

100 ANOS DE SAÚDE PÚBLICA

A VISÃO DA FUNASA



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde
Humberto Sérgio Costa Lima

Presidente da Fundação Nacional de Saúde
Valdi Camarcio Bezerra

Diretor-executivo
Lenildo Dias de Moraes

Chefe de Gabinete
Cristina Santana

Diretora do Departamento de Engenharia de Saúde Pública
Kátia Regina Ern

Diretor do Departamento de Saúde Indígena
Alexandre Rocha Santos Padilha

Diretor do Departamento de Administração
Wilmar Alves Martins

Diretor do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
Déo Costa Ramos

Auditor-Chefe
Edgard Távora de Sousa

Procurador-Chefe
Cláudio Renato do Canto Farág

Assessor Parlamentar
Jorge Augusto Oliveira Vinhas

Assessora de Comunicação e Educação em Saúde
Suelene Gusmão



100 ANOS DE SAÚDE PÚBLICA

A VISÃO DA FUNASA

BRASÍLIA, 2004

Copyright © 2004

Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**)
Ministério da Saúde

Editor

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde
Núcleo de Editoração e Mídias de Rede/Ascom/Presi/**Funasa**/MS
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N. 5o andar - sala 511
70.070-040 - Brasília/DF

Distribuição e Informação

Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação/**Funasa**
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 5o Andar, Sala 510
Telefone: 0XX61 314-6341 – 226-3492
70.070-040 - Brasília/DF

Tiragem 2.000 exemplares

Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

100 anos de Saúde Pública: a visão da **Funasa** / Fundação Nacional de Saúde. — Brasília :
Fundação Nacional de Saúde, 2004.

232 p. il

1. Histórico da Saúde Pública. I. Título

É permitido a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

A PRESENTAÇÃO

Em virtude das mudanças ocorridas ao longo do século passado, no âmbito da saúde pública e por conseguinte na forma de atuação desta Fundação, a necessidade de se compilar minimamente essas transformações foi sentida.

Tendo em vista a reestruturação por que passou o Ministério da Saúde e, portanto a Funasa, nesta nova gestão federal, faz-se necessária a disponibilização das informações sobre os fatos e atos legais, sistematizados cronologicamente, bem como as transformações ocorridas no âmbito das competências institucionais ao longo do tempo.

Este trabalho não tem a pretensão de relatar todas as mudanças ocorridas na saúde pública desde o início do século passado, porém de forma sucinta, apresenta um histórico sobre as atividades exercidas pela instituição.

“100 anos de saúde pública – a visão da Funasa” busca reconstruir essa trajetória institucional. É resultado de um dedicado trabalho de pesquisa para retratar os principais momentos vividos pela Fundação. Consolida e sistematiza fatos, análises, legislação, fornecendo um panorama geral e orientador para estudos sobre o assunto e propