIs Neonatais dos hospitais: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (3 kits), Hospital Geral César Cals (2 kits) e Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (2 Kits).

Houve a realização do Curso *Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)*, que proporcionou um treinamento avançado em obstetrícia, com a finalidade de oferecer treinamento padronizado de condutas no atendimento das urgências e emergências obstétricas, possibilitando uma maior redução nas taxas de mortalidade materna, neonatal, incidências de cesárias e episiotomia. Além disso, ocorreu o Seminário Estadual de Implantação e Implementação dos Comitês Microrregionais de Prevenção da Mortalidade Materna, com capacitação de 303 profissionais; o Seminário de Implantação e Posse dos Comitês Municipais de Prevenção à Mortalidade Materna na 2ª Coordenadoria Regionais de Saúde (CRES - Caucaia), com capacitação de 75 profissionais de saúde; e o Seminário Microrregional de Reestruturação dos Comitês Municipais de Prevenção à Mortalidade Materna, com o objetivo de orientar os critérios para a formalização da posse dos comitês e ainda estabelecer fluxos de rotina, segundo o Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna, reunindo 300 participantes.

Acrescenta-se a realização de sensibilização para implantação do Comitês Municipal de Aleitamento Materno, nos 18 municípios prioritários para a Redução da Mortalidade Infantil/Neonatal (Barbalha, Camocim, Canindé, Caucaia, Crateús, Crato, Fortaleza, Granja, Icó, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, São Benedito, Sobral, Tianguá e Viçosa do Ceará) e a realização do curso de AIDPI NEO (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância) para técnicos do PSF dos seguintes municípios prioritários para a Redução da Mortalidade Infantil/ Neonatal: (Barbalha, Fortaleza, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Sobral e Tianguá).

Foram adotadas medidas estratégicas de enfrentamento ao aumento da Mortalidade Materna, a saber: capacitação de equipes dos serviços de saúde; implantação/implementação de Comitês Estadual, Regional e Municipais de prevenção à Mortalidade Materna; vigilância de óbito Materno; Implantação do Comitê Estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;; monitoramento das taxas de infecções hospitalares e eventos macrorregionais, envolvendo e sensibilizando os gestores e trabalhadores. No entanto, alguns fatores foram identificados como determinantes para a não redução da Mortalidade Materna como: a qualidade da assistência ao



parto; as práticas não baseadas em evidências científicas; e a dificuldade no encaminhamento e regulação dos casos graves e das pacientes de alto risco.

Para intensificar a redução da taxa de mortalidade infantil, o Estado apoiou tecnicamente e financeiramente os municípios na Atenção Básica, obtendo, em 2011, uma cobertura de 70,61%, para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e das equipes do PSF; a conclusão de 153 Unidades Básicas de Saúde; bem como a alta cobertura vacinal; monitoramento e avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde, incluindo a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância do Controle da Qualidade da Água para consumo humano, realizado pelo Laboratório Central de Saúde Pública que, em 2011, efetuou 1.317.000 exames de saúde pública. Notadamente, ainda se verifica a necessidade de investimentos na qualidade de serviços de assistência materna e infantil.

Em 2012, a principal ação foi o monitoramento na utilização da Caderneta da Gestante em 104 municípios, através de supervisões em 11 CRES, pela equipe da Gestão da Atenção Primária, com a instituição do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, Infantil e Neonatal e a implementação e revisão dos Comitês Regionais e Municipais de Mortalidade Materna, Infantil e Neonatal.

Destaca-se, como grande aliado para o alcance da redução da Mortalidade Infantil no Ceará, a realização de capacitação dos 22 Comitês Regionais de Prevenção à Mortalidade Infantil, na investigação e análise de óbitos, bem como a estruturação das equipes do PSF, que tem papel decisivo nessa redução.

O Governo do Ceará, em parceria com os governos Federal e municipais desenvolveu ações com o Projeto Qualificar da Atenção Primária à Saúde (APSUS), que objetiva: a reorganização da Rede Materno Infantil; o reforço da qualidade no pré-natal; a assistência ao parto, além da expansão das UTIs neonatais, com a finalidade da redução do componente neonatal da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Como se pode observar, os esforços conjuntos dos governos, nas três esferas, têm dado bons frutos, refletidos na redução contínua da Taxa de Mortalidade Infantil, que vem se mantendo abaixo de 13,0 por mil nascidos vivo, desde o ano de 2014.

Outras ações desenvolvidas para melhoria da “Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal” abrangem: a capacitação de profissionais das maternidades em Reanimação de Recém-nascidos para qualificação do pré-natal e estratificação de risco; elaboração de protocolos de atendimento da Atenção Primária; elaboração da Linha Guia Nascer no Ceará, para gestantes e crianças menores de dois anos; elaboração do Projeto Nascer do Ceará, implantado em janeiro de 2018, nas cinco Macrorregiões de Saúde do Estado, contemplando o atendimento das gestantes de alto risco com a capacitação dos profissionais das maternidades em Reanimação do Recém Nascido e a ampliação de leitos de UTI Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários nas maternidades regionais e macrorregionais.



Objetivo 5: Melhorar a Saúde Materna

Meta 6: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a Razão de Mortalidade Materna.

Meta 6A (brasileira): Promover, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), cobertura universal para ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015.

Meta 6B (brasileira): Até 2015, ter detido o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual.



Objetivo 5: Melhorar a Saúde Materna.

Segundo a OMS, todos os dias morrem aproximadamente 830 mulheres no mundo por causas evitáveis relacionadas à gestação. Mais ainda, 99% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento, evidenciando assim, um grave problema de saúde pública entre esses países, inclusive o Brasil. Ciente desta grave situação, o Ceará se propôs a abraçar o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que concentra as atenções em melhorar as condições da saúde materna.

Para ter sucesso em tal objetivo, a ONU estipulou a Meta 6 que consiste em reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a Razão de Mortalidade Materna. o Brasil em específico, optou por estipular mais dois outros objetivos: Meta 6A: Promover, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), cobertura universal para ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015 e Meta 6B: Até 2015, deter e inverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero. Quanto ao Ceará, cabe a este atingir uma razão de 20,44 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

A mortalidade materna é caracterizada quando uma mulher vem a óbito durante a gestação, parto ou durante o puerpério (período de 42 dias após o parto) por complicações relacionadas ou agravadas pela gravidez ou parto, sendo que a maioria destes óbitos ocorre por causas que podem ser evitadas e tratadas. Mais especificamente, as principais complicações responsáveis pela maioria dos óbitos maternos são: infecções; hemorragias graves; hipertensão; abortos inseguros; e complicações durante o parto (OMS, 2018).

1. Indicadores relacionados ao Objetivo 5

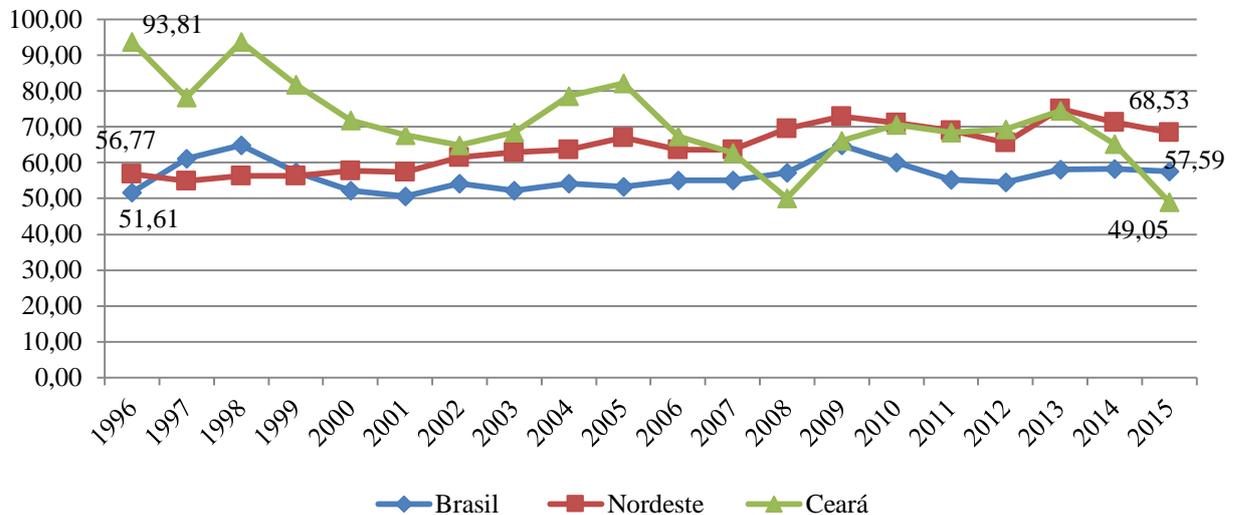
Para auxiliar a análise da situação da saúde materna no Ceará, utilizam-se os seguintes indicadores: a Razão de Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos; a cobertura de consultas pré-natais; a proporção de partos hospitalares; e a proporção de partos cesáreos realizados. Não obstante, deve-se destacar o fato de que, apesar do Brasil apresentar um bom Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS), ainda enfrenta grandes dificuldades relacionadas às subinformações das causas de óbitos e o sub-registro das declarações de óbitos. Consequentemente, maiores são as dificuldades de monitorar a real tendência de alguns indicadores como os óbitos maternos. E, tais dificuldades, se concentram, principalmente, nas regiões norte e nordeste do país.

Isto posto, o Gráfico 5.1 expressa a trajetória da Razão de Mortalidade Materna (RMM) para o Ceará, Nordeste e para o Brasil entre o período de tempo de 1996 a 2015. Em 1996, o Ceará apresentava a maior Taxa de Mortalidade Materna (93,81), enquanto o Nordeste encontrava-se próximo ao patamar do Brasil onde estes possuíam 56,77 e 51,61 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, respectivamente. Apesar de não apresentar uma tendência clara de queda, tal indicador para o Ceará caiu drasticamente (-47,71%) chegando aos 49,05 óbitos maternos em 2015. Já o Nordeste e o Brasil apresentaram uma tendência semelhante onde se destaca uma pequena variação positiva quando comparados os períodos de 1996 e 2015 podendo esta ser atribuída à melhora nas notificações de óbitos. Contudo, mesmo o Ceará obtendo a menor taxa de



mortalidade, ainda não conseguiu se aproximar da meta de 20,44 óbitos estabelecida pela ONU, sendo esta., mais de duas vezes menor do que a taxa alcançada pelo Ceará em 2015.

Gráfico 5.1: Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) - Brasil, Nordeste e Ceará (1996-2015).



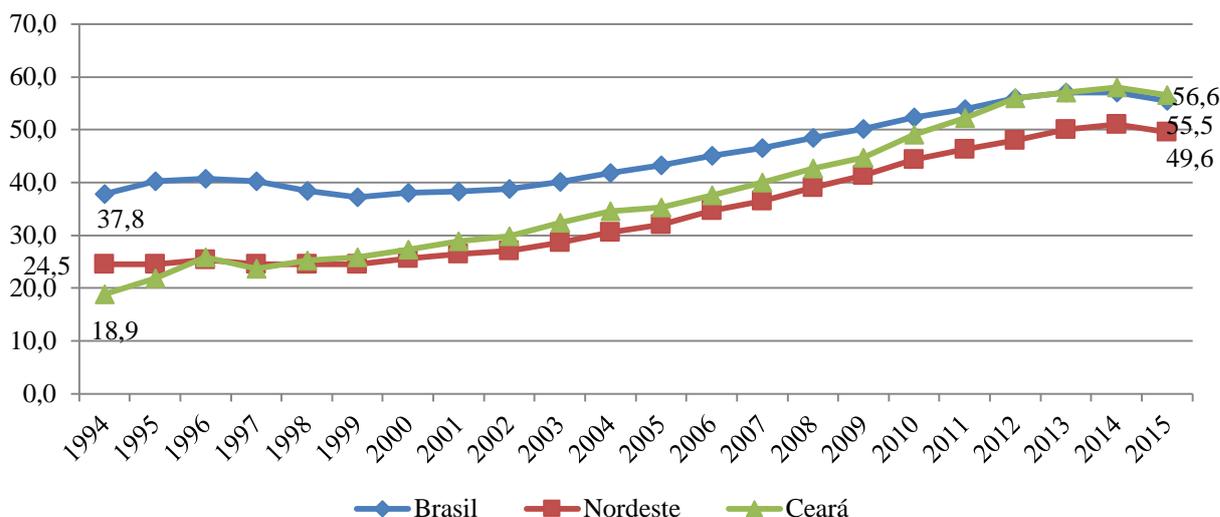
Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM. Elaboração IPECE.

Um fator que possui grande influência sob a Mortalidade Materna é a grande proporção de partos cesáreos realizados no Brasil, em relação ao número de nascidos vivos. O parto cesáreo, quando não é estritamente necessário, além de incorrer em gastos adicionais para o governo, pode aumentar os riscos para a mãe e para a criança não somente no momento do parto, como também em complicações futuras e em futuras gestações. Tais riscos tornam-se ainda maiores quando a mãe não tem acesso à assistência obstétrica adequada (OMS, 2015). Tendo isto em vista, a OMS recomenda uma taxa máxima de partos cesáreos estabelecida entre 10% a 15%. Apesar desta taxa encontrar-se um pouco defasada, ainda é consenso mundial de que o parto cesáreo deve ser realizado somente quando estritamente recomendado.

O Gráfico 5.2 aponta para uma taxa de partos cesáreos com tendência crescente tanto para o Brasil, Nordeste, como para o Ceará. Enquanto, em 1996, o Ceará apresentava a menor taxa de apenas 18,9%, este teve o maior crescimento, apresentando, em 2015, o maior patamar de 56,6% seguido pelo Brasil com 55,5% e o Nordeste com 49,6%. Isto é, em 2015, apesar da taxa recomendada pela OMS ser estabelecida em até 15% dos partos, mais da metade dos partos realizados no Ceará foram cesáreos, configurando assim, um cenário preocupante quanto a este indicador que pode impactar, direta ou indiretamente, na elevada Taxa de Mortalidade Materna.



Gráfico 5.2: Proporção de partos cesáreos (em % de nascidos vivos) - Brasil, Nordeste e Ceará (1994-2015).



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC. Elaboração IPECE.

Universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva implica em garantir que toda mulher, homem ou casal tenha acesso a informações sobre sexualidade e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/AIDS de modo a permitir que este possa ter uma vida sexual segura e satisfatória e, além disto, também tenha a liberdade sobre a escolha de ter filhos com as devidas informações e acesso a métodos contraceptivos. Para tanto, ações voltadas para o Planejamento Familiar tornam-se cruciais para o sucesso desta meta. O Ministério da Saúde, através do SUS, já assegura a assistência à concepção e à contracepção para todos aqueles que o necessitem. Consequentemente, fornece gratuitamente diversos métodos contraceptivos, desde preservativos, anticoncepcionais injetáveis e pílula, até a possibilidade de realizar vasectomia ou laqueadura (desde que o paciente atenda aos devidos critérios).

Além disto, uma vez que a oferta desses serviços já é garantida pelo SUS, unindo ao fato de que o maior risco de mortalidade materna encontra-se entre adolescentes que engravidam antes dos 15 anos (OMS, 2018) e as altas taxas de gravidez na adolescência no Ceará¹⁵, resta agora garantir também a universalização do acesso à informação sobre a saúde sexual e reprodutiva devendo-se investir, principalmente, em garantir que o devido conhecimento sobre contraceptivos, assim como a prevenção de gravidez na adolescência, chegue a este tipo de público a fim de contribuir para a redução de gravidez indesejada e, consequentemente, a redução na mortalidade materna.

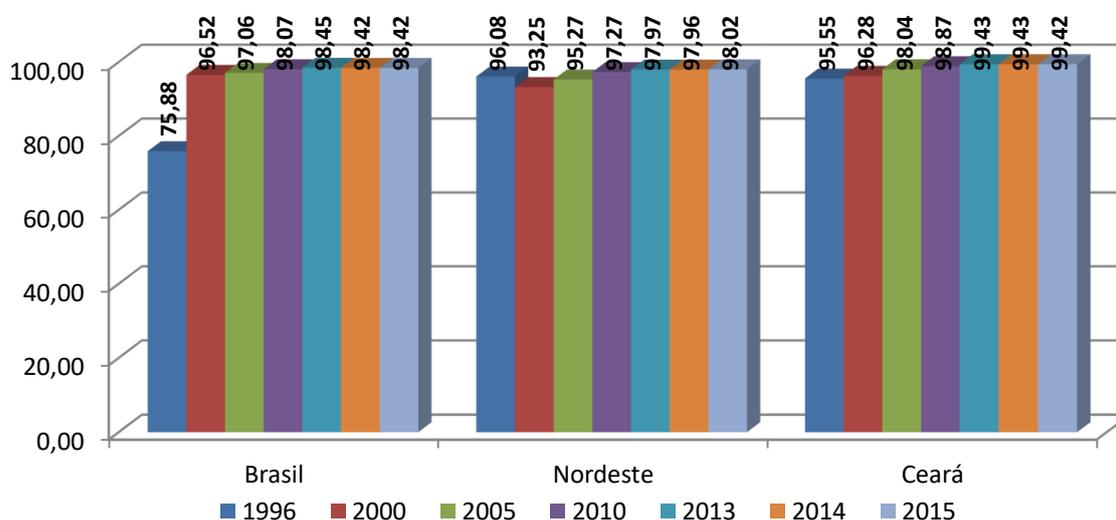
Ainda sobre o cumprimento desta Meta, resta ainda analisar a proporção de partos realizados em hospitais e assistidos por profissionais de saúde qualificados e a proporção da cobertura de pré-natal, dado que a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva também implica na assistência à concepção. Desta maneira, o Gráfico 5.3 ilustra o percentual de partos que são realizados dentro de hospitais. Apesar de ainda não haver alcançado a universalização, isto é, obter a realização de 100% dos partos em hospitais, pode-se afirmar que o Ceará está muito próximo ao cumprimento desta meta quanto a este indicador, não apresentando variações drásticas desde 1996

15 De acordo com o DATASUS, em 2015, um quinto (19,5%) dos nascidos vivos eram de mães com idade menor igual a 19 anos.



e chegando, em 2015, a uma proporção de 99,42% dos partos realizados, restando apenas, uma proporção muito pequena a ser atingida.

Gráfico 5.3: Proporção de partos hospitalares (%) - Brasil, Nordeste e Ceará – 1996, 2000, 2005, 2010, 2013, 2014 e 2015.



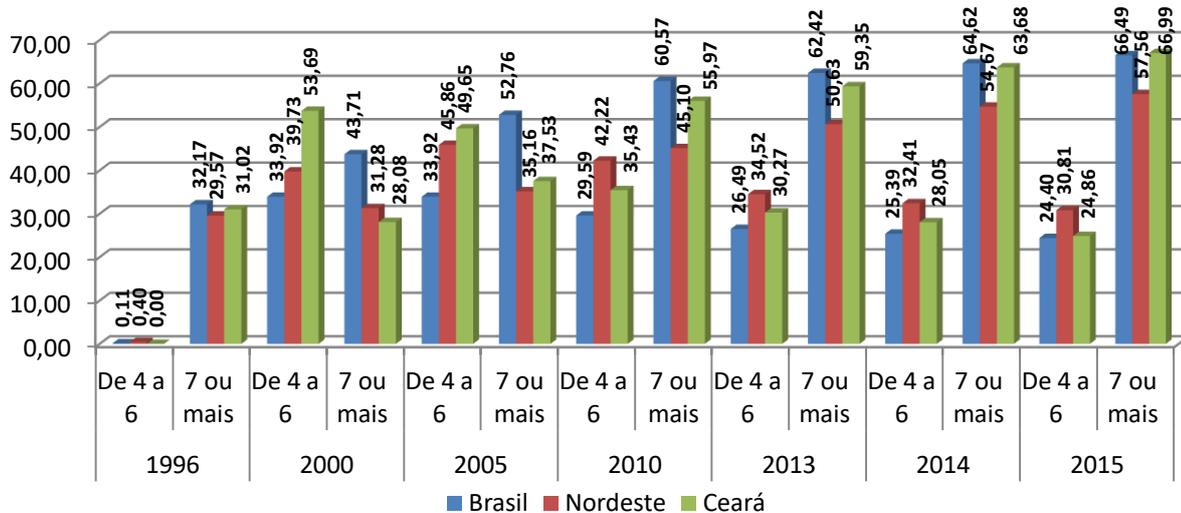
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Elaboração: IPECE.

A realização do pré-natal é de suma importância não somente para o desenvolvimento saudável do bebê, como também para a diminuição de qualquer risco para a gestante, uma vez que através das consultas é possível prevenir e/ou detectar de maneira precoce patologias fetais ou maternas. O Ministério da Saúde recomenda a toda a gestante, a partir do momento da confirmação da gravidez, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal ao longo da gestação. Por isso, o indicador da proporção de gestantes que realizaram sete consultas ou mais se torna um elemento chave para o monitoramento das gestantes que estão recebendo um bom acompanhamento de maneira a prevenir com maior eficácia a mortalidade materna, bem como o monitoramento da cobertura dos serviços de saúde reprodutiva.

Para tanto, o Gráfico 5.4 apresenta o percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram de 4 a 6 e de 7 ou mais consultas de pré-natal durante a gestação. As gestantes que realizam de 4 a 6 consultas indicam um nível bom, ainda que não o suficiente, de cuidados médicos e cobertura de saúde, enquanto aquelas que realizaram 7 consultas ou mais indicam o nível ótimo onde encontra-se bem acompanhada e com os riscos reduzidos tanto para ela, quanto para a criança. Observa-se assim uma grande evolução nos serviços de saúde quanto à assistência pré-natal, uma vez que, enquanto nenhuma gestante havia realizado de 4 a 6 consultas e menos de um terço das gestantes havia realizado 7 consultas no Ceará, no ano de 1996, para o ano de 2000 esta taxa de 4 a 6 havia aumentado para 53,69%. No entanto, ainda que entre os anos 2000 e 2015, esta mesma proporção tenha sofrido uma redução, chegando, em 2015 a um patamar de 24,86%, a proporção de 7 consultas ou mais, obteve uma variação positiva, chegando, em 2015, a 67% dos nascidos vivos. Ao ser comparado com o Brasil, observa-se o acelerado crescimento deste da proporção a nível do estado de maneira a alcançar e, em 2015, ultrapassar o nível nacional (66,49%).



Gráfico 5.4: Cobertura de pré-natal (em % de nascidos-vivos) por número de consultas realizadas - Brasil, Nordeste e Ceará.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Elaboração: IPECE.

De uma maneira geral, o Estado enfrentou grandes desafios ao abarcar medidas que buscassem o cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Melhorar a saúde materna representa uma enorme dificuldade generalizada, não só para os gestores de saúde pública no Ceará, como para o Brasil e também para o mundo todo, dado que a ONU, já em 2013, constatou que o objetivo não seria cumprido a nível mundial até 2015 (IPEA, 2013). E, quando analisada a Meta 6, da ONU, a redução de 75% dos óbitos maternos, o Ceará encontra-se muito acima desta mesma, uma vez que em 2015 a RMM estabeleceu-se em 49,05, enquanto a meta era atingir não mais que 20,44 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Enquanto o Brasil chegou apenas ao patamar de 57,59 óbitos, quando deveria haver alcançado 35,00 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Mesmo assim, o Ceará destacou-se por apresentar a maior queda na RMM quando comparado ao Brasil e ao Nordeste.

O cumprimento da Meta 6A e de todos os seus indicadores específicos, encontram-se associados, direta e indiretamente, à redução da mortalidade materna. Assim sendo, é possível afirmar que o estado obteve alguns sucessos advindos de grande esforço realizado em prol de universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva. A quase totalidade dos partos foi realizada em hospitais para o ano de 2015 e mais de 66% das gestantes realizou sete consultas ou mais no pré-natal. Isto é, vem aumentando consideravelmente o número de gestantes que recebe o acompanhamento obstétrico adequado tanto ao longo da gestação, bem como no momento do parto, favorecendo assim uma melhora na qualidade da saúde materna. No entanto, ainda restam alguns fatores, tais como o número excessivo de partos cesáreos (56,6%, em 2015) e as altas taxas de gravidez na adolescência, que representam barreiras nas quais formuladores de políticas públicas e autoridades de saúde pública devem concentrar seus esforços de maneira a superá-las e poder atingir com sucesso o Objetivo.



2. Principais ações e realizações do governo do estado para melhorar a Saúde Materna

Com o objetivo de atender a Meta 6 da ONU, ou seja, reduzir em três quartos a mortalidade materna de 1990 a 2015, a Razão de Mortalidade Materna e as outras duas do Brasil, quais sejam: promover, na rede do SUS, cobertura universal para ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015 (Meta 6A); e deter e inverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero até 2015 (Meta 6B), as ações realizadas pelo governo do estado nesse eixo envolve ações como o Programa Atenção à Saúde Integral e de qualidade e realização de cursos e oficinas.

Dentre as ações realizadas pelo estado do Ceará, se destacam a participação na Avaliação Nacional do Pacto para redução da Mortalidade Materno e Neonatal; a implantação da Rede Amamenta Brasil - Alimentação Complementar; a reforma e a aquisição de equipamentos para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), envolvendo os ambientes do centro cirúrgico, centro de parto, emergência, nutrição, laboratório, e centro de imagem, contribuindo para política de humanização do parto, nos municípios de Acaraú, Aracati, Aracoiaba, Barbalha, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Capistrano, Carnaubal, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Deputado Irapuan Pinheiro, Fortim, Guaiúba, Icó, Iguatu, Ipu, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maranguape, Mulungu, Nova Olinda, Piquet Carneiro, Quixadá, Quixeramobim, Salitre, Sobral, Tauá, Tejuçuoca, Tianguá e Umirim; a adesão de 17 hospitais-polo à Política do Parto Humanizado, localizados nos Municípios de Acaraú, Aracati, Baturité, Camocim, Cascavel, Caucaia, Fortaleza, Ipu, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Maranguape, Quixeramobim, Russas, Tauá e Tianguá;

Uma ação estratégica importante foi a educação continuada, priorizando planejamento familiar, detecção precoce de câncer de mama e colo uterino, por meio de seis Cursos do Método Canguru e do Curso *Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)*, que proporcionou um treinamento avançado em obstetrícia, com a finalidade de oferecer treinamento padronizado de condutas no atendimento das urgências e emergências obstétricas, possibilitando uma maior redução nas taxas de mortalidade materna, neonatal, incidências de cesárias e episiotomia.

Outras ações, cujo objetivo principal é impactar na redução da mortalidade infantil e materna em destaque foram: o monitoramento da qualidade dos serviços de saúde prestados à população, com prioridade aos serviços hospitalares, maternidades, UTI (maternas, neonatais e pediátricas), agências transfusionais, serviços de mamografia e hospitais-polo e hospitais de pequeno porte; a adoção do Pacto Cearense pela Redução da Mortalidade Materna e Humanização do Parto e Nascimento. Como ações programadas pode-se citar: planejamento familiar; acompanhamento pré-natal; e melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, incluindo a presença de profissionais qualificados na hora do parto.

Foram realizados, também, seminários, encontros, discussões e posse do Comitê Estadual e Municipal do Combate à Mortalidade Materna com profissionais do Estado, cuja meta é reduzir o índice de óbitos através da criação e monitoramento das ações realizadas. Para atingir a meta do combate a redução da MM, foram realizados vários seminários e cursos, tais como:

- Seminário Estadual de Implantação e Implementação dos Comitês Microrregionais de Prevenção da Mortalidade Materna, com capacitação de 303 profissionais;
- Seminário de Implantação e Posse dos Comitês Municipais de Prevenção à Mortalidade Materna na 2ª CRES-Caucaia, com capacitação de 75 profissionais de saúde;
- Seminário Microrregional de Reestruturação dos Comitês Municipais de Prevenção à Mortalidade Materna, com o objetivo de orientar os critérios para a formalização da posse



- dos comitês e ainda estabelecer fluxos de rotina, segundo o Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna, reunindo 300 participantes;
- Seminário de Assistência Integral à Saúde da Mulher, para atualização dos temas abordados no curso de especialização em enfermagem, com 400 participantes.
 - Curso AMIU (Aspiração Manual Intra Uterina), para assistir a mulher em situação de abortamento, visando elevar os padrões de qualidade e contribuindo para a redução da morbimortalidade nessa causa. Foram capacitados 20 médicos, no Hospital Geral Dr. César Cals;
 - Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, que teve por finalidade capacitar profissionais enfermeiros que atuavam na sala de parto dos hospitais-polo e maternidades de referência do estado, com ênfase na qualidade da humanização do parto e nascimento. Participaram 150 profissionais enfermeiros dos municípios do estado e profissionais das maternidades de referência da capital;

Foi realizado ainda a formação continuada de 2.034 profissionais de educação e alunos no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE, com a realização de seminários e oficinas nas escolas e nas unidades básicas de saúde, objetivando a promoção da saúde sexual; da saúde reprodutiva; da redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), à infecção pelo HIV; e à gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações.

Em 56 municípios, foram realizadas 48 oficinas de capacitação e monitoramento do Projeto Espaço Jovem nas temáticas de: Educador Social, Formação de Grupo e o Protagonismo Juvenil, Gênero e Violência, Amor e Vulnerabilidades, AIDS e outras DST, Gravidez na Adolescência, Estatuto da Criança e do Adolescente, Aborto e Diversidade Sexual, com treinamento para 500 profissionais da Saúde, Educação e Ação Social e 960 Adolescentes e Jovens capacitados para ser multiplicadores. Além disso, foi implantado a Caderneta Nacional de Saúde do Adolescente, em 30 municípios, de 14 Coordenadorias Regionais de Saúde, como instrumento de apoio aos profissionais de saúde no atendimento a essa população.

Em 2016, ocorreu a implementação do Programa Atenção à Saúde Integral e de Qualidade (057), cujo objetivo era a realização de cursos: A Enfermagem Obstétrica e sua contribuição na Assistência ao Parto e Nascimento; Desafios da Rede Cegonha para profissionais de saúde das maternidades; Zero Morte Materna por hemorragia pós-parto, para médicos e enfermeiros das maternidades de referência e SAMU; Manejo Obstétrico da Hemorragia Pós-parto e Pós-abortamento para profissionais de saúde nas 5 Macrorregiões do Estado.

A Secretaria de Saúde do Estado - SESA desenvolve em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e os municípios um conjunto de ações e projetos focados na promoção da saúde da mulher e da criança, para o combate das causas obstétricas diretas de óbitos maternos, que tem como principais causas de morte materna as Doenças Hipertensivas Específica da Gestação (DHEG): síndromes hemorrágicas, inércia uterina e aborto.

Realização da “Conferência sobre a Prevenção do Câncer de Mama” com 300 participantes, aberta ao público.



Objetivo 6: Combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças

Meta 7: Até 2015, ter detido a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual

Meta 7A: Alcançar, até 2010, o acesso universal ao tratamento para HIV/AIDS para todos aqueles que o necessitem

Meta 8: Até 2015, ter detido a incidência da Malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.

Meta 8A: Até 2015, deverá ser reduzida a incidência da malária e da tuberculose.

Meta 8B: Eliminar, até 2010, a hanseníase.



Objetivo 6: Combater o HIV/ AIDS, a Malária e outras Doenças

O sexto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio diz respeito à saúde da população, consistindo em combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças. Para tanto, foram estabelecidas 2 metas para acompanhar este objetivo. A Meta 7, diz respeito ao impedimento da propagação do vírus HIV/AIDS, à inversão da então tendência de propagação até 2015 e a meta 7A, ter alcançado a universalização do tratamento para HIV/AIDS para todos aqueles que o necessitem, até 2010. A Meta 8 e a Meta 8A objetivavam deter e inverter a tendência de incidência da Malária e de outras doenças endêmicas e epidêmicas como a Tuberculose até 2015. E, no caso específico da Hanseníase (Meta 8B), até 2010, erradicá-la totalmente do quadro de morbidades da população.

Com respeito à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) transmitida pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), trata-se de uma doença infecciosa e sexualmente transmissível que ataca o sistema imunológico do indivíduo. Nos anos 80, desencadeou uma crise epidemiológica no Brasil e no mundo, onde, até 2007, já havia causado mais de 25 milhões de mortes no mundo todo e mais de 33 milhões conviviam com a doença (OMS, 2013). Já no caso do Brasil, desde 1980 até 2007, chegaram a ser notificados 205.409 óbitos por AIDS dentre os quais mais de 10% foram notificados na região Nordeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

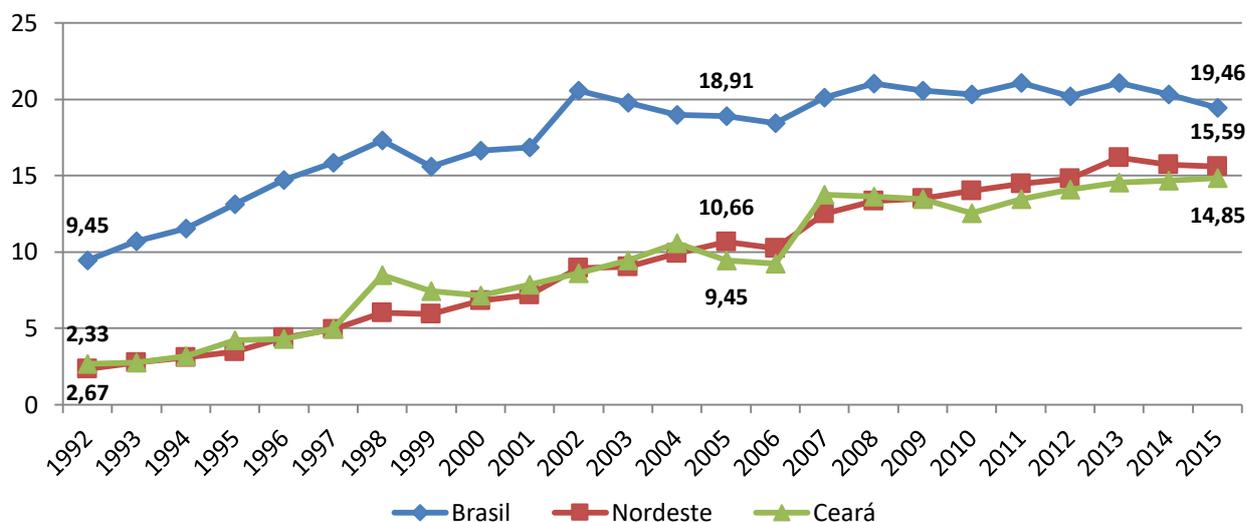
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 6

Para análise do alcance das metas relacionadas ao Objetivo 6 foram monitorados os seguintes indicadores: Taxa de incidência de casos de AIDS; Taxa de mortalidade específica por AIDS; Taxa de detecção de casos de AIDS por diagnóstico, Taxa de incidência de casos de Tuberculose; Taxa de prevalência de casos de Hanseníase; e Taxa de Detecção de casos de Hanseníase.

Tendo isto em vista, o Gráfico 6.1 ilustra a trajetória da taxa de incidência da doença compreendida no período de 1992 a 2015 de modo a contribuir com a análise do Objetivo 6. Assim, é possível observar que, no período estabelecido pela ONU para atingir as metas definidas, a tendência desta doença não se mostra decrescente, pelo contrário. A nível tanto nacional, regional, quanto estadual, a trajetória deste indicador no longo prazo mostrou-se crescente e, apenas no fim da série, aparentou uma tendência decrescente para o Brasil e, de menor intensidade, para o Nordeste.



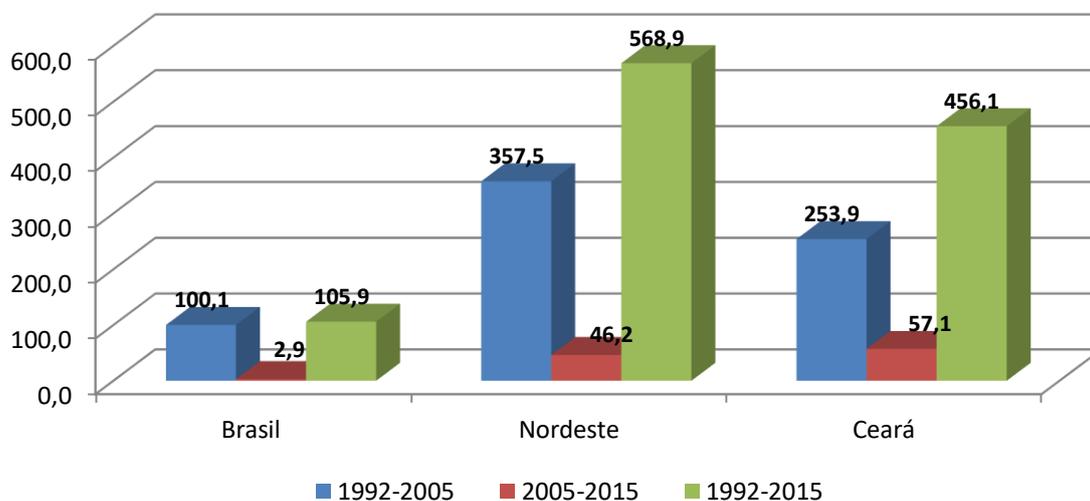
Gráfico 6.1: Taxa de incidência de casos (por 100 mil hab.) de AIDS por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará – 1992 a 2015.



Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Elaboração IPECE.

Em 1992, o Brasil disparava com uma taxa de 9,45 diagnósticos novos de AIDS por 100 mil habitantes, enquanto o Ceará e o Nordeste apresentavam taxas menores de 2,33 e 2,67 diagnósticos, respectivamente. Conforme ilustrado pelo Gráfico 6.2 a seguir, de acordo com a taxa de variação entre 1992 e 2005, isto é, médio prazo, percebe-se que todos obtiveram uma variação positiva em mais de 100%, distanciando-se assim da meta estabelecida. Já ao analisar o período de tempo mais recente (2005 - 2015), observa-se uma queda drástica na taxa de variação, mas ainda assim essa permanece positiva. Onde o Brasil alcançou a menor variação de 2,9% e o Ceará apresentou a maior variação, sendo esta de 57,1%. No entanto, mesmo havendo uma melhoria considerável das notificações fornecidas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no âmbito da epidemiologia, observa-se um crescimento expressivo da taxa de novos diagnósticos de AIDS no Brasil como um todo (de 1992 a 2015), mas principalmente no Nordeste e Ceará, alcançando um aumento de 568,9% para o Nordeste e 456,1% para o Ceará.

Gráfico 6.2: Variação da taxa de incidência de casos (por 100 mil hab.) de AIDS por ano de diagnóstico (em %) - Brasil, Nordeste e Ceará



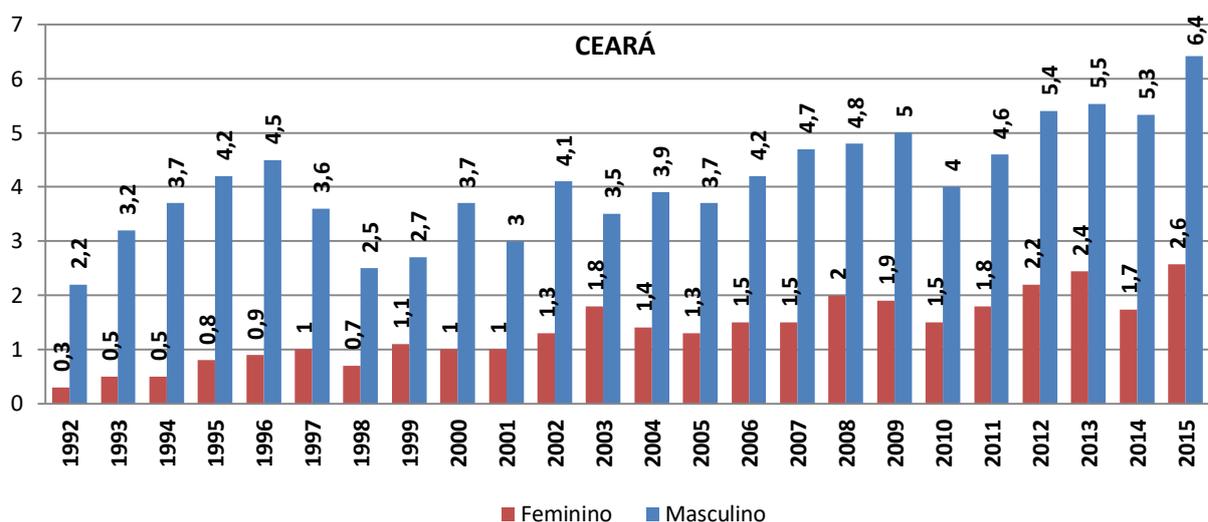
Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Elaboração: IPECE.



Os Gráficos 6.3, 6.4 e 6.5 expressam, respectivamente, as taxas de mortalidade por AIDS de acordo com o gênero para o Ceará, Nordeste e Brasil. A análise deste indicador por gênero se faz necessária, uma vez que no Brasil, bem como na América Latina, como um todo, o grupo de homens que têm práticas homossexuais configuravam historicamente um dos principais grupos de risco. Ao longo dos anos, o perfil epidemiológico da doença sofreu alterações, passando por uma heterossexualização e feminização e, assim, aumentando expressivamente a proporção de mulheres que compõem quadro de morbimortalidade da doença principalmente na região Nordeste do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; OMS, 2013; BRITO et al., 2001).

Apesar de apresentar certa oscilação, a taxa de mortalidade masculina por AIDS no Ceará, apresentou uma tendência crescente chegando a 6,4 mortes por 100 mil habitantes, sendo esta a maior proporção desde 1992. Isto é, ao longo do período estabelecido, aumentou cerca de duas vezes a taxa de 2,2 mortes por 100 mil habitantes, estabelecida em 1992.

Gráfico 6.3: Taxa de mortalidade específica (por 100 mil hab.) por AIDS de acordo com o gênero para o Ceará.



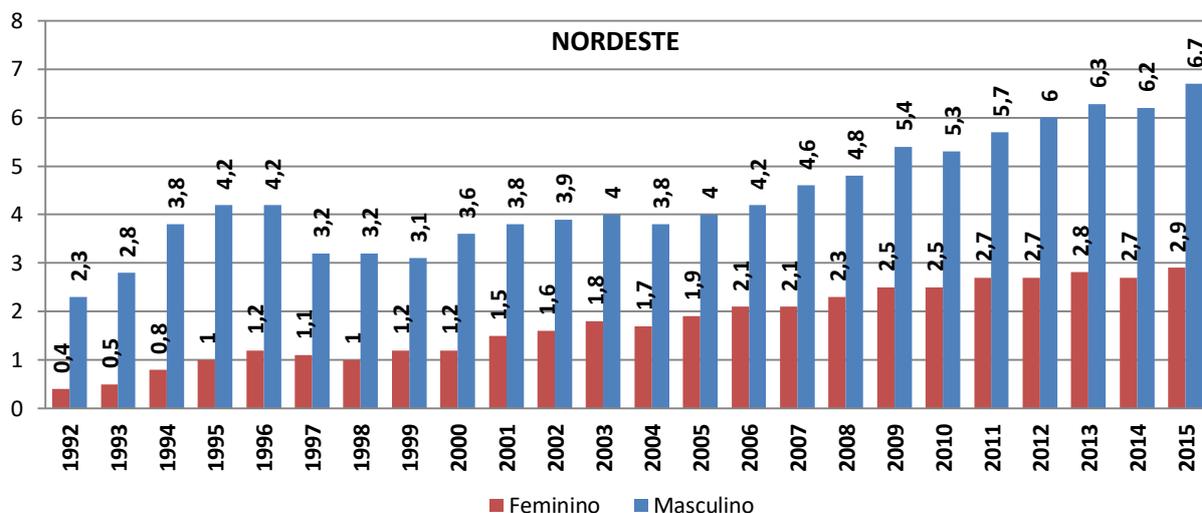
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Elaboração: IPECE.

Ao mesmo tempo, observa-se uma série ainda mais crescente entre o quadro de mortalidade feminina. Ainda que seja a menor quando comparada ao Brasil e Nordeste, esta taxa passou de 0,3 óbitos por 100 mil habitantes em 1992, para uma taxa de 2,6 por 100 mil habitantes em 2015. Sofrendo assim, um aumento de mais de 766% quando comparados os dois períodos.

No Nordeste a taxa masculina também apresenta uma tendência crescente passando de 2,3 mortes por 100 mil habitantes, em 1992, e chegando a 6,7 por 100 mil habitantes em 2015. Quanto à taxa feminina, esta apresenta uma trajetória semelhante à do Ceará, porém apresentando patamares mais elevados, culminando em 2,9 mortes por 100 mil habitantes em 2015.



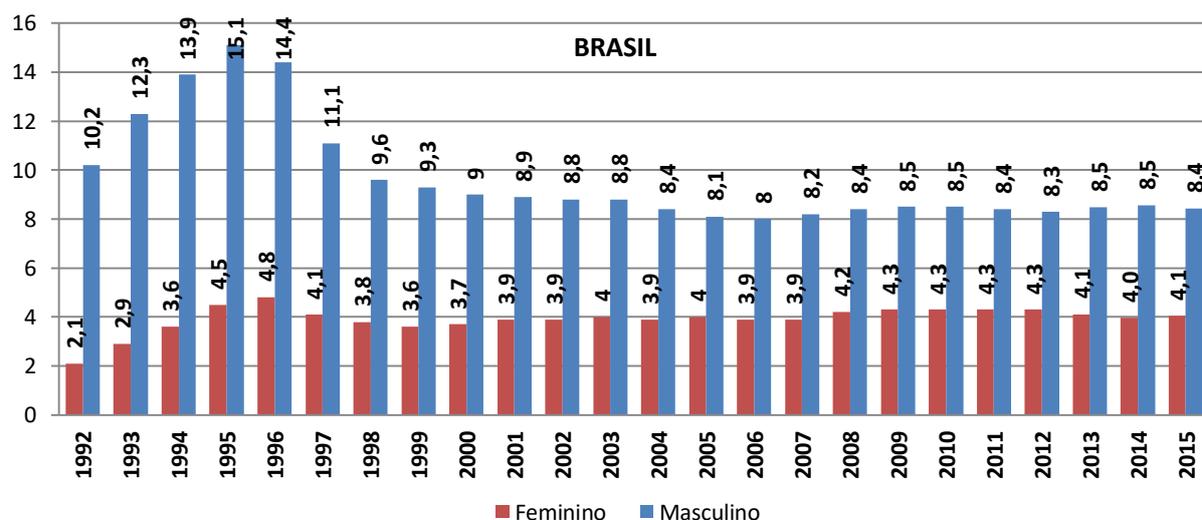
Gráfico 6.4: Taxa de mortalidade específica (por 100 mil hab.) por AIDS de acordo com o gênero para o Nordeste.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Elaboração: IPECE.

Apesar do crescimento observado no período entre 1992 e 1995, a taxa nacional apresenta um padrão mais estável, onde a taxa masculina passou de 10,2 mortes por 100 mil habitantes em 1992, para 8,4 mortes por 100 mil habitantes em 2015, reduzindo em aproximadamente 17,64%. Já a taxa feminina passou de 2,1 por 100 mil habitantes em 1992, para 4,1 mortes por 100 mil habitantes em 2015, mostrando um aumento de pouco menos que 100%. Diante disto, é possível observar que, com a taxa nacional mantendo-se relativamente estável, tanto o Ceará, quanto o Nordeste, estão se aproximando cada vez mais da taxa nacional confirmando a tendência crescente no quadro de morbimortalidades regional e estadual.

Gráfico 6.5: Taxa de mortalidade específica (por 100 mil hab.) por AIDS de acordo com o gênero para o Brasil.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Elaboração: IPECE.

Os Gráfico 6.6, a seguir,, ilustra a taxa de detecção da doença por 100 mil habitantes nas faixas etárias consideradas componentes importantes do grupo de risco.

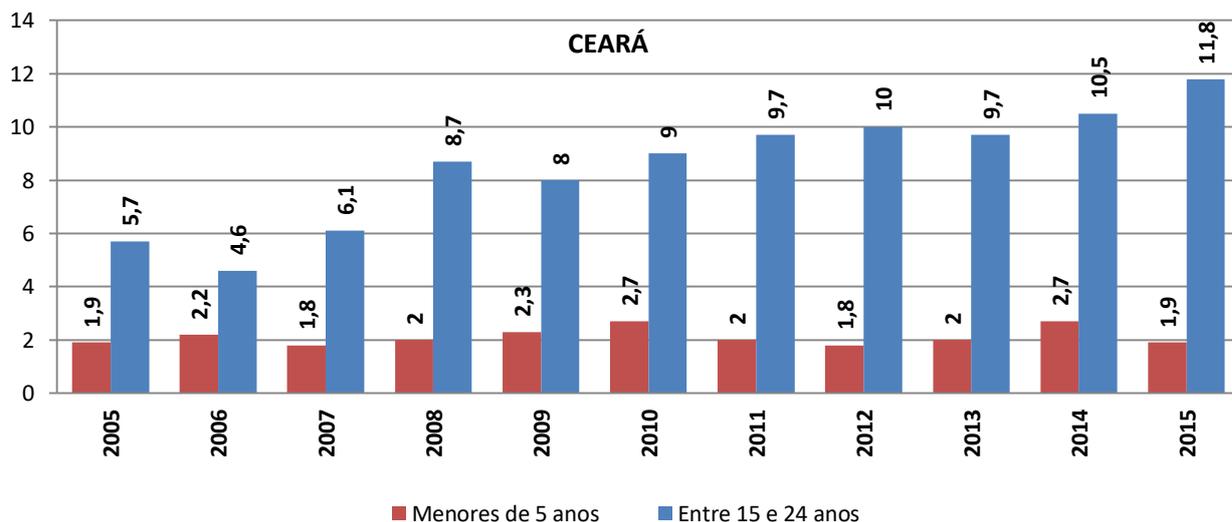


A taxa de detecção em crianças menores de 5 anos tem sido utilizada como uma proxy para o monitoramento da transmissão vertical do vírus HIV. Ou seja, é possível analisar a transmissão do vírus da mãe na gestação, no momento do parto ou durante o aleitamento materno. Torna-se assim, fundamental monitorar este indicador como meio de controlar e prevenir este tipo de transmissão. No caso do Ceará, tal taxa de detecção apresenta certa estabilidade no período analisado. Isto é, mantém-se o patamar de aproximadamente dois novos diagnósticos por 100 mil habitantes em crianças de até 5 anos.

Outro grupo de suma importância quando se trata de fatores de risco da doença, são os jovens de 15 a 24 anos de idade. Os jovens são um dos principais grupos de focalização para intervir com ações preventivas, uma vez que estes, mais especificamente na adolescência, iniciam sua vida sexual e, devido à imaturidade emocional, característica desta fase, acabam por estar muito expostos à transmissão da doença ao terem uma vida sexual ativa sem as devidas precauções. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, em 2015, apenas 59,7% dos estudantes cearenses do 9º ano do Ensino Fundamental, sexualmente ativos, afirmaram haver utilizado preservativo em sua primeira relação sexual. Confirmando assim, uma exposição de mais de 40% destes a contrair alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST), como a AIDS, logo no início de suas vidas sexuais.

O Ceará apresenta a série preocupante da Taxa de detecção de AIDS em jovens, uma vez que esta apresentou um crescimento expressivo de mais de 107% ao longo de 10 anos. Enquanto, em 2005, esta era de apenas 5,7 por 100 mil habitantes, em 2015 chegou ao patamar quase 11,8 novos diagnósticos por 100 mil habitantes, nesta faixa etária.

Gráfico 6.6: Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de casos de AIDS por ano de diagnóstico de acordo com a faixa etária específica para o Ceará.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Elaboração: IPECE

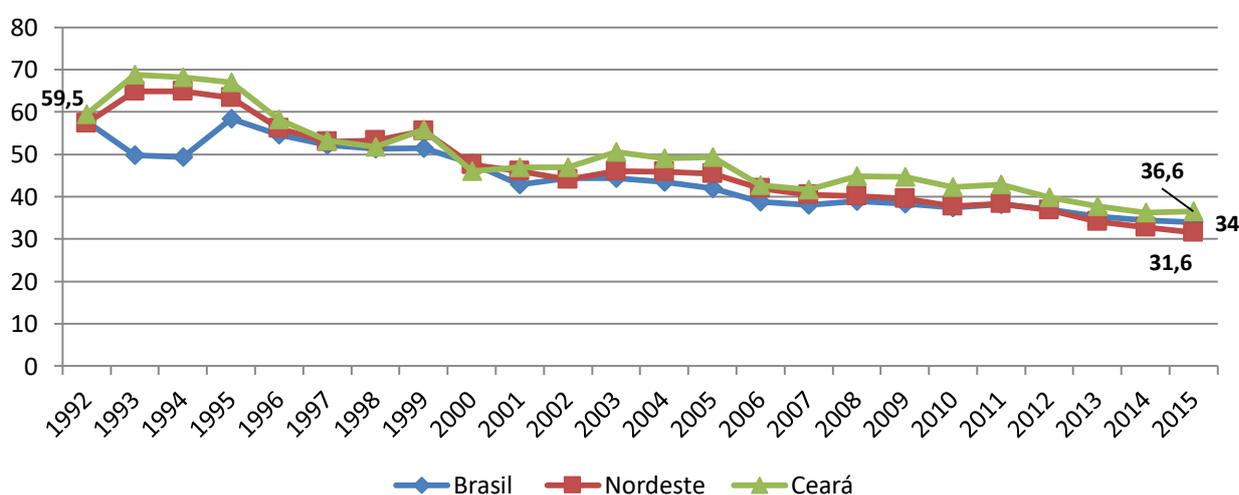
A Meta 8 diz respeito às tendências e incidências de doenças epidêmicas como a Tuberculose, Malária e Hanseníase. A seguir, analisam-se os indicadores relacionados a essas metas, exclusive a Malária, dado que esta doença não apresenta um quadro de morbimortalidade significativo no Ceará.



A Tuberculose é conhecida por ser uma das doenças infecciosas mais mortais do mundo. Por ser transmitida pelo ar, um espirro, tosse ou até mesmo a fala de uma pessoa contaminada pode contaminar todas as demais que estiverem ao seu redor. Negligenciada por diversas vezes ao longo dos anos pela saúde pública, para o ano de 2000, a Tuberculose havia sido a causa de morte de quase 6.000 pessoas (OMS,2018; DATASUS, 2012).

Além disso, o aumento da taxa de incidência de Tuberculose mundial, principalmente na década de 90, está intimamente relacionada com a epidemia de AIDS, uma vez que o indivíduo com AIDS não apenas encontra-se mais suscetível a contrair a doença, como também a progredir muito mais rápido nos estágios desta mesma quando este já se encontra com a bactéria. Deste modo, a Tuberculose é a principal causa de morte entre os indivíduos HIV-positivos adultos (OMS,2018; CORBETT et al., 2003).

Gráfico 6.7: Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará.

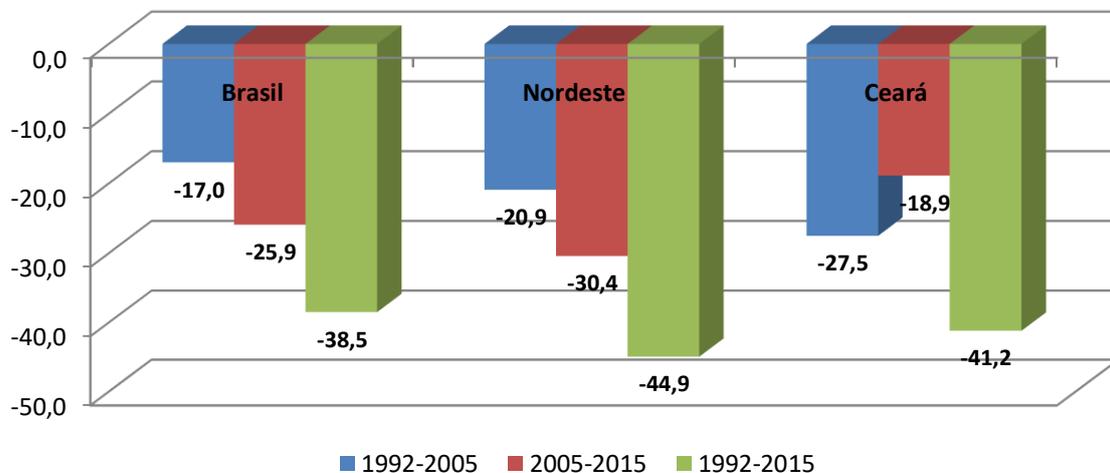


Fonte: MS/SVS/SINAN. Elaboração IPECE.

Assim, ao analisar a taxa de incidência de casos de tuberculose, como ilustrado pelo Gráfico 6.7, observa-se uma queda no número de novos diagnósticos ao longo do período. Como indicado pelo Gráfico 6.8, este indicador para o Ceará caiu 41,2% ao comparar o ano de 1992 com o ano de 2015. Enquanto em 1992 foram diagnosticados 59,5 novos casos por 100 mil habitantes, em 2015 este número reduziu-se para 36,6 casos por 100 mil habitantes. Apesar destas taxas (Ceará, Brasil e Nordeste) seguirem a mesma trajetória decrescente, a taxa para o Ceará, apresenta uma tendência a manter-se mais elevada, principalmente ao analisar um período mais recente.



Gráfico 6.8: Variação da taxa de incidência (por 100 mil hab.) de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará.



Fonte: MS/SVS/SINAN. Elaboração IPECE.

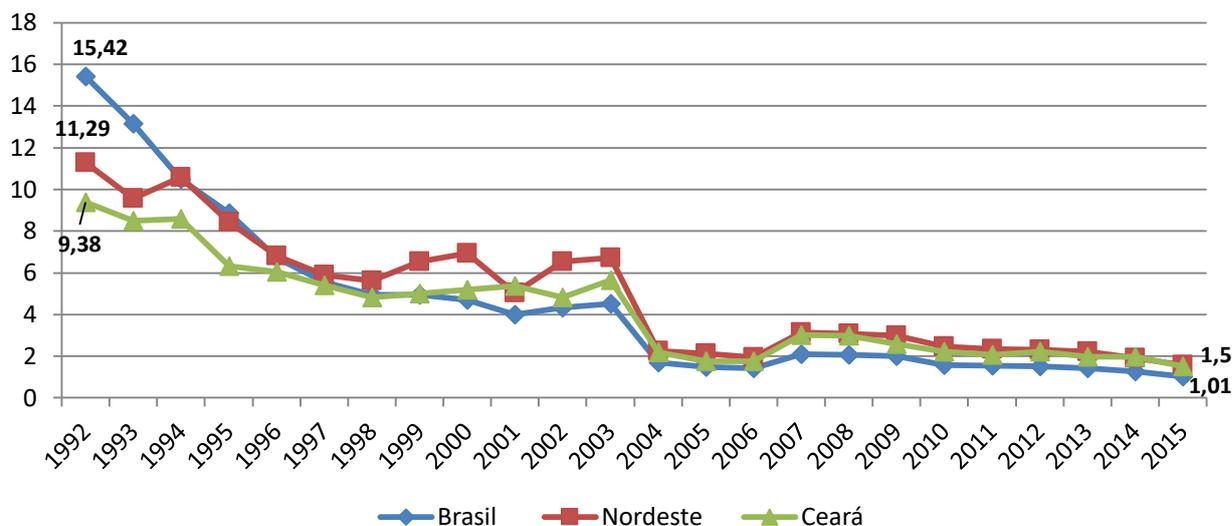
A Hanseníase é considerada como uma doença de fácil diagnóstico, tratamento e cura, se descoberta nos primeiros estágios. Caso contrário, se diagnosticada e tratada tardiamente, pode trazer severas consequências para o enfermo, bem como para seus familiares, dado que esta doença causa graves lesões nos olhos, mãos e pés, o que o incapacitam fisicamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Isto posto, a Hanseníase deveria ter sido erradicada até 2010, segundo a Meta componente deste objetivo em questão. E, por erradicada, entende-se que a taxa de prevalência desta doença deve ser menor do que 1 caso por 10.000 habitantes.

Apesar de apresentar uma trajetória de queda bem acentuada desde 1992, onde o Ceará apresentava a menor taxa de prevalência (9,38 casos notificados por 10.000 habitantes), tanto o Brasil, quanto o Nordeste e o Ceará, não obtiveram sucesso em erradicar a doença até 2010. Permanecendo assim, em um patamar de 1,56, 2,46 e 2,23 casos por 10.000 habitantes, respectivamente para o ano de 2010 (Gráfico 6.9).



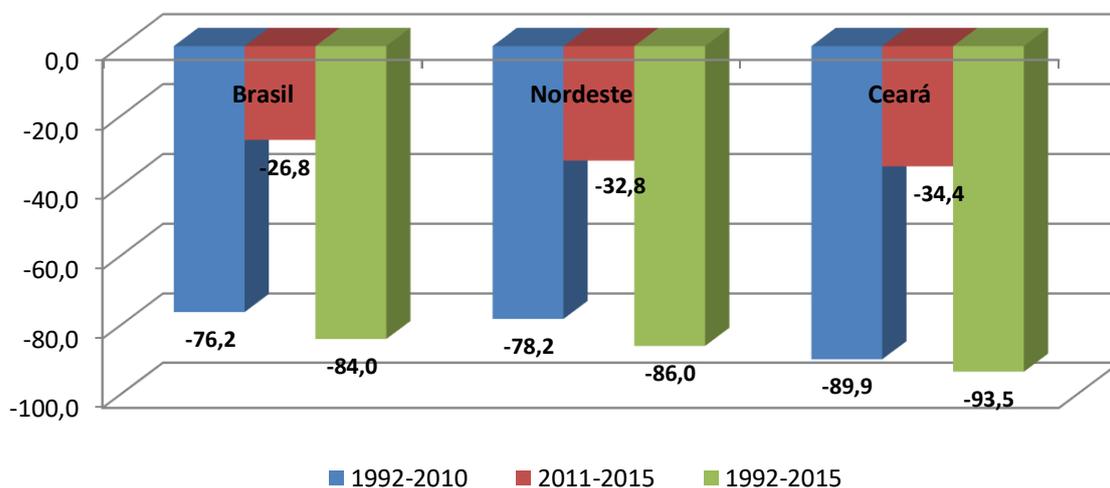
Gráfico 6.9: Taxa de Prevalência (por 10.000 hab.) de casos de Hanseníase - Brasil, Nordeste e Ceará.



Fonte: MS/SVS/SINAN. Elaboração IPECE.

Quanto à taxa de variação para este período, de acordo com o Gráfico 6.10, observa-se uma drástica queda na taxa de prevalência ainda que não suficiente para atingir a meta. O Ceará obteve a maior redução, variando em -89,9%, enquanto o Nordeste e o Brasil obtiveram as variações de -78,2% e -76,2%, respectivamente.

Gráfico 6.10: Variação da taxa de prevalência (por 10.000 hab.) de casos de Hanseníase - Brasil, Nordeste e Ceará.



Fonte: MS/SVS/SINAN. Elaboração IPECE.

Com tal panorama da morbidade da doença, o país, bem como os Estados assumiram em 2011 um compromisso junto à OMS de fazer um novo esforço de erradicação da doença. Assim, estabeleceu-se a Estratégia Global para Redução Adicional da carga de Morbidade da Hanseníase no período de 2011 a 2015, onde a meta seguia a mesma: atingir o patamar de menos de um caso por 10.000 habitantes.

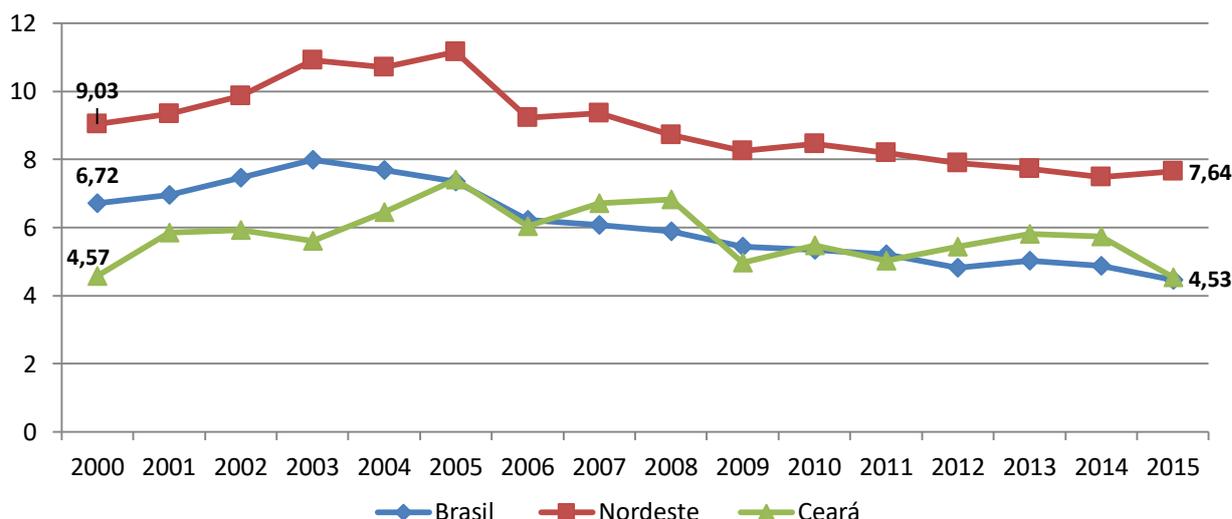


No período estabelecido da Estratégia Global, observa-se que o indicador selecionado não apresentou grandes variações. Não obstante, o Ceará e o Nordeste chegaram muito próximos da meta reestabelecida pelas autoridades de saúde pública e o Brasil foi bem sucedido quanto a este indicador. Onde o Ceará terminou com a taxa de 1,5 casos por 10.000 habitantes, o nordeste com 1,58 por 10.000 habitantes e o Brasil com 1,01 casos por 10.000 habitantes de Hanseníase.

Outro indicador importante de ser analisado é a taxa de detecção de novos diagnósticos pediátricos, mais especificamente, na faixa etária abaixo de 15 anos. Tal análise se faz necessária uma vez que este grupo específico representa a exposição precoce ao agente etiológico da doença e, dado que a hanseníase é encontrada raramente em crianças, quando ocorre com maior frequência nesta faixa etária, indica uma maior endemicidade na região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Dessa maneira, observa-se que o Nordeste possui as maiores taxas de detecção em crianças quando comparado ao Brasil e ao Ceará. Ao apresentar uma taxa de 4,57 novos diagnósticos em 1992, o Ceará não apresentou grandes evoluções quanto à prevenção nesta faixa etária, e, desta maneira, chegou, em 2015, a atingir uma taxa próxima da observada no início da série (4,53 por 10.000 habitantes).

Gráfico 6.11: Taxa de Detecção (por 10.000 hab.) de casos de Hanseníase em menores de 15 anos por ano de diagnóstico - Brasil, Nordeste e Ceará.



Fonte: Sinan/SVS - MS. Elaboração: IPECE.

A análise tanto da taxa de incidência de AIDS sobre a população, como em outros indicadores epidemiológicos em populações-alvo específicas, deixa clara a dificuldade por parte da gestão de saúde pública do estado em controlar e inverter a tendência de propagação da doença. Não somente pelo fato de a taxa de incidência crescer a uma taxa positiva de mais de 400% no longo prazo, aproximando-se cada vez mais da média nacional, como também por ser positiva no período de tempo mais recente (2005- 2015), culminando em um patamar de 14,85 por 100 mil habitantes em 2015.

De maneira mais específica, configurando o fenômeno de mudança da disseminação de infecção pelo HIV, observa-se a elevação significativa da taxa de mortalidade em mulheres em mais de 700% no Ceará (sendo esta muito mais elevada do que o aumento da taxa nacional). Com este agravamento do quadro da doença para a população feminina, deve-se redobrar as atenções e cuidados para que este aumento não se reflita no mecanismo de transmissão vertical do vírus.



Apesar de esta transmissão aparentar estar sob controle, dado que a taxa de detecção em crianças menores de 5 anos apresentou-se estável (em um patamar de 1,9 por 100 mil habitantes, em 2015), esta mesma deve ser reduzida, uma vez que o Estado, através no ministério da saúde, já dispõe de diversas ferramentas mais do que suficientes para conseguir evitar a quase totalidade dos casos de transmissão materno-infantil.

Isto é, aumentar a cobertura e eficiência da assistência perinatal, auxiliando as gestantes a realizarem corretamente o pré-natal com o teste rápido do HIV, bem como o devido tratamento durante a gestação e o parto, deve tornar-se uma das diretrizes prioritárias na área de políticas para a saúde pública do Ceará, de maneira a evitar que mais crianças tenham sua qualidade de vida reduzida em função da convivência com o vírus.

Historicamente, desde 1991 o Ministério da Saúde oferece o tratamento antirretroviral (TARV) pelo sistema público de saúde. No entanto, somente em 1996 tornou-se lei a garantia de acesso universal e gratuito ao tratamento da doença para todos aqueles que o necessitem. Além de reduzir as taxas de mortalidade da doença e aumentar a expectativa de vida da População Vivendo com AIDS (PVA), a garantia da universalização do tratamento para toda a PVA, mostra-se como uma importante estratégia de prevenção contra o HIV/AIDS, uma vez que o tratamento consegue suprimir o vírus no enfermo evitando, desta maneira, a transmissão do vírus para outra pessoa. Não obstante, a garantia da eficácia do acesso universal depende dos níveis de adesão do tratamento por parte da PVA. Cabe salientar que para garantir o sucesso desta estratégia, faz-se necessário a intervenção também nestes fatores que podem tornar-se algum tipo de barreira à adesão do tratamento, como o medo da descoberta do diagnóstico, uso abusivo de substâncias psicoativas ou a falta de conscientização sobre a importância do TARV (MILLS et al., 2006).

Por último, segundo o IBGE (2015), 86,3% dos estudantes na faixa dos 15 anos no Ceará recebera alguma vez orientação sobre AIDS ou alguma outra DST nas escolas e apenas 62,2% havia recebido orientação sobre a distribuição gratuita de preservativos em postos de saúde. Apesar de representar uma proporção relativamente alta de estudantes com algum tipo de educação sexual, ainda restam aqueles que não receberam tais orientações e que podem encontrar-se em situação de maior vulnerabilidade ao vírus, favorecendo assim o aumento preocupante de novos diagnósticos de AIDS a cada ano entre os jovens (mais de 107% de 2005 a 2015). Tendo isto em vista, chama-se a atenção para a urgência de atuar de forma mais incisiva neste grupo específico, através de campanhas nas escolas de prevenção e conscientização a respeito dos fatores de risco relacionados à AIDS e outras DST (tais como a prática de relações sexuais desprotegidas, e o início precoce de suas vidas sexuais). Além disto, deve-se abranger com eficácia todos os estudantes cearenses para garantir resultados cada vez mais positivos na prevenção do HIV/AIDS.

Quanto ao quadro da Tuberculose, mesmo com o Brasil destacando-se mundialmente devido ao SUS e pelo grande investimento em pesquisas através da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB), o Brasil ainda se encontra entre os países com maior número de casos de acordo com o *ranking* estabelecido pela OMS (2015). Especificamente, o Ceará conseguiu com sucesso obter uma queda significativa de 41,2% em sua taxa de incidência de tuberculose chegando a um patamar de 36,6 novos diagnósticos por 100 mil habitantes em 2015. No entanto, este patamar ainda é considerado elevado tendo em vista a estratégia de erradicação da Tuberculose da OMS até 2035 que objetiva chegar a uma taxa de menos de 10 casos por 100 mil habitantes. Deste modo, devem-se focar os esforços em estratégias que favoreçam um impacto maior na redução dos casos,



tais como: a prevenção da doença, a detecção de casos nos primeiros estágios, disponibilizar o tratamento para todos que o necessitem, e, principalmente, dar atenção especial para que portadores de HIV, dado que estes se encontram em maior situação de vulnerabilidade em relação à Tuberculose.

Finalmente, a Hanseníase também mostra um cenário mais tranquilizante para o estado, porém este não deve ser negligenciado. Ao não ser possível atingir a meta de erradicação da doença até 2010, o Brasil uniu-se à Estratégia Global para a Redução Adicional da Carga de Morbidade da Hanseníase até 2015. Não obstante, mais uma vez, o Ceará e o Nordeste não obtiveram sucesso com a nova meta estabelecida em 2015. Mesmo assim, vale ressaltar que o Ceará obteve uma redução de mais de 93% desde 1992 até 2015 chegando bem próximo de atingir a meta com 1,5 novos diagnósticos por 10.000 habitantes em 2015.

Com o Nordeste sendo uma das três regiões brasileiras que apresenta a maior carga da doença (junto do Centro-Oeste e o Norte), ainda restam alguns esforços a serem feitos para que em um futuro muito próximo a Hanseníase possa ser considerada como uma doença erradicada no Ceará. Um dos principais focos são as campanhas realizadas em escolas públicas de maneira a levar informações sobre a Hanseníase a crianças e adolescentes haja vista que este grupo representa uma maior situação de vulnerabilidade e a exposição precoce à doença que dificulta a redução da prevalência dela.

2. Principais ações e realizações do governo do estado para combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças

As ações realizadas no período de 2008 a 2015 pelo governo do Ceará com impactos sobre o objetivo 6 do ODM, combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças, estão descritas abaixo. Considerando apenas a meta 7 e 7A, o governo do Ceará realizou a construção do Laboratório Central (LACEN) de Tauá que atenderá os quatro municípios da microrregião de Tauá e os onze municípios da microrregião de Crateús. Realizará exames de HIV, hanseníase, tuberculose, dengue, rubéola, toxoplasmose, Citomegalovirus, hepatites virais, e análise da água para consumo humano. Além disso, houve a realização de cursos, executados pela Escola de Saúde Pública - ESP/CE, em cumprimento de suas respectivas metas: Especialistas em Vigilância Sanitária (36); Capacitações sobre DST/HIV/AIDS (1.829); a realização de 2 testes de HIV preconizados no pré-natal, em todas as gestantes do Estado; e realização de cursos aperfeiçoamento, nos seguintes ramos de atividades: curso de Vigilância Epidemiológica e Acompanhamento dos casos de Dengue Clássica e Hemorrágica, para 120 participantes; curso de Prevenção e Assistência DST/HIV/AIDS, para 400 participantes; curso em Vigilância Ambiental, para 120 participantes; e curso de Imunização em Boas Práticas de Vacinas, para 160 participantes.

Foram realizadas a formação continuada de 2.034 profissionais da educação e alunos no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE, em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação e com a Secretaria da Saúde do Estado, com a realização de seminários e oficinas nas escolas e nas unidades básicas de saúde, objetivando a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, a redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis (DST), à infecção pelo HIV, e à gravidez não planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações e a Adequação de sala para a automação do setor de HIV e implantação do diagnóstico de Tuberculose, Hanseníase, Leishmaniose Tegumentar e Canina.



Além da realização de 10 Oficinas de Aconselhamento do Teste HIV/AIDS para 150 Adolescentes e 230 Profissionais de Saúde das CRES de Canindé, Caucaia, Fortaleza e Quixadá e houve a aquisição do Implanon, contraceptivo subdérmico, que permite que, durante 3 anos, seja liberado diretamente na corrente sanguínea as doses necessárias de hormônios para inibir a ovulação, evitando assim a gravidez indesejada, principalmente em adolescentes e portadores de HIV. O Estado do Ceará é o único do Nordeste a adquirir esse método contraceptivo pelo SUS.

Foi implantado a Rede de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV, em ONG's, hospitais, escolas, UBS e outros, bem como a realização de capacitações das redes de Hanseníase, Tuberculose; Meningite; Dengue; Leishmaniose; Malária; Chagas; Hepatites virais e HIV.

Também foi realizado um seminário e 11 palestras, além de dois planos de formação para 280 pessoas (Plano de Enfrentamento à Epidemias de HIV e AIDS e Plano de Feminização entre Mulheres Lésbicas e Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres). Foram executados eventos de sensibilização, culturais, capacitações, encontros estaduais, regionais e municipais e audiências públicas e ações de prevenção de DST/HIV/AIDS e paradas pela diversidade sexual. Também foi destaque as seguintes Oficinas para: avaliação da atenção prestada pela saúde aos beneficiários do Programa Bolsa Família; orientação técnica e abordagem aos jovens e aconselhamento sobre teste de HIV (2); e para profissionais do Estratégia de Saúde da Família e coordenadores municipais de Atenção Básica.

Outra ação de importância para este Objetivo 6 foi a ampliação de testagem do HIV em gestantes com a implantação do Projeto Estadual de Redução da Transmissão Vertical do HIV, aumentando de 14.236 exames em 2009 para 88.030 exames realizados em 2010 e 2011 e 49.349 em 2012. Além disso, consta a implantação do Teste Rápido (HIV e Sífilis) na Atenção Básica e ampliação do número de executores dos Testes Rápidos em 41 maternidades do estado e a realização de 16 campanhas educativas de prevenção às DST/HIV e enfrentamento à homofobia e 22 ações de Prevenção as DST/HIV/AIDS com atendimento a 6.890 pessoas.

Também foram executadas ações que envolvem a realização de 9.678 testes rápidos para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, através das “Mobilizações Fique Sabendo”, na capital e interior do Estado e o atendimento a 18.950 pessoas com ações de Prevenção as DST/HIV/AIDS, mediante a realização de 32 eventos; 25 ações de Prevenção à DST/HIV/AIDS, com atendimento de 15.000 pessoas, implantação de dois Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/AIDS (Fortaleza e Crato) e implantação do Monitoramento Clínico de pacientes de HIV/AIDS em Grupo de Amor e Prevenção pela Vida (GAP) acompanhados em 16 serviços de referência em AIDS. Consta ainda a ampliação do acesso ao Teste Rápido de HIV e Sífilis, atendendo 40% dos municípios do Ceará e disponibilização do acesso aos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais para pessoas em situação de grande vulnerabilidade e risco através das “Mobilizações Fique Sabendo” em praças públicas de Fortaleza.

Uma importante ação foi a cobertura de 96% de multiplicadores capacitados no curso de teste rápido para HIV e Sífilis, em manejo e vigilância epidemiológica das DST e campanhas Fique Sabendo para detecção precoce. Além disso, houve a realização da III Conferência Estadual de Políticas Públicas e Direitos Humanos para LGBT do Ceará; “Blitz de Cidadania” com entrega de materiais sobre DSTs e AIDS e a realização do evento “Blitz de Cidadania” em Sobral (500 pessoas), com entrega de materiais sobre a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para LGBT, sobre prevenção a DSTs e a AIDS.



Objetivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental

Meta 9: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais

Meta 10: Reduzir pela metade, até 2015, a proporção de população sem acesso permanente e sustentável a água potável e esgotamento sanitário

Meta 11: Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de assentamentos precários.



Objetivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental

O sétimo ODM é o mais amplo de todos eles e tem como principal objetivo, incorporar metas que visem o desenvolvimento sustentável das regiões, entre elas: à qualidade ambiental dos meios físicos, bióticos e de moradia da população.

As metas estão relacionadas com a integração dos princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e com a reversão da perda de recursos ambientais (Meta 9); com a redução pela metade, até 2015, da proporção de pessoas sem acesso permanente e sustentável à água potável e esgotamento sanitário (Meta 10); e com o alcance, até o ano de 2020, de uma melhora significativa na vida de pelo menos 100 milhões de habitantes em situação precária (Meta 11).

1. Indicadores relacionados ao Objetivo 7

Devido à dificuldade que se tem de encontrar indicadores que reflitam diretamente nas metas traçadas para este objetivo, principalmente a nível regional, como por exemplo da Meta 9, que incluiria indicadores relacionados a cobertura florestal, emissões de dióxido de carbono, destruição da camada de ozônio, conservação da biodiversidade etc., foram selecionados indicadores que possibilitassem a mensuração do esforço na preservação ambiental, principalmente em relação à criação de políticas voltadas para a reversão e perda de recursos ambientais (IPECE, 2010).

Para o acompanhamento desse objetivo foram selecionados indicadores que possibilitassem a mensuração do esforço na preservação ambiental, principalmente em relação a criação de políticas voltadas para a reversão e perda de recursos ambientais (IPECE, 2010), quais sejam:

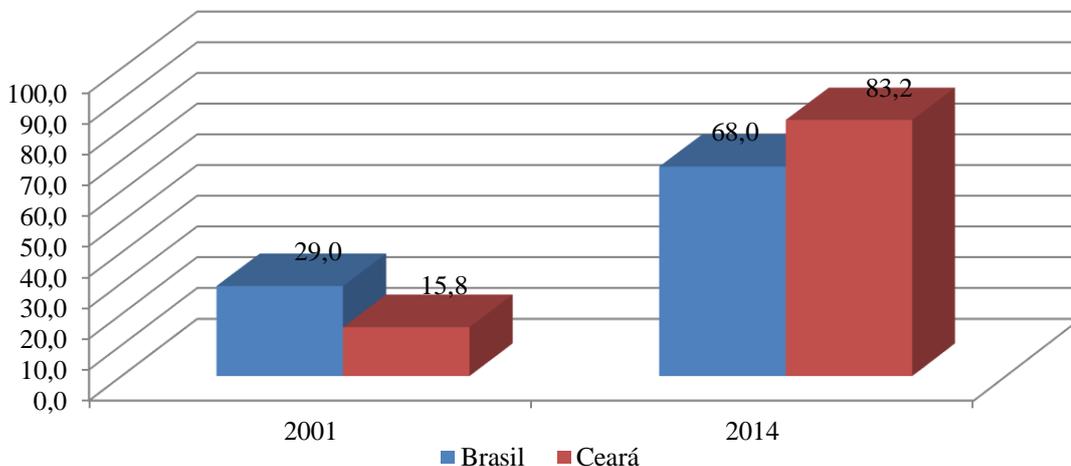
- a. Percentual de municípios que contam com o apoio de Conselho Municipal de Meio Ambiente.
 - i. No caso do Ceará, em 2001, apenas 15,8% dos municípios possuíam conselhos, passando para 83,8%, em 2014, bem superior ao crescimento do Brasil que saiu de 29% para 68%, entre 2001 e 2014.
- b. Percentual de municípios que dispõem de Fundos Municipais de Meio Ambiente (FMMA).
 - i. Em termos nacionais, a proporção de municípios com este tipo de fundo mais que dobrou, passando de 17,8%, em 2001, para 42,9%, em 2015. No Ceará, o crescimento foi ainda mais significativo, enquanto em 2001 apenas 3,3% dos municípios possuíam FMMA, em 2015, 37% dos municípios dispunham de FMMA.
- c. Municípios, total e com estrutura na área de meio ambiente, por caracterização do órgão gestor
- d. Municípios, total e com iniciativa na área de consumo sustentável, por tipo de iniciativa
- e. População indígena por etnia
- f. Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes Totais e Urbano e Rural com abastecimento de água via rede geral com canalização interna
- g. Percentual da população residentes na zona Urbana e Rural, com esgotamento sanitário ligado à rede coletora ou fossa séptica
- h. Percentual de moradores com coleta direta do lixo domiciliar
- i. População Urbana sob moradia adequada

Uma forma de mensurar a Meta 9 é a análise do percentual de municípios que contam com o apoio de Conselho Municipal de Meio Ambiente. No Gráfico 7.1, verifica-se um crescimento da proporção de municípios que possuem Conselhos Municipais de Meio Ambiente, tanto a nível nacional, como no Ceará. No caso do Ceará, em 2001, apenas 15,8% dos municípios possuíam



conselhos, passando para 83,8%, em 2014, bem superior ao crescimento do Brasil que saiu de 29% para 68%, entre 2001 e 2014.

Gráfico 7.1: Percentual de municípios com Conselhos Municipais de Meio Ambiente - Brasil e Ceará - 2001 e 2014 (em %).

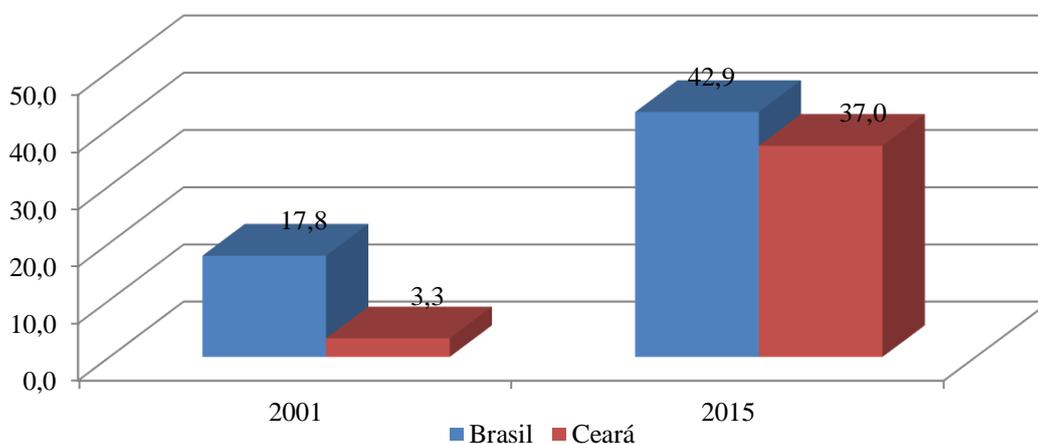


Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2001 e 2014. Elaboração IPECE

Outra forma de mensurar o empenho do Estado na preservação do meio ambiente é pelo percentual de municípios que dispõem de Fundos Municipais de Meio Ambiente (FMMA). O FMMA é responsável pela captação e pelo gerenciamento dos recursos financeiros alocados em ações voltadas para a gestão de recursos naturais, melhoria e recuperação da qualidade ambiental dos municípios (ÁVILA; MALHEIROS, 2012).

O Gráfico 7.2 mostra um significativo aumento do percentual de municípios que dispunham de recursos específicos para o meio ambiente entre 2001 e 2014. Em termos nacionais, a proporção de municípios com este tipo de fundo mais que dobrou, passando de 17,8%, em 2001, para 42,9%, em 2015. No Ceará, o crescimento foi ainda mais significativo, enquanto em 2001 apenas 3,3% dos municípios possuíam FMMA, em 2015, 37% dos municípios dispunham de FMMA.

Gráfico 7.2: Percentual de municípios com Fundo Municipal de Meio Ambiente - Brasil e Ceará - 2001 e 2014 (em %).



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2001 e 2014. Elaboração IPECE



A Tabela 7.1 mostra o percentual de municípios que possuía secretarias municipais dedicadas exclusivamente para atender à temática do meio ambiente, em parceria com outros setores no Brasil, Nordeste e Ceará em 2013. Verifica-se que no Ceará, 27,2% dos municípios possuía Secretaria Municipal do Meio Ambiente. Considerando se o município possuía alguma estrutura na área de meio ambiente (total), 93,5% dos municípios, em 2013. Enquanto no Brasil este percentual era de 90,0%.

Tabela 7.1: Municípios, total e com estrutura na área de meio ambiente, por caracterização do órgão gestor - 2013

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total		Secretaria municipal exclusiva		Secretaria municipal em conjunto com outras políticas		Setor subordinado a outra secretaria		Setor subordinado diretamente a chefia do executivo		Órgão da administração indireta		Não possui estrutura específica	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Brasil	5.015	90,0	1.511	27,1	2.563	46,0	654	11,7	223	4,0	64	1,1	553	9,9
Nordeste	1.528	85,2	404	22,5	863	48,1	231	12,9	22	1,2	8	0,4	265	14,8
Ceará	172	93,5	50	27,2	103	56,0	14	7,6	1	0,5	4	2,2	12	6,5

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2013. Elaboração IPECE

Um consumo consciente, equilibrado e sustentável são iniciativas importantes para minimizar os impactos negativos sobre o meio ambiente. Sendo que um consumo sustentável envolve escolher produtos que minimizem o uso de recursos naturais em sua produção, que garantem o emprego decente aos envolvidos no processo produtivo, e que sejam facilmente reaproveitados ou reciclados. E comprar aquilo que é realmente necessário, estendendo a vida útil dos produtos tanto quanto possível (IBGE, 2014).

Por isso, apresenta-se, na Tabela 7.2, as iniciativas implementadas pelos governos municipais para um consumo sustentável. Observa-se que mais de 58% dos municípios cearenses apresentava alguma iniciativa para um consumo sustentável em 2013, enquanto no Brasil e no Nordeste estava em torno de 41,0% e 35,5% respectivamente.

As principais medidas tomadas para o consumo sustentável no Ceará estão relacionadas à redução do uso de sacolas plásticas (25,0%) e a redução do consumo de água e energia (40,2%).

Tabela 7.2: Municípios, total e com iniciativa na área de consumo sustentável, por tipo de iniciativa - 2013

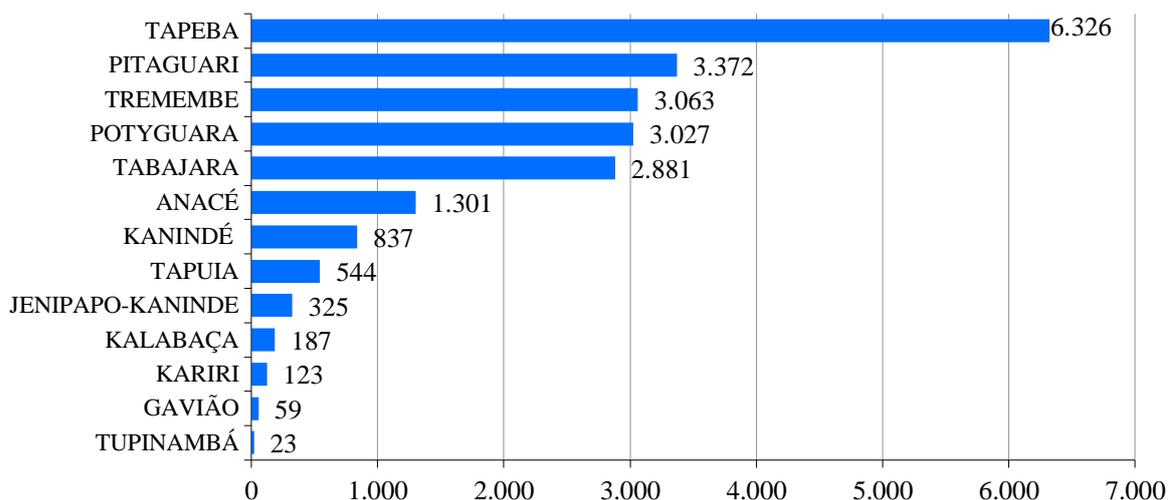
Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total		Redução do uso de sacolas plásticas		Sustentabilidade ambiental das instituições públicas, como a Agenda Ambiental na Administração Pública - A3P		Redução do consumo de água ou energia		Uso de critério ambiental em compra ou concorrência pública		Outra(s) iniciativa(s)	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Brasil	2.286	41,0	915	16,4	417	7,5	1.093	19,6	435	7,8	1.213	21,8
Nordeste	637	35,5	265	14,8	131	7,3	338	18,8	104	5,8	290	16,2
Ceará	108	58,7	46	25,0	35	19,0	74	40,2	10	5,4	54	29,3

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2013. Elaboração IPECE



Outro indicador usado para medir a preservação da biodiversidade e, sobretudo, para a preservação da cultura indígena, é a manutenção de áreas indígenas (IPECE, 2010). No Gráfico 7.3 apresenta a composição da população indígena no Ceará por etnia. Em 2013, a população indígena somava-se 22.068 pessoas, sendo que a maior parte era composto por índios da etnia *Tapeba* (6.326). No Quadro 7.1, são apresentados os municípios nos quais os indígenas estão presentes no Ceará.

Gráfico 7.3: População indígena por etnia, Ceará, 2013



Fonte: SIASI / SESAI / MS

Quadro 7.1: Municípios onde estão localizadas áreas indígenas, Ceará - 2010

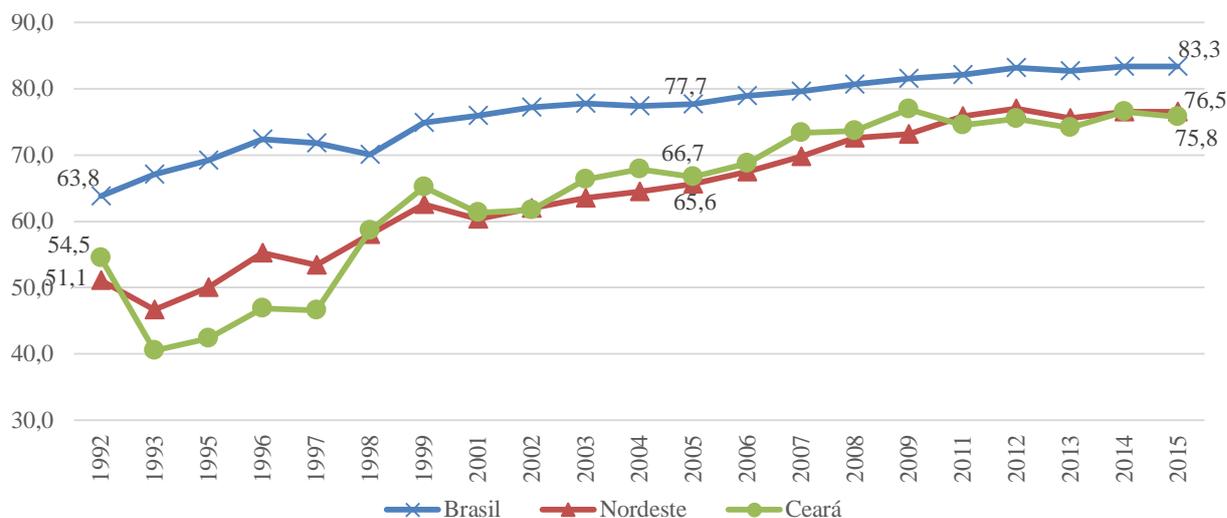
Aquiraz	Aratuba	Canindé	Crato
Maracanaú	Pacatuba	Novo Oriente	Fortaleza
Monsenhor Tabosa	Tamboril	Boa Viagem	Crateús
São Benedito	Itarema	Acaraú	Itapipoca
Quiterianópolis			

Fonte: Anuário Estatístico - IPECE

A meta 10, propõe reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável e esgotamento sanitário. Portanto, as informações apresentadas no Gráfico 7.4, mostram o percentual da população com acesso a água tratada pela rede geral de abastecimento, com canalização interna em pelo menos um cômodo do domicílio. Para o Brasil, a proporção da população com acesso a este tipo de serviço cresceu aproximadamente 20 pontos percentuais do início da série até 2015. O Nordeste evoluiu, saindo de 51,2%, em 1992, para 76,5%, em 2015. Por sua vez, o Ceará cresceu de 54,5% para 75,8%, no mesmo período.



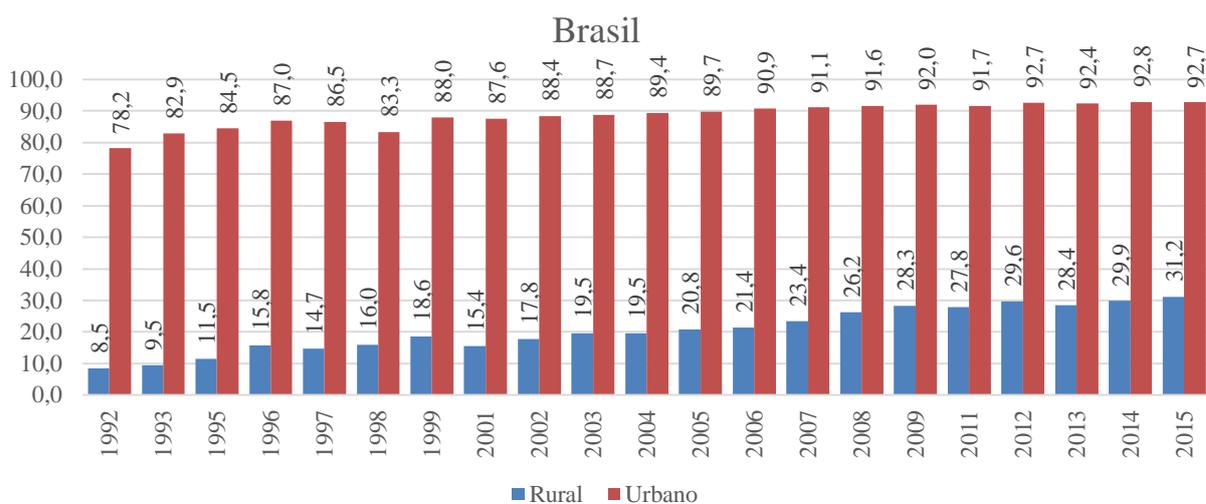
Gráfico 7.4: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes TOTAIS com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Em relação ao acesso da população à água tratada, segundo a zona de moradia, observa-se que ainda existe uma grande discrepância entre a área rural e urbana. Se por um lado, a proporção da população urbana com acesso a água fornecida pela rede geral, em 2015, chegava a mais de 90% nas três regiões analisadas. Por outro, o abastecimento na zona rural era de apenas 31,2%, 36,8% e 36,8% no Brasil, Nordeste e no Ceará, respectivamente, como observa-se nos Gráficos 7.5, 7.6 e 7.7.

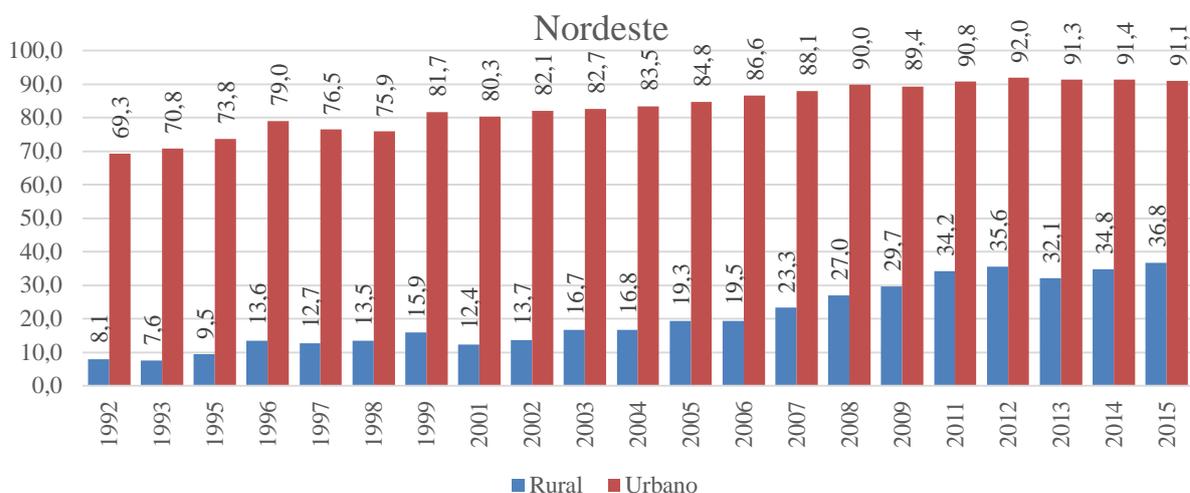
Gráfico 7.5: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes, Urbano e Rural, com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

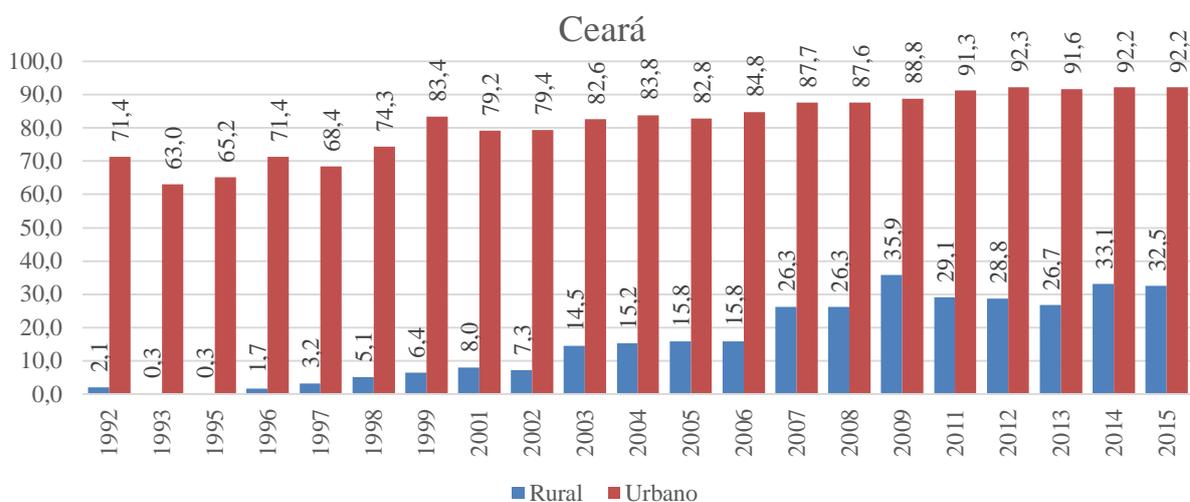


Gráfico 7.6: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes, Urbano e Rural, com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Gráfico 7.7: Percentual de moradores em domicílios particulares permanentes, Urbano e Rural, com abastecimento de água via rede geral com canalização interna - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Outra preocupação do ODM é com a coleta e tratamento de esgotos. A não coleta e tratamento adequado dos dejetos produzidos pela população podem resultar em esgoto a céu aberto ou despejados diretamente dentro de rios e lagos, comprometendo tanto a qualidade de vida das pessoas como o equilíbrio do meio ambiente.

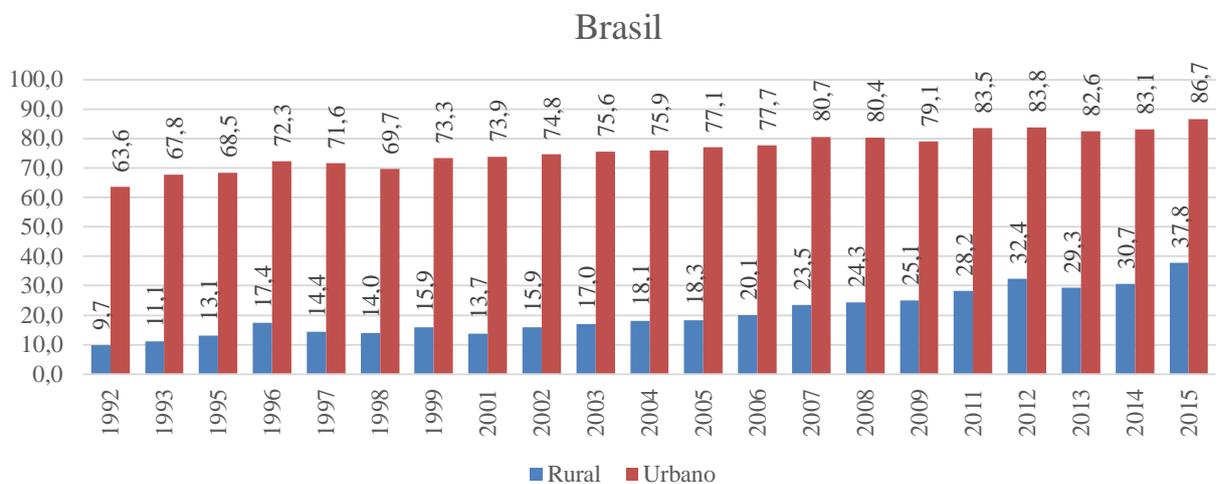
Portanto, o escoamento dos dejetos sanitários para a rede coletora geral ou para fossa séptica, ainda é um problema grave vivido pela população que residem na zona rural, como pode ser observado nos Gráficos 7.8, 7.9 e 7.10. Segundo os dados apresentados, apenas 37,8% e 29,8%, da população residente na zona rural no Brasil e Nordeste, respectivamente, possuíam escoamento adequado de seus dejetos. A situação da população cearense é um pouco mais crítica, em 2015, apenas 18,8% da população rural possuíam saneamento adequado. Mesmo na zona urbana, o Ceará



apresenta uma baixa cobertura, apenas 63,7% dos cearenses tinham acesso a este serviço em 2015, contra, 76,5% e 86,7%, Nordeste e Brasil respectivamente.

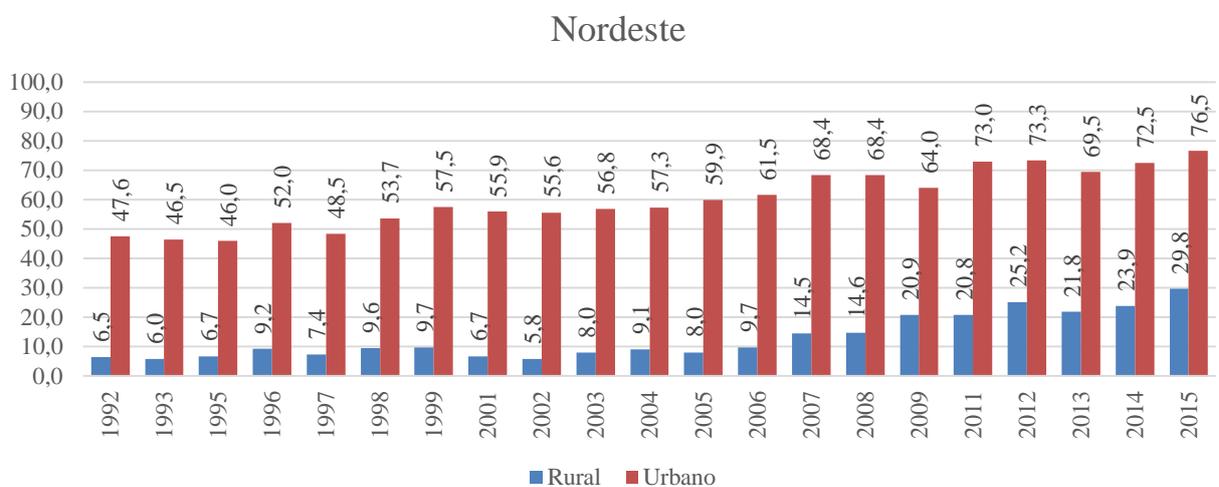
Considerando a evolução das regiões entre 1992 e 2015, verifica-se que, que nenhuma das regiões conseguiu atingir a meta de reduzir pela metade a proporção de pessoas sem acesso adequado a saneamento básico. No meio rural e urbano, Brasil e Nordeste conseguiram atingir a meta. O Ceará, por sua vez, ficou aquém do desejado no meio urbano, a variação entre 1992 e 2015 foi de apenas 1,7 pontos percentuais (variando de 62% para 63,7%). No meio rural, conseguiu atingir a meta.

Gráfico 7.8: Percentual da população residentes na zona Urbano e Rural, com esgotamento sanitário ligado à rede coletora ou fossa séptica - Brasil - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

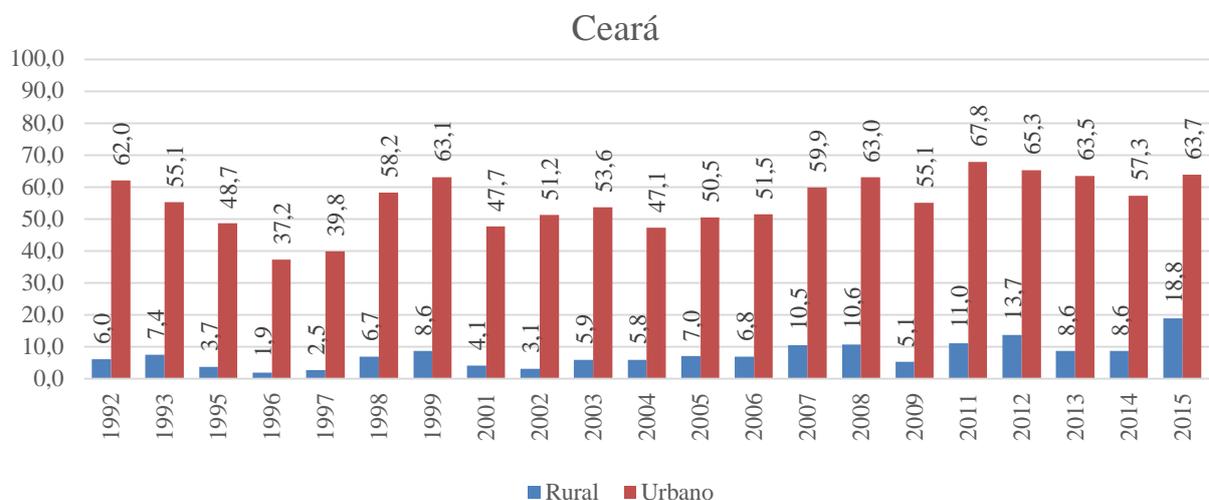
Gráfico 7.9: Percentual da população residentes na zona Urbano e Rural, com esgotamento sanitário ligado à rede coletora ou fossa séptica - Nordeste - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE



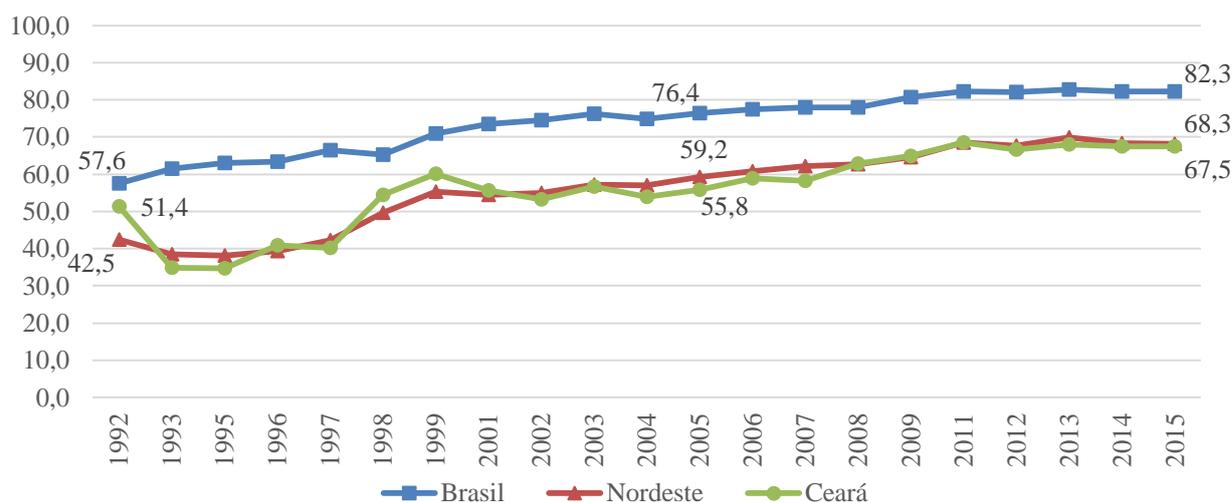
Gráfico 7.10: Percentual da população residente na zona Urbano e Rural, com esgotamento sanitário ligado à rede coletora ou fossa séptica - Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Outro indicador importante para medir as condições de salubridade ambiental para a população é a coleta seletiva de lixo. Observa-se que embora o Ceará e o Nordeste tenham crescido no período analisado, ainda está longe da cobertura alcançada pelo Brasil. A cobertura a nível nacional passou de 57,4% para 82,3%, no Nordeste de 42,5%, para 68,3% e no Ceará de 42,5% para 67,5%, entre 1992 a 2015 (Gráfico 7.11).

Gráfico 7.11: Percentual de moradores com coleta direta do lixo domiciliar - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



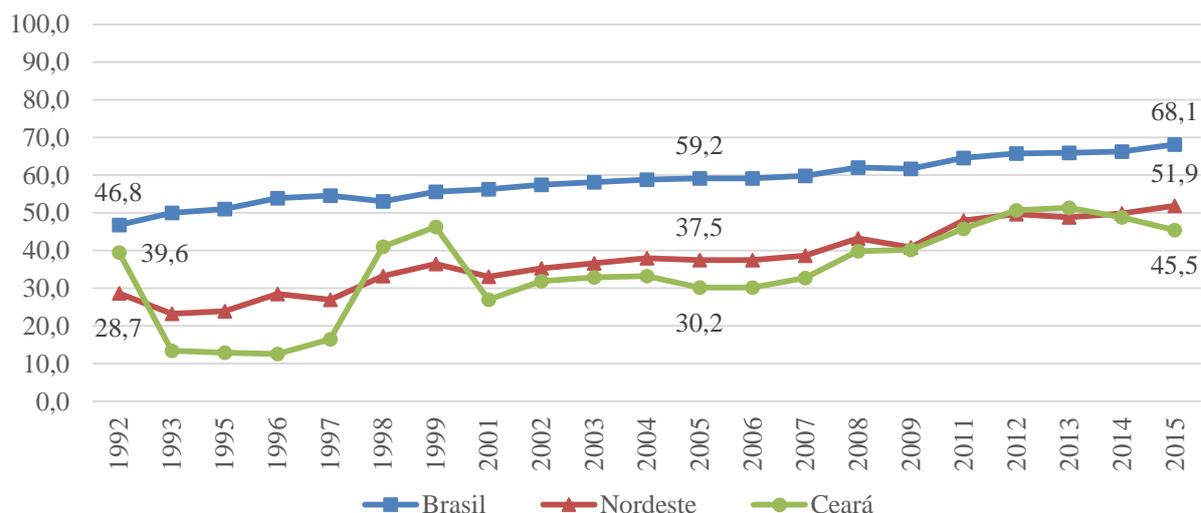
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Por fim, para considerar as condições de moradia da população, analisaremos a seguir um indicador que engloba as seguintes situação: moradores residentes em domicílios com água da rede geral com canalização interna, banheiro exclusivo com esgotamento sanitário por rede coletora ou fossa séptica, teto e paredes construídos com materiais duráveis, sem problemas de irregularidade fundiária ou inconformidade com o padrão urbanístico e com densidade de



moradores menor ou igual a três pessoas por dormitórios para a população urbana. Tomando em conjunto essas variáveis, a população que vivem em condições de moradia adequada aumentou de 39,6% em 1992, para 45,5% em 2015 no Ceará. Observa-se que o Ceará, das três regiões analisadas, apresentou maior instabilidade neste indicador ao longo do período. O Brasil cresceu de 46,8% para 68,1% e o Nordeste de 28,7% para 51,9% (Gráfico 7.12).

Gráfico 7.12: População Urbana sob moradia adequada - Brasil, Nordeste e Ceará - 1992 a 2015 (com exceção de 1994, 2000 e 2010) (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Portanto, dos indicadores apresentados neste capítulo, percebe-se uma preocupação do estado para com a preservação e cuidado com o meio ambiente. Ocorreu um aumento no número de municípios que conta com Conselhos Municipais do Meio Ambiente chegando a 83,2% dos municípios cearenses em 2014. Além da ampliação do município que contam com de Fundos Municipais de Meio Ambiente (FMMA), em 2015 já era 37% dos municípios cearenses. Todos esses indicadores tratam do acompanhamento da Meta 9.

Em relação ao acompanhamento da Meta 10: reduzir até 2015, pela metade, a proporção de pessoas sem acesso permanente e sustentável a água potável. Observa-se que embora o Ceará tenha avançado e se aproximado do cumprimento da meta, em 2015, 24,2% dos cearenses ainda não tinham acesso a água potável, quando a meta estaria em torno de 23%.

Por outro lado, a meta em reduzir pela metade a proporção da população sem acesso a esgotamento sanitário adequado ficou longe de ser alcançado, em 2015, apenas 18,8% da população rural e 63,7% da população urbana no Ceará possuíam saneamento básico adequado.

2. Principais ações e realizações do governo do estado para garantir a Sustentabilidade Ambiental

As principais ações e realizações do governo do estado para Garantir a Sustentabilidade Ambiental envolve ações para a preservação do meio ambiente e dos recursos naturais, para acesso à água potável, saneamento básico e demais condições para moradia adequada para a população para o período de 2008 a 2015.



No que diz respeito à área dos Recursos hídricos e saneamento ambiental, as ações realizadas foram a construção de adutoras convencionais, de montagem rápida (AMR), de montagem rápida com eletrificação, construção e ampliação na RMF e em vários municípios do estado dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), dos Sistemas de Esgotamento Sanitário (SES) e de Estações de Tratamento de Água (ETA).

Cita-se ainda a construção de barragens para atender demanda por abastecimento de água dos municípios; a conclusão de sistemas com dessalinizadores, do Programa Água Doce; a instalação e recuperação de sistemas simplificados; instalação de cisternas de placas; barragens subterrâneas; barragens sucessivas; e metros lineares de terraço e cordão de pedra em nível, pelo PRODHAM; implantação de SAA em assentamentos rurais; construção e recuperação de barragens; implantação e modernização, em parceria com a Agência Nacional de Águas, de plataformas de coleta de dados do sistema de alerta de cheias em tempo real.

Na linha de monitoramento, realizou-se ações de monitoramento do índice de balneabilidade das praias; monitoramento qualitativo e quantitativo de açudes (federais e estaduais); e monitoramento e recuperação de açudes e aquíferos no estado. No âmbito de gestão, houve a criação de Comissões Gestoras de Sistemas Hídricos; realização de processos licitatórios para elaborações de projetos de planos de segurança hídrica e inventários ambientais; realização de campanhas de regularização envolvendo embargos definitivos e provisórios, devido à situação de estiagem; elaboração de planos municipais de Saneamento Básico (PMSB), em parceria entre Secretaria das Cidades, CAGECE, APRECE e ARCE; conclusão de Projetos Executivos de Engenharia para Implantação de Aterros Sanitários Regionais Consorciados e suas unidades correlatas; e o Desenvolvimento de Sistema de Informação para o Gerenciamento da Alocação da Água (SIGA). Por fim, a realização de seminários com prefeitos e secretários de Meio Ambiente, dos 20 municípios costeiros, para orientação no processo de Certificação Praia Limpa, de acordo com a Lei Nº 13.891, de 25/05/2007 e a elaboração dos Planos de Gestão Integrado da Orla Marítima.

Na área do meio ambiente, as ações adotadas foram: implementação do sistema estadual de unidades de conservação (UCs); distribuição de mudas de espécies nativas e implantação de projetos de florestamento, reflorestamento e recuperação de áreas degradadas; realização do monitoramento ambiental das unidades de conservação estaduais; continuidade do Programa de Monitoramento da Qualidade do Ar, documentando os níveis de poluição atmosférica em Fortaleza e RMF; e fiscalização e monitoramento de venda e uso de agrotóxicos no Estado do Ceará.

Na linha educativa, as ações envolvem o Projeto para Prevenção, Monitoramento, Controle de Queimadas e Combate aos Incêndios Florestais (PREVINA); o Selo Município Verde - Projeto estratégico de governo para certificação ambiental pública para fomentar, desenvolver e fortalecer as políticas ambientais por meio da Certificação Ambiental; a criação do Sistema Estadual de Unidades de Conservação (SEUC); realização de cursos de formação em educação ambiental e de capacitações para comitês, comissões gestoras e pessoal técnico dos municípios para as bacias hidrográficas do Acaraú, Salgado e Metropolitana. Cita-se ainda a capacitação de agricultores e técnicos da assistência rural em manejo sustentável da produção agropecuária em oficinas para uso correto de agrotóxicos e alternativas sustentáveis a eles e a realização de curso de capacitação



em gestão ambiental e de licenciamento ambiental para os gestores ambientais e técnicos de meio ambiente.

Com relação as ações de combate as queimadas, houve a realização de reunião técnica sobre queimadas e incêndios florestais; formação de brigadas de combate a incêndios florestais; elaboração do Programa Estadual de Prevenção, Monitoramento, Controle de Queimadas e Combate aos Incêndios Florestais (PREVINA), coordenado pelo CONPAM em parceria com a SEMACE, Corpo de Bombeiros, CPMA, IBAMA, APRECE, SDA, Associação Asa Branca, Associação Caatinga, Assembleia Legislativa, ICMBIO e FUNCEME; e geração de mapas com a indicação dos focos de calor para compor o PREVINA.

Por fim, a implantação de sistemas de energia renovável nos processos produtivos agrícolas sustentáveis; desenvolvimento de ações tecnológicas, como fonte de renda associadas à política de resíduos sólidos; elaboração e execução de projetos, que beneficiam famílias a partir da transferência de tecnologias sociais; e realização do Inventário Florestal Nacional do Estado do Ceará, com a medição da cobertura vegetal do estado, por meio da captação de imagem por satélite.

Na área de Habitação ocorreram: a entrega de unidades habitacionais no âmbito do Projeto Rio Maranguapinho, do Projeto Rio Cocó e do Projeto Dendê; contratação e entrega de unidades habitacionais no âmbito do Programa Nacional de Habitação Rural (PNHR), integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV) e do Programa Leilão Habitacional. Cita-se ainda o pagamento de benefícios de aluguel social no Projeto Cocó; efetivação de vistorias, avaliações e georreferenciamentos de imóveis rurais, demandados pelas associações dos agricultores familiares, com aquisição de propriedades, por meio do Programa Nacional de Crédito Fundiário; implantação de cisternas; execução de ligações domiciliares de água e esgoto; apoio à implantação de módulos sanitários no âmbito do projeto São José; implantação de cisternas para famílias de agricultores familiares; e capacitação de famílias em gerenciamento de recursos hídricos.



Objetivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento

Meta 12: Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto.

Meta 13: Atender às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos.

Meta 14: Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento.

Meta 15: Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento.

Meta 16: Executar estratégias que permitam trabalho digno e produtivo aos jovens.

Meta 17: Proporcionar o acesso a medicamentos essenciais nos países em vias de desenvolvimento.

Meta 18: Tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente nos setores de informação e comunicações.



Objetivo 8: Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento

No oitavo ODM, as metas estão relacionadas a formação de parcerias e o desenvolvimento global dos países. As sete metas proposta nesse objetivo são: avanço no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto (Meta 12); atendimento das necessidades especiais dos países menos desenvolvidos (Meta 13); atendimento das necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento (Meta 14); tratamento global do problema da dívida dos países em desenvolvimento (Meta 15); execução de estratégias que permitam trabalho digno e produtivo aos jovens (Meta 16); garantia do acesso a medicamentos essenciais nos países em vias de desenvolvimento (Meta 17); e acessibilidade dos benefícios das novas tecnologias, especialmente nos setores de informação e comunicações (Meta 18).

Portanto, para acompanhar o cumprimento dessas metas no estado do Ceará, são apresentados a seguir alguns indicadores que, em parte ou totalmente, se aproximam das metas estabelecidas pelo objetivo oito do ODM.

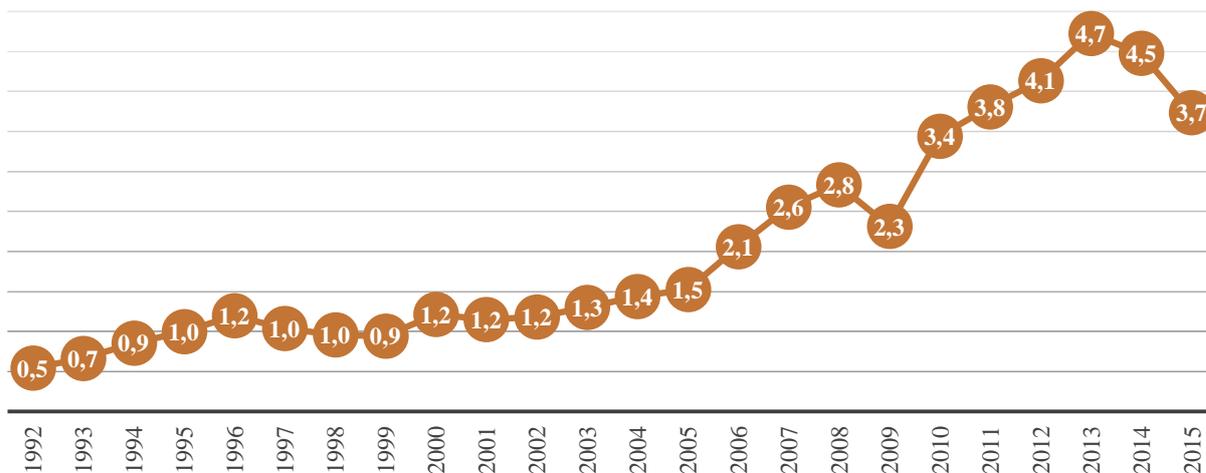
1. Indicadores relacionados ao Objetivo 8

O primeiro a ser apresentado está relacionado a meta 12 que é avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto. E para alcançar essa meta o governo do estado do Ceará, estipulou como resultados estratégicos: estimular a inserção do Ceará no mercado internacional, por meio do incentivo à capacidade de inovação das empresas e a criação de condições de competitividade da economia cearense, ao ampliar o valor das suas exportações. Por exemplo, pode-se destacar a ampliação do Complexo Industrial e Portuário do Pecém (IPECE, 2010).

No Gráfico 8.1 apresenta-se o fluxo do comércio internacional cearense, que é definido pelo somatório de todas as exportações e importações, no período de 1992 a 2015. Como é possível observar, o Ceará apresentou aumentos significativos no período analisado, atingindo seu maior valor em 2013, quando alcançou o valor de US\$ 4,7 bilhões (FOB). Porém, nos anos seguintes apresentou queda, chegando, em 2015, com o valor de US\$ 3,7 bilhões (FOB) em seu fluxo comercial. Sendo o crescimento acumulado entre 1992-2015 de 588,9%, o que mostra que nas últimas décadas a economia cearense se tornou mais aberta, trazendo vantagens para a competitividade do estado a nível internacional, bem como a atração de novos empreendedores para a região.



Gráfico 8.1: Fluxo do comércio internacional - 1992 a 2015 - Ceará - US\$ bilhões (FOB)

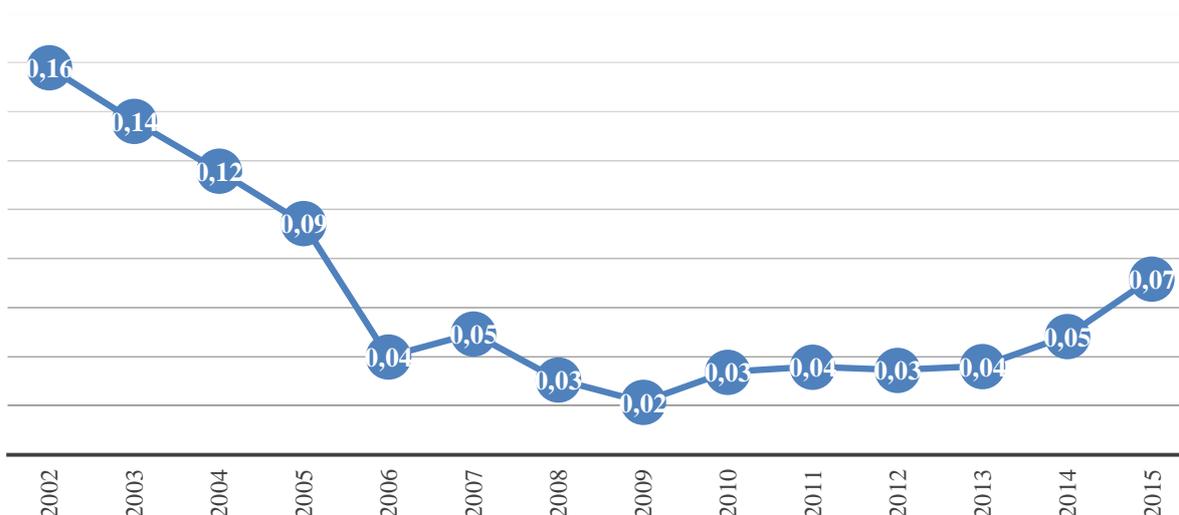


Fonte: SECEX/MDIC. Elaboração IPECE

O próximo indicador a ser analisado é a Dívida Consolidada Líquida (DCL) em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) do Ceará. Este indicador tem por principal objetivo medir o equilíbrio fiscal do Estado e se aproxima da Meta 15: “tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento”.

Portanto, como pode ser observado no Gráfico 8.2, a Dívida Pública do Ceará, em 2002, somava-se 16% do PIB do estado. Em 2015, ela correspondia a 7%, o que significa dizer que o custo da dívida do Estado nos treze anos analisados caiu significativamente. Contudo, é importante notar que entre 2013 a 2015 a dívida pública voltou a crescer novamente.

Gráfico 8.2: Dívida Pública/PIB (%) - 2002 a 2015 - Ceará



Fonte: IBGE e SEFAZ-CE. Elaboração IPECE

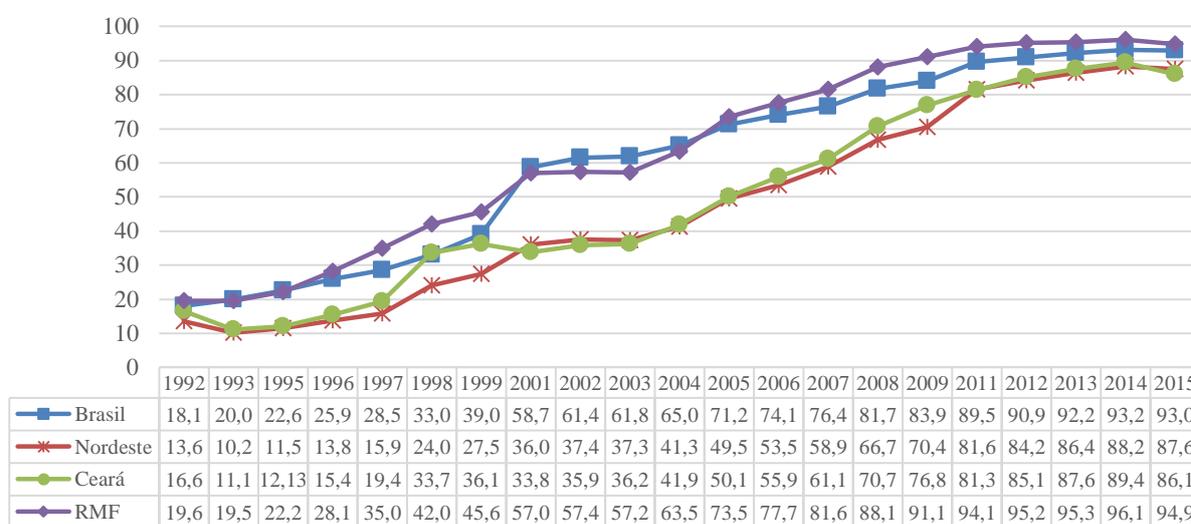
O acesso à Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) é reconhecido pelos ODM como importante instrumento para o desenvolvimento das sociedades. Portanto, para acompanhar a meta 18: “tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente nos setores de informação e comunicações”. Apresenta-se nos gráficos de 8.3 a 8.10 o acesso da população a



bens de Tecnologia de Comunicação e Informação. O Gráfico 8.3 mostra o percentual da população residente em domicílios particular com acesso a telefone fixo ou celular no período de 1992 a 2015.

Pelos dados apresentados no Gráfico 8.3 é possível ver a evolução do acesso da população aos meios de comunicação por meio do telefone (fixo ou celular), em 1992, este tipo de meio de comunicação estava presente em apenas 19,6%, 18,1%, 16,6% e 13,6% dos domicílios na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), Brasil, Ceará e Nordeste, respectivamente. Enquanto em 2015, percebe-se que o acesso a telefones já se encontrava bastante disseminado entre as regiões, alcançando 94,9%, 93,0%, 87,6% e 86,1%, na RMF, Brasil, Nordeste e Ceará, respectivamente.

Gráfico 8.3: Proporção a população em domicílios permanentes com telefone fixo ou celular - Brasil, Nordeste, Ceará e RMF (em %).

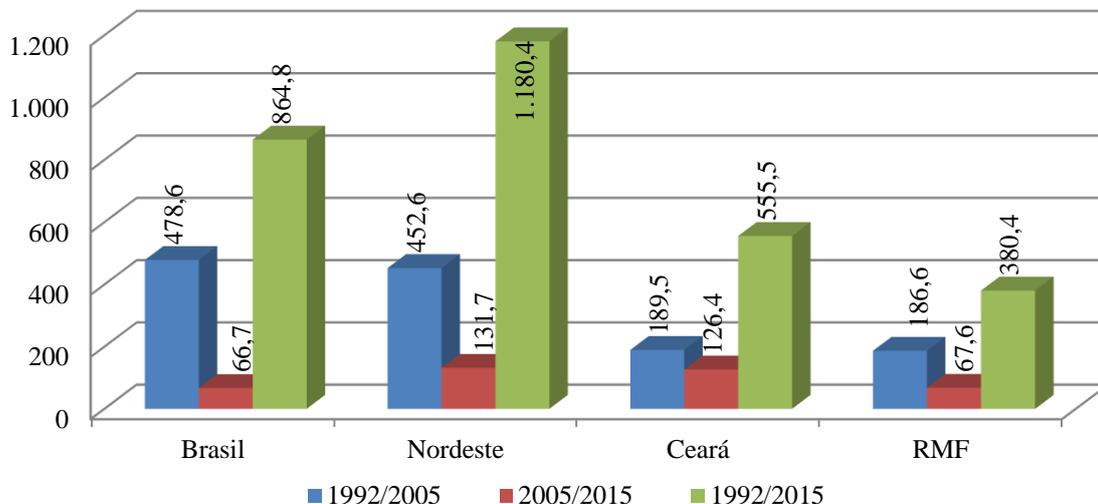


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Considerando a variação percentual, observa-se que para todas as regiões, ocorreu um crescimento considerável no período de 1992 a 2015. A posse de telefone avançou de forma mais acelerada, na região do Nordeste, no período entre 1992 e 2015, a variação foi de 1.180%. No Ceará e na RMF a variação neste mesmo período foi de 555% e 380%, respectivamente.



Gráfico 8.4: Variação percentual da população em domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular - Brasil, Nordeste, Ceará e RMF (em %)

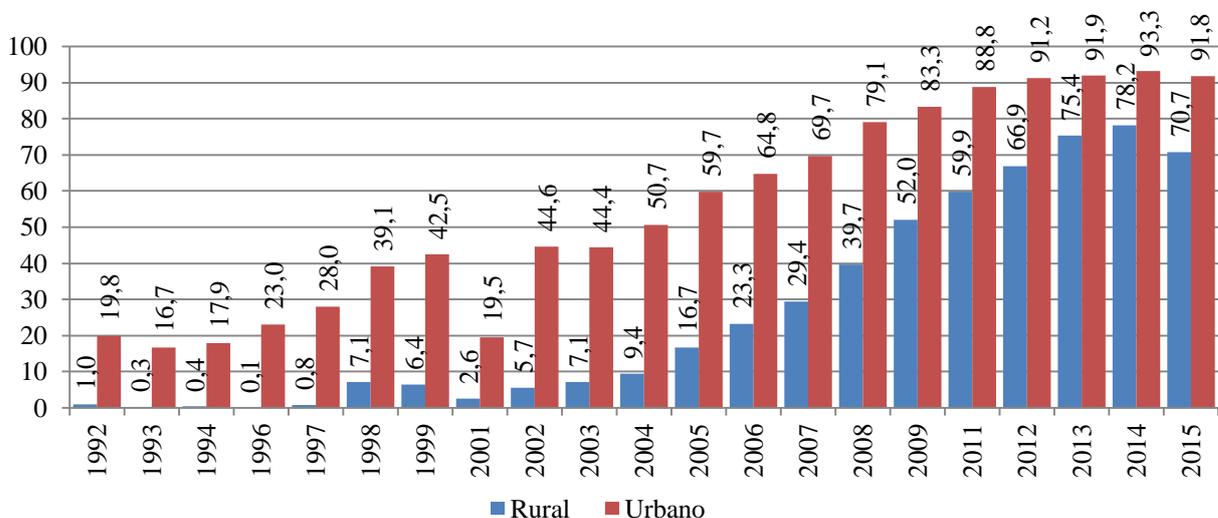


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

O Gráfico 8.5 mostra o acesso a telefone desagregado por zona de residência da população (rural e urbana) no Ceará. Para todo o período analisado observa-se que a população urbana tem mais acesso a telefone fixo ou celular que a zona rural. Em 1992, apenas 19,8% da população urbana residente no Ceará viviam em domicílios com telefone (fixo ou celular), em 2015, nota-se um avanço significativo no uso de telefones no Ceará, passando para 91,8% da população total.

O percentual de cearenses residentes na zona rural com telefone também aumentou significativamente no período. Em 1992, essa proporção era de apenas 1,0%, chegando a 70,7% em 2015. Apesar do crescimento do uso de telefone fixo e celular a desigualdade de acesso entre as duas zonas ainda persiste e bastante expressiva.

Gráfico 8.5: Proporção da população em domicílios particulares permanentes com telefone fixo ou celular por zona - Ceará (em %)

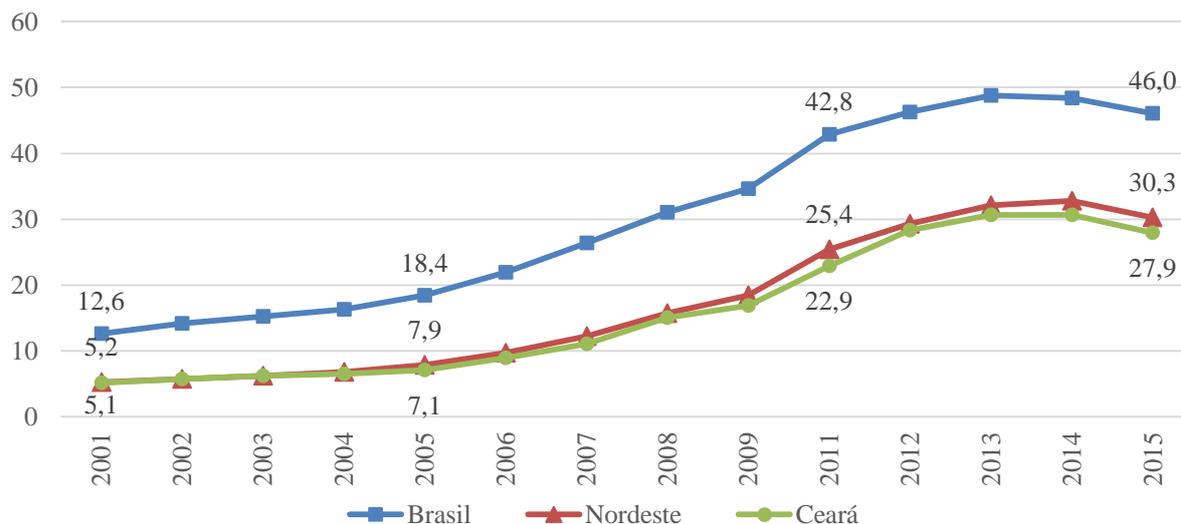


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE



Outra forma de acompanhar a inclusão digital da população é o uso de microcomputadores nos domicílios. O Gráfico 8.6 mostra a proporção da população que declararam ter microcomputadores em seus domicílios. Em 2001, apenas 12,6%, 5,2% e 5,1% da população no Brasil, Nordeste e Ceará, respectivamente, declararam ter microcomputadores em suas residências. Todas as regiões registraram um crescimento significativo no período, chegando, em 2015, a 46%, 30,3% e 27,9%, no Brasil, Nordeste e Ceará, respectivamente.

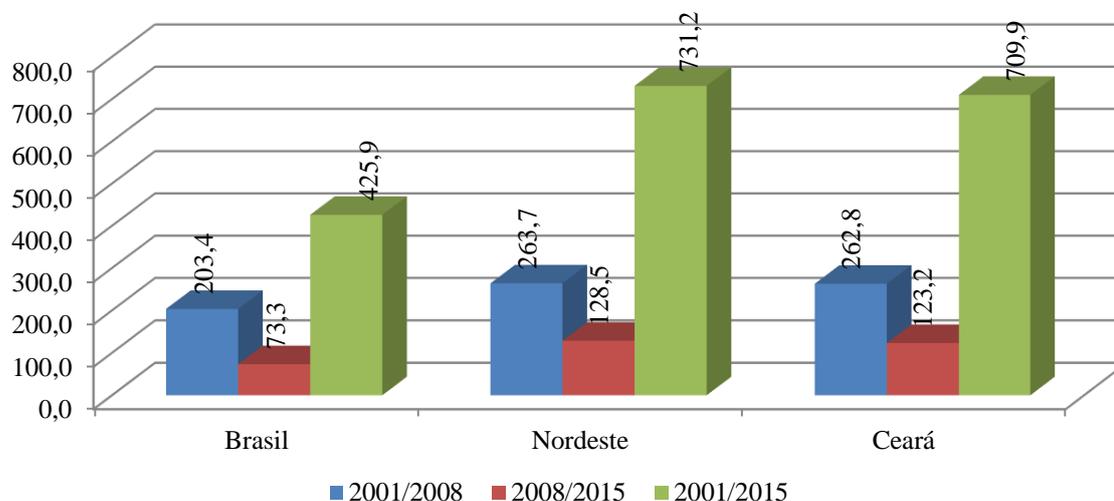
Gráfico 8.6: Proporção de domicílios com microcomputadores - Brasil, Nordeste e Ceará (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

No Gráfico 8.7 observa-se a evolução no curto, médio e longo prazo, da proporção da população em domicílios particulares com microcomputadores. Percebe-se que embora o Nordeste e o Ceará tenham apresentado uma evolução neste indicador maior que o resto do Brasil, não chegou perto da média dos domicílios brasileiros como foi verificado no Gráfico 8.6.

Gráfico 8.7: Variação percentual da proporção de pessoas em domicílios particular com microcomputador - Brasil, Nordeste e Ceará (em %).

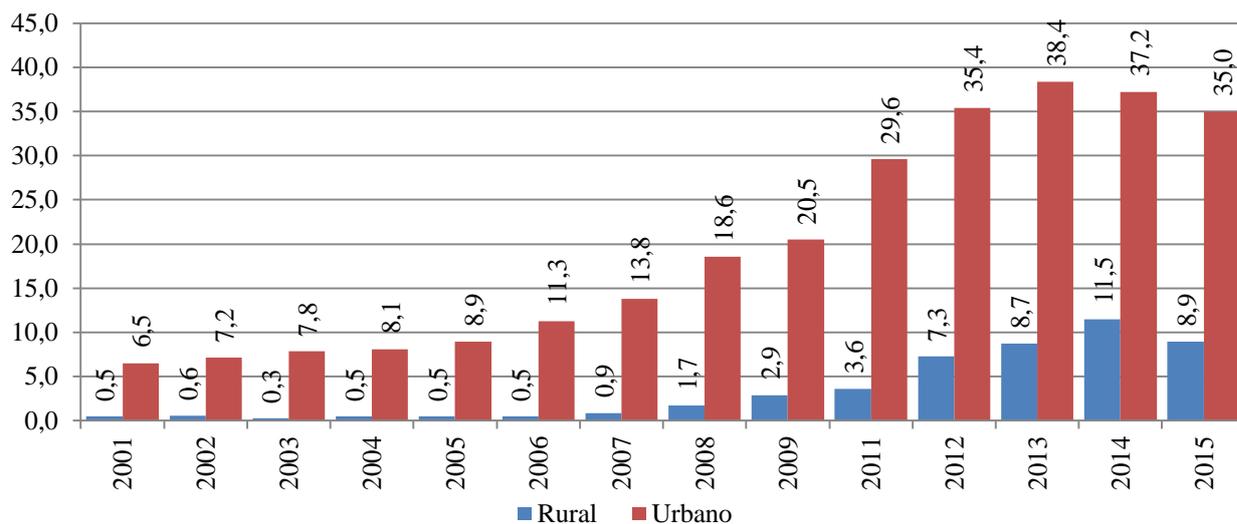


Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE



Considerando o acesso da população, segundo zona de moradia, observa-se que apesar do crescimento ao longo dos anos analisados, a proporção de pessoas com microcomputadores na zona rural no Ceará é bem inferior a zona urbana. Em 2015, 8,9% das pessoas residentes no meio rural responderam que tinham microcomputador no domicílio, enquanto a proporção no meio urbano era de 35,0%.

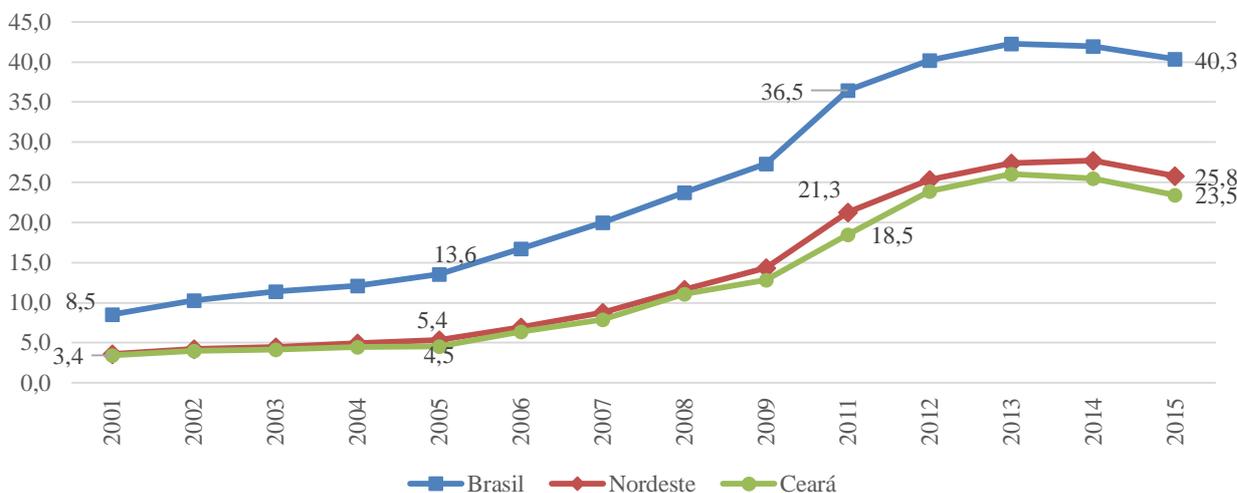
Gráfico 8.8: Proporção de pessoas em domicílios permanentes com microcomputadores por zona - Ceará



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

O acesso à internet também teve um comportamento semelhante ao de microcomputadores, no Brasil o crescimento foi de 31,8 p.p., no Nordeste de 22,4 p.p. e no Ceará de 22,1 p.p. entre 2001 e 2015, como pode ser observado no Gráfico 8.9. Mais uma vez, nota-se uma diferença significativa do Nordeste e do Ceará em relação ao Brasil e que este distanciamento aumentou no período analisado.

Gráfico 8.9: Proporção da população em domicílios particulares com acesso à Internet - Brasil, Nordeste e Ceará - (em %)



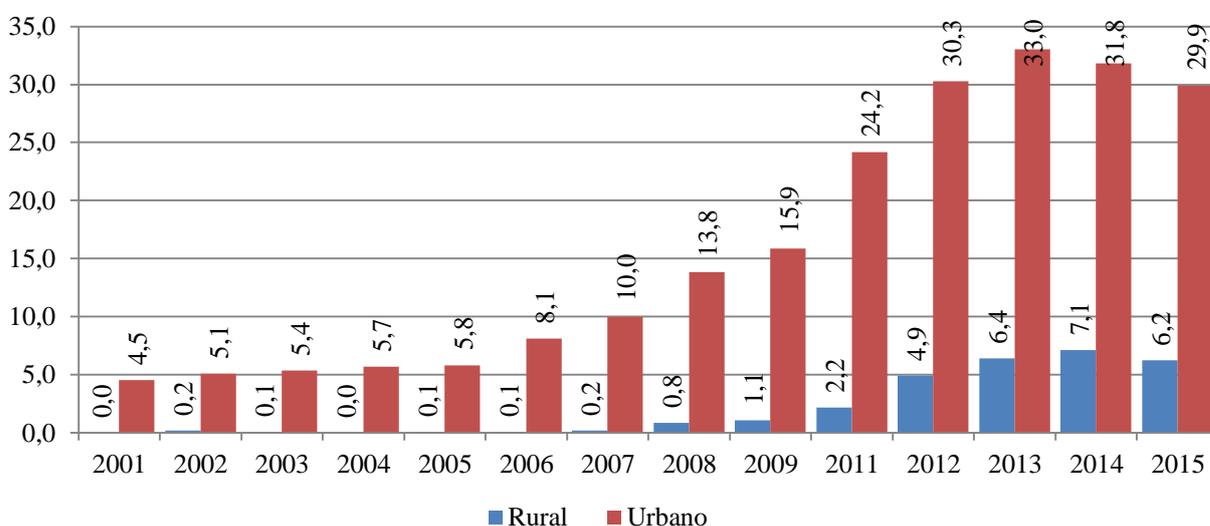
Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE



O Gráfico 8.10 mostra a proporção da população com acesso à internet entre 2001 e 2015 nas zonas rurais e urbana no Ceará. Em 2001, apenas 4,5% dos domicílios urbanos possuíam microcomputadores ligados à internet, aumentando para 29,9%, em 2015. Por sua vez, a zona rural, embora tenha apresentado aumentos positivos no período, a grande maioria da população não tem acesso à internet, em 2015, apenas 6,2% dos cearenses residentes na zona rural tinham acesso a essa tecnologia.

Também se nota uma redução nos últimos anos de microcomputadores com acesso à internet, entre 2013 e 2015 (de 33,0% para 29,9% na zona urbana), possivelmente essa redução esteja relacionada a substituição de microcomputadores por outros tipos de dispositivos para o acesso à internet, como telefones celular e tablets.

Gráfico 8.10: Proporção da população em domicílios particulares com acesso à Internet por zona - Ceará (em %)



Fonte: IBGE/PNAD. Elaboração IPECE

Pelos dados apresentados neste capítulo, observa-se que o Ceará fez importantes avanços em relação ao desenvolvimento econômico e na difusão das tecnologias de informática e comunicações. Porém, nota-se uma grande concentração nos centros urbanos, nas áreas rurais o acesso à TIC ainda é bastante limitado.

2. Principais ações e realizações do governo do estado para estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento

As principais ações e realizações do governo do estado para garantir uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento envolve ações ocorrida entre o período de 2008 a 2015. Considerando a Meta 12: Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto as ações adotadas foram o Programa Estadual “Desenvolvendo o Empreendedorismo e o Artesanato”, seguindo as diretrizes do Programa Brasileiro de Artesanato, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC); assinatura de convênio com instituições de ensino superior para realização de consultorias nas áreas administrativas, gestão, tecnológica e comércio exterior. A Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) contribuiu efetivamente nas ações da Comissão de Comércio Exterior do Ceará, cujo resultado foi a



participação de 2,5% nas exportações do Estado, com volume exportado pelas Micros e Pequenas Empresas (MPES), de aproximadamente 3 milhões de dólares. Cita-se ainda a construção do Aeroporto de Jericoacoara com a função específica de incentivar o comércio exterior ao facilitar o transporte de flores cultivadas na Serra da Ibiapaba; a atração de 18 empresas ligadas ao agronegócio; a elaboração de 2 Planos de Desenvolvimento Preliminar (PDP), com o objetivo de captar recursos em programas federais junto ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio (MDIC), para a solução de problemas dos Arranjos Produtivos Locais (APL) de Cajucultura, de Aracati e Fortim, e para o APL da Carcinicultura, do Litoral Oeste.

Outra ação para a promoção do desenvolvimento do comércio exterior, nesse período foi a participação em 18 feiras e eventos, com o objetivo de fortalecer os setores econômicos, atrair investidores e prospectar novos negócios em áreas como: gestão da inovação tecnológica, comércio, indústria, agricultura, pesca, turismo, sustentabilidade, competitividade, energias renováveis, responsabilidade social, logística. Assim como: o aprimoramento do processo de controle das operações de Comércio Exterior; a consolidação do Aplicativo SISCOMEX, desenvolvido para o controle das operações relativas à importação, facilitando a operacionalização do cálculo do ICMS; a emissão da Guia de Liberação de Mercadoria Estrangeira (GLME); a emissão do Documento de Arrecadação Estadual (DAE)/Guia Nacional de Recolhimento Estadual (GNRE).

Ainda com foco na promoção do desenvolvimento do comércio exterior (Meta 12): o acompanhamento e análise das Exportações Cearenses com foco no agronegócio; apoio à Câmara Temática de Comércio Exterior e investimentos Estrangeiros; a participação em três eventos: Ceará Moda Contemporânea, *Intermodal South America*; (Feira Internacional de Logística, Transporte de Cargas e Comércio Exterior); EXPOLOG, Feira Internacional da China para Investimentos e Comércio (*19TH CIFIT*).

Com o objetivo de atender a Meta 16, o governo estadual executou estratégias que permitiram trabalho digno e produtivo aos jovens: ações adotadas para a Juventude Cearense que ensejaram um conjunto de esforços de natureza intersetorial, com destaques na área de Educação Social e Profissional de projetos como Primeiro Passo; Criando Oportunidades, Juventude Cidadã; Juventude Empreendedora; Primeiro Passo Digital (destinado à inclusão digital e educação social e profissional de adolescentes e jovens); e o programa Primeiro Negócio, que ofereceu crédito, capacitação e isenção de impostos estaduais e municipais no primeiro ano para os jovens empreendedores. Além disso, houve o apoio à implantação e implementação da alfabetização com inclusão digital por meio do Programa Luz do Saber (*software*), envolvendo 150 jovens e adultos quilombolas, camponeses e indígenas no âmbito do Programa Brasil Alfabetizado (PBA) beneficiando 1.272 alunos.

Continuando nas ações da Meta 16: Programa Ceará Digital com os projetos Agentes Digitais e Incubadoras de TIC possibilitou a formação empreendedora de 240 jovens e implantação de 4 incubadoras de empresas de TIC nos municípios de Aracoiaba, Aracati, Maracanaú e Fortaleza; implementação do Projeto e-Jovem e da Universidade do Trabalho Digital (UTD), que objetiva capacitar jovens em tecnologia da informação e empreendedorismo, para inserção no mercado de trabalho e geração de renda, concretizando sua inclusão sociodigital.

Os recursos destinados ao Combate à Pobreza do Conselho Consultivo de Políticas de Inclusão Social (CCPIS), permitiu a execução de 33 projetos nas áreas de Geração de Emprego e



Renda com capacitação profissional de jovens e adultos para inclusão no mercado trabalho, concessão de microcrédito para o financiamento de pequenos negócios e apoio aos artesãos e outros.

A adoção do Projeto Desenvolvimento e Gestão de Políticas para Juventude contribuiu para a inserção de jovens aprendizes e estagiários e qualificação de jovens nos projetos Primeiro Passo e CE-Jovem Aprendizagem em serviço. Assim como, a concessão de 200 bolsas/mês pelo programa Bolsa Universidades, desenvolvido pela Universidade do Vale do Acaraú (UVA), para alunos com renda familiar de até meio salário mínimo por pessoa, correspondendo a bolsas de trabalho, monitoria, iniciação à pesquisa e projetos de extensão.

O Programa COPAMAIS, firmado em dezembro de 2013, voltado para a capacitação de jovens e a inserção no mercado de trabalho, cuja pretensão é formar até 12 mil pessoas em 33 cursos das mais diversas áreas relacionadas ao evento, contemplando as cadeias produtivas influenciadas pela movimentação econômica proporcionada pelos eventos.

Por fim, no rol das realizações da Cultura, também estão a criação do programa “Escolas no Cinema”, alcançando mais de 10 mil estudantes em menos de três meses de funcionamento; a realização/acolhimento no Centro Dragão do Mar de Arte e Cultura de 28 eventos de grande porte e manutenção de 14 itens de sua programação cultural regular, alcançando um público geral estimado em mais de um milhão e trezentos mil pessoas; e a retomada do programa “Agentes de Leitura” com a concessão de 102 bolsas e o atendimento a 12.750 crianças, jovens, adultos e idosos.

Com relação a Meta 17 (proporcionar o acesso a medicamentos essenciais nos países em vias de desenvolvimento) as ações adotadas foram: o acompanhamento do atendimento a idosos, no ambulatório do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e no Centro de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC-UFC), com disponibilidade de medicamentos de alto custo para 1.200 e 1.800 idosos, respectivamente; desenvolvimento de Atenção Básica à população do Sistema Penitenciário, com a oferta de ações de Educação em Saúde e de apoio à destinação de medicamentos; aplicação de R\$ 123,3 milhões na aquisição de medicamentos excepcionais para Alta Complexidade, beneficiando cerca de 30 mil pacientes, com participação de 30% dos recursos do Tesouro do Estado; elaboração, discussão e aprovação da minuta de Normatização do Componente de Medicamentos Excepcionais, no âmbito do SUS-CE, como passo inicial de implementação de 6 Microrregiões com medicamentos de alto custo.

Continuando nas ações da Meta 17, houve: a realização do III Congresso Brasileiro sobre o uso racional de medicamentos, com o tema “Incorporando o Uso Racional de Medicamentos às Práticas Profissionais em Saúde; diminuição na inadimplência dos municípios quanto à pactuação de Programação Pactuada Integrada (PPI), de medicamentos essenciais, para Atenção Básica, o que tem contribuído, de forma significativa, com a redução dos gastos com esses medicamentos, além de incrementar o acesso aos medicamentos utilizados no tratamento de doenças prevalentes como hipertensão e diabetes; fortalecimento da gestão da assistência farmacêutica, pelo apoio às ações de saúde, promoção do acesso e uso racional dos medicamentos, fototerápicos imunobiológicos aos usuários do SUS e a celebração de convênio com o Hospital Universitário Walter Cantídio, da UFC, para a aquisição de medicamentos para usuários portadores de Leucemia Mieloide Crônica.



Consta ainda o aumento no número de medicamentos disponíveis no elenco padronizado da Programação Pactuada Integrada da Assistência Farmacêutica Básica, com ampliação da cobertura de tratamento de doenças crônicas e a inclusão de cinco novas espécies na lista de plantas medicinais, cultivadas pelas Farmácias Vivas e utilizadas na forma de medicamentos fitoterápicos, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Ceará, ampliando o número de espécies da Relação Estadual de Plantas Medicinais (REPLAME) para 30.

Na linha de monitoramento, houve a implantação do projeto-piloto do Sistema de Gerenciamento dos Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, para gerar indicadores de gestão em nível estadual e contribuir na prestação de um melhor atendimento ao usuário do SUS e racionalização dos recursos públicos. Por fim, houve a realização de ações educativas para promoção do Uso Racional de Medicamentos e fortalecimento do Centro de Estudos e Informações sobre Medicamentos e a reestruturação da farmácia das unidades prisionais; construção da Central de Assistência Farmacêutica; e implementação do sistema de controle do estoque de medicamentos e materiais hospitalares e odontológicos.

Para a Meta 18: tornou acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente nos setores de informação e comunicações; inclusão digital dos jovens do interior do Estado; implantação do Projeto Primeiro Passo Digital, concebido para desenvolver a inclusão digital e educação social profissional para jovens de baixa renda.

Em caráter mais estratégico, foram implementados e contribuem para a Meta 18 os projetos do Cinturão Digital, coordenado pela ETICE, grande projeto do Governo na área de TIC, com o objetivo principal de prover o estado com uma infraestrutura de fibras ópticas e o Programa de Software Livre. Junto a esses dois grandes projetos, também: a aquisição e distribuição de 8.126 computadores para as escolas de ensino médio, com o propósito de ampliar as oportunidades de inclusão digital dos alunos, gestores e corpo docente; e implantação do Programa de Atendimento à Pessoa Idosa (PAPI), com o objetivo de promover a alfabetização de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com apoio do recurso digital, promovendo a inclusão de 450 idosos no mundo das novas tecnologias.

Em termos de infraestrutura, houve a implantação de uma nova rede para troca de dados entre os órgãos governamentais (GigaforGov) e o Cinturão Digital do Ceará (CDC), que prevê a implantação de infraestrutura de transporte de dados em alta velocidade, com a instalação de 3.000 km de fibra ótica no Estado. Houve também a implantação da Universidade do Trabalho Digital, cujo objetivo é criar um ambiente de inteligência para fomentar a criação de um polo de empresas de base tecnológica e o crescimento do mercado *off-shore*; apoio dado à implantação da Universidade Federal da Integração Luso-Afro-Brasileira (UNILAB), nos municípios de Redenção e Acarape; capacitação de jovens e adultos, residentes nas comunidades circunvizinhas do Campus do Itaperi, em cursos de informática através do Projeto de Inclusão de Informática – PROINF; capacitação de 850 jovens para inclusão digital e social, através de cursos desenvolvidos pela UECE, em parceria com o Instituto Aliança/Com, Domínio Digital, a Secretaria de Educação do Ceará e a *Youth Foundation*, beneficiando alunos de 35 escolas públicas estaduais, em 19 municípios.

Continuando as ações para atingir a Meta 18: ampliação em 10% os núcleos de ações de inclusão digital e desenvolvimento de jovens em situação de vulnerabilidade social; formação em alfabetização, com a utilização do software Luz do Saber, para 105 participantes do programa de



atendimento à pessoa Idosa, com o objetivo de possibilitar aos educadores a competência de alfabetizar com inclusão digital; realização de 23 fóruns regionais do Programa Ensino Médio Inovador/Jovem de Futuro, de formação complementar em Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e empreendedorismo para 5.000 alunos; e apoio a quase 170 mil alunos de segundo e terceiro anos e egressos do Ensino Médio para preparação ao Enem.



Resumo Geral

No geral, o estado do Ceará apresentou importantes avanços no cumprimento dos ODM, conseguindo avanços importantes na redução da pobreza, na oferta de oportunidades de acesso à educação com qualidade e acesso a serviços básicos, como a água potável e saneamento básico.

Em relação ao “Objetivo 1: Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome”, o estado do Ceará conseguiu fazer significativos avanços. Em 2004, 27,2% dos cearenses eram extremamente pobres segundo o critério internacional, ou seja, o Ceará conseguiu atingir a Meta 1, reduzir a extrema pobreza pela metade aos níveis de 1990 (55,2%). Assim, como a Meta 1A, mais ambiciosa, reduzir a extrema pobreza em ¼ também foi alcançada em 2012 chegando ao índice de 12,55% da população cearense em situação de extrema pobreza.

Contudo, o estado do Ceará ainda tem muitos desafios a ser superado, segundo informações da PNAD 2015, o estado ainda detinha 25,4% da população rural em extrema pobreza. Valor superior à média da região Nordeste (21%) e a média nacional (13,4%).

Com relação as metas 2 e 2A, não há indicadores de segurança alimentar e/ou de desnutrição monitorados ainda no Ceará. A partir de 2020, o IPECE poderá mensurar o indicador de segurança alimentar com a aplicação da Pesquisa Regional por Amostra de Domicílios (PRAD-CE) que irá gerar dados demográficos e socioeconômicos da população cearense no nível das Regiões de Planejamento.

No “Objetivo 2: Atingir o Ensino Básico Universal”, pode-se afirmar que o sistema educacional brasileiro e, em particularmente, o cearense, apresentou visíveis melhorias nas últimas décadas. Houve um incremento substancial da proporção de crianças e adolescentes que frequentam a escola na idade certa, bem como o aumento da escolaridade média da população em geral. No entanto, a taxa de conclusão do Ensino Fundamental para a população de 15 anos ou mais de idade ainda está aquém do desejado. Em 2015, apenas 53,8% da população cearense nessa faixa etária havia concluído o Ensino Fundamental, embora tenha apresentado desempenho superior à região Nordeste, o desempenho do estado ainda estava abaixo da média nacional, não atingindo a Meta 3, que é, “Garantir que, até 2015, as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico”. Da mesma forma, “Meta 3A: Garantir que, até 2015, todas as crianças, de todas as regiões do país, independentemente da cor, raça e do sexo, concluam o Ensino Fundamental”, também não foi alcançada. Embora a taxa de conclusão dessa etapa de ensino da população de 15 a 17 anos de idade (67,9%), em 2015, seja superior ao Brasil (66,0%) e ao Nordeste (56,4%), ambas ficaram longe da meta de 100%.

Apesar dos avanços observados na universalização do Ensino Fundamental, ainda existem grandes dificuldades para a conclusão dessa etapa de ensino. E o principal obstáculo não está relacionado à oferta de vagas, mas sim a problemas referentes ao fluxo escolar, como os elevados índices de repetência, abandono e evasão escolar precoce. Em razão dessas dificuldades, o percentual de jovens de 18 anos ou mais que concluíram o Ensino Médio, ciclo completo da educação básica no Brasil, não chegava a 50%, em 2015. No caso do Ceará, o percentual da população adulta com Ensino Médio completo era de apenas 37,6%, quase 10 pontos percentuais abaixo da média nacional (46,1%).

O “Objetivo 3: Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher”, cuja meta é a de eliminar a disparidade de gênero até 2005 na educação básica e em todo os níveis de ensino



até 2015. No caso brasileiro, o desempenho educacional das mulheres há várias décadas é superior à dos homens, uma vez que, em média, elas permanecem mais tempo no sistema de ensino que eles. Por outro lado, no mercado de trabalho, são eles que estão em situação mais favorável, com rendimentos salariais mais elevados e participação maior em termos percentuais. Pelos dados apresentados no Capítulo 3, o Ceará alcançou a meta de eliminar a desigualdade entre gêneros no que diz respeito ao acesso à educação básica. No entanto, quando se trata de permanência em níveis de ensino mais elevados, mesmo com a redução, as mulheres ainda permanecem mais tempo na escola que os homens e, em 2015, a meta de igualdade de escolaridade entre os gêneros, não havia sido alcançada para o Ensino Médio e Superior. Em relação à autonomia da mulher cearense no mercado de trabalho e em cargos políticos, embora as desigualdades de acesso ao mercado de trabalho, de rendimentos e a participação na política tenham diminuído no período, as disparidades ainda são bastante significativas.

O “Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil” tem como Meta 5: Reduzir em 2/3, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade. Assim, já em 2015, com uma taxa de 13,70 óbitos na infância, o estado obteve sucesso ao ser capaz de reduzir em mais de dois terços deste indicador, a propósito, a meta foi cumprida já 1994. Inclusive, pode-se dizer com base nestas evidências, que Ceará foi capaz de atingir a meta estabelecida pela ONU já em 2005, quando alcançou um patamar de 27,9 óbitos na infância por mil nascidos vivos. Enquanto o Brasil, que também foi exitoso quanto a esta meta, foi capaz de alcançá-la em 2011, com um patamar de 17,7 óbitos. Isto é, não somente o Ceará conseguiu atingir a meta seis anos antes do Brasil, como também se empenhou o resto do período para reduzir ainda mais esta taxa, visto que 27,9 ainda é um patamar considerado muito elevado.

Quanto ao “Objetivo 5: Melhorar a Saúde Materna” que tem como Meta: Reduzir em 3/4, entre 1990 e 2015, a razão de Mortalidade Materna. De uma maneira geral, o Estado enfrentou grandes desafios ao abarcar medidas que buscassem o cumprimento do quinto objetivo do milênio. Melhorar a saúde materna representa uma enorme dificuldade generalizada, não só para os gestores de saúde pública no Ceará, como para o Brasil e também para o mundo todo, dado que a ONU, já em 2013, constatou que o objetivo não seria cumprido a nível mundial até 2015 (IPEA, 2013). E, quando analisada a meta A, a redução de 75% dos óbitos maternos, o Ceará encontra-se muito acima desta mesma (em 2015 a RMM estabeleceu-se em 49,05, enquanto a meta era atingir não mais que 20,44 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos). Enquanto o Brasil chegou apenas ao patamar de 57,59 óbitos, quando deveria haver alcançado 35 óbitos maternos. Mesmo assim, o Ceará destacou-se por apresentar a maior queda na RMM quando comparado ao Brasil e ao Nordeste.

Assim sendo, é possível afirmar que o estado obteve alguns sucessos advindos de grande esforço realizado em prol de universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva. A quase totalidade dos partos foi realizada em hospitais para o ano de 2015 e mais de 66% das gestantes realizou sete consultas ou mais no pré-natal. Isto é, vem aumentando consideravelmente o número de gestantes que recebe o acompanhamento obstetrício adequado tanto ao longo da gestação, bem como no momento do parto, favorecendo assim uma melhora na qualidade da saúde materna. No entanto, ainda restam alguns fatores, tais como o número excessivo de partos cesáreos (56,6%, em 2015) e as altas taxas de gravidez na adolescência, que representam barreiras nas quais formuladores de políticas públicas e autoridades de saúde pública devem concentrar seus esforços de maneira a superá-las e poder atingir com sucesso o Objetivo.



O “Objetivo 6: Combater o HIV/AIDS, a Malária e outras Doenças” diz respeito a melhorar as condições de saúde da população, consistindo em combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças infecciosas. Para tanto, foram estabelecidas 2 metas para acompanhar este objetivo. A primeira, diz respeito ao impedimento da propagação do vírus HIV/AIDS, à inversão da então tendência de propagação e, até 2010, ter alcançado a universalização do tratamento para todos aqueles que o necessitem. A segunda meta objetivava deter a incidência de doenças endêmicas e epidêmicas como a Malária e Tuberculose até 2015. E, no caso específico da Hanseníase, até 2010, erradicá-la totalmente do quadro de morbidades da população.

A primeira meta, que diz respeito ao impedimento da propagação do vírus HIV/AIDS, e à inversão da então tendência de propagação, pelos dados explorados no Capítulo 6, mostra que a meta não foi atingida e a tendência desta doença não se mostra decrescente, pelo contrário. A nível tanto nacional, regional, quanto estadual, a trajetória deste indicador no longo prazo mostrou-se crescente e, apenas recentemente, aparentou uma tendência decrescente para o Brasil e, de menor intensidade, para o Nordeste. Outra informação preocupante é a Taxa de detecção de AIDS entre os jovens cearenses, uma vez que esta apresentou um crescimento expressivo de mais de 107% ao longo de 10 anos. Enquanto, em 2005, esta era de apenas 5,7, em 2015 chegou ao patamar quase 11,8 novos diagnósticos nesta faixa etária.

A Meta 8 diz respeito às tendências e incidências de doenças epidêmicas como a Tuberculose, Malária e Hanseníase. Ao analisar a taxa de incidência de casos de Tuberculose, observa-se uma queda no número de novos diagnósticos ao longo do período. No caso do Ceará, caiu 41,2% ao comparar o ano de 1992 com o ano de 2015. Enquanto em 1992 foram diagnosticados 59,5 novos casos por 100 mil habitantes, em 2015 este número reduziu-se para 36,6. Apesar destas taxas (Ceará, Brasil e Nordeste) seguirem a mesma trajetória decrescente, a taxa para o Ceará, apresenta uma tendência a manter-se mais elevada, principalmente ao analisar um período mais recente.

A Hanseníase que deveria ter sido erradicada até 2010, segundo a Meta componente deste objetivo em questão. E, por erradicada, entende-se que a taxa de prevalência desta doença deve ser menor do que 1 caso por 10.000 habitantes. Apesar de apresentar uma trajetória de queda bem acentuada desde 1992, onde o Ceará apresentava a menor taxa de prevalência (9,38 casos notificados), tanto o Brasil, quanto o Nordeste e o Ceará, não obtiveram sucesso em erradicar a doença até 2010. Permanecendo assim, em um patamar de 1,56, 2,46 e 2,23, respectivamente para o ano de 2010, como foi apresentado no Capítulo 6.

O “Objetivo 7: Garantir a Sustentabilidade Ambiental” o mais amplo de todos eles, tem como principal objetivo incorporar metas que visem o desenvolvimento sustentável das regiões, entre elas: à qualidade ambiental dos meios físicos, bióticos e de moradia da população. Em decorrência da dificuldade em encontrar indicadores capazes de medir esse objetivo, optou-se por incorporar alguns que considerasse a preocupação dos Órgãos Públicos na conservação e preservação do meio ambiente. Pelas informações apresentadas no Capítulo 7, observa-se que ocorreu um aumento no número de municípios que conta com Conselhos Municipais do Meio Ambiente chegando a 83,2% dos municípios cearenses em 2014. Além da ampliação do município que contam com de Fundos Municipais de Meio Ambiente (FMMA), em 2015 já era 37% dos municípios cearenses. Em relação ao acompanhamento da meta 10: reduzir até 2015, pela metade, a proporção de pessoas sem acesso permanente e sustentável a água potável. Nota-se que embora



o Ceará tenha avançado e se aproximado do cumprimento da meta, em 2015, 24,2% dos cearenses ainda não tinham acesso a água potável, quando a meta estaria em torno de 23%. E a meta em reduzir pela metade a proporção da população sem acesso a esgotamento sanitário adequado ficou longe de ser alcançado, em 2015, apenas 18,8% da população rural e 63,7% da população urbana no Ceará possuíam saneamento básico adequado.

O oitavo e último ODM, tem como objetivo “Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento”. Assim, pelos dados apresentados no Capítulo 8, nota-se que o Ceará fez importantes avanços em relação ao desenvolvimento econômico e na difusão das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Porém, nota-se uma grande concentração nos centros urbanos, nas áreas rurais o acesso à TIC ainda é bastante limitado.



Reflexões Finais

Com o final do prazo dos quinze anos da assinatura da Declaração do Milênio, é hora de analisar os avanços do estado do Ceará no cumprimento das metas dos ODM, quais os avanços conquistados e o que precisa ser feito nos próximos quinze anos, onde o Estado e a sociedade terão que trabalhar em políticas públicas e ações para o cumprimento das metas do Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Neste período, apesar de alguma recessão econômica, o país, e em particular o Ceará, conseguiu avançar em diversas áreas. Ocorreu um sólido crescimento da renda e milhões de pessoas saíram da situação de extrema pobreza. O acesso à Educação Básica alcançou a universalização, pelo menos no Ensino Fundamental. A mortalidade infantil e materna caiu consideravelmente nas últimas décadas, a população passou a ter mais acesso a água potável e melhorou o acesso ao saneamento básico, assim como, aos meios de comunicação e tecnológicos.

Contudo, na área da saúde ainda se observa uma incidência alta de casos de AIDS e doenças infecciosas. A mortalidade materna, bem como os casos de gravidez na adolescência ainda é preocupante e precisa ser considerada como uma prioridade na elaboração de políticas públicas.

Assim sendo, ainda são muitos os desafios a serem superados. A Agenda 2030 e os ODS, vão exigir mais esforços por parte dos governos e da sociedade civil, para alcançar um bem-estar mínimo e sustentável. Entre eles, a erradicação da pobreza extrema, a oferta de empregos que leve em consideração os direitos dos trabalhadores (reconhecendo e incorporando o trabalho não remunerado, incluindo o trabalho doméstico), a eliminação do trabalho infantil, maior crescimento econômico e avanços em inovações tecnológicas, a autonomia das mulheres e a emancipação dos jovens, principalmente daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social e de marginalização.

Dois pontos observados que podem auxiliar os gestores públicos, das três esferas de governo, cumprirem a Agenda 2030. O primeiro é a necessidade de alinhamento entre o conteúdo do PPA com as metas e indicadores dos ODS, visto um certo distanciamento das políticas públicas planejadas e as metas dos ODM. Um segundo ponto, e não menos importante, é uma união suprapartidária entre os gestores públicos da União, estados e municípios, bem como, com os poderes Legislativo, Judiciário, instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento e a sociedade civil organizada para a implementação da Agenda 2030 e o alcance de suas metas, compartilhando boas práticas já consolidadas, mas dispersas nas instituições públicas e na sociedade como um todo.

De tal modo, no prazo de 15 anos (2015-2030), os ODS serão guias para os países avançarem na inclusão econômica, social e política e na redução das desigualdades, sobretudo, em relação aos direitos humanos. No caso brasileiro, eles só serão alcançados se houver uma cooperação mútua entre o governo Federal, estaduais e municipais, por meio da mobilização de recursos públicos e privados, a fim de melhorar as condições de vida da população e do meio ambiente.



Referências

- ALKEMA, Leontine et al. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, v. 387, n. 10017, p. 462-474, 2016.
- ALVES, Denisard; BELLUZZO, Walter. Infant mortality and child health in Brazil. *Economics & Human Biology*, v. 2, n. 3, p. 391-410, 2004.
- ASSIS, D. N. C. LINHARES, F. C. Dinâmica da Pobreza, Mudanças Macroeconômicas e Disparidades Regionais no Brasil. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, v. 48, n. 2, pág. 57-96, 2018.
- ASSIS, D. N. C. MEDEIROS, C. N. NOGUEIRA, C. A. G. Extrema Pobreza Infantil, Crescimento e Distribuição de Renda. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 48, pág. 175-205, jan./jun., 2017.
- ÁVILA, R. D. MALHEIROS, T. F. O Sistema Municipal de Meio Ambiente no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.3, p.33-47, 2012
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 1. ed., 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher - 4a edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. - Brasília. Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Economia Indústria, Comércio Exterior e Serviços. Disponível em:<<http://www.mdic.gov.br/index.php/comercio-externo/estatisticas-de-comercio-externo/series-historicas>>. Acesso em: 21/08/2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e AIDS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/siasi>>. Acesso em: 21/08/2018.
- BRITO, Ana Maria de et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. 2001.



- BRYCE, Jennifer et al. WHO estimates of the causes of death in children. *The Lancet*, v. 365, n. 9465, p. 1147-1152, 2005.
- CORBETT, Elizabeth L. et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of internal medicine*, v. 163, n. 9, p. 1009-1021, 2003.
- FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 46-60, 2017.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo et al. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, p. 310-318, 1996.
- IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros: Meio Ambiente, 2002.
- IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros, 2013.
- IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros, 2015.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014. Nota técnica nº 24. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2731>. Acesso em: 21/08/2018.
- IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Anuário Estatístico do Ceará, 2017.
- IPECE. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório do estado do Ceará, 2010. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/Localizacao_Objeticos_Milenio_Escala_Subnacional.pdf>. Acesso em: 21/08/2018.
- LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, p. 759-772, 2002.
- LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, p. 449-460, 2004.
- LIU, Li et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*, v. 379, n. 9832, p. 2151-2161, 2012.
- MILLS, Edward J. et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS medicine*, v. 3, n. 11, p. e438, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico-AIDS e DST. Ano V - nº 1. Brasília, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Normas e Manuais Técnicos, 2008.
- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.



Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS/PAHO: Folha Informativa - Mortalidade Materna. 2018 Disponível em: <https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820 > (acessado em 15/11/2018).

ROCHA, Romero; SOARES, Rodrigo R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*, v. 19, n. S1, p. 126-158, 2010.

RODRIGUES-JÚNIOR, Antônio Luiz; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*, v. 37, n. 4, p. 312-7, 2004.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico-AIDS e DST. Brasília, 2017.

WHO, UnAIDS et al. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: UNAIDS, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global tuberculosis report 2016. 2016. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global Leprosy Strategy: Accelerating towards a leprosy-free world, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Gear up to end TB: introducing the end TB strategy. World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO statement on caesarean section rates. World Health Organization, 2015.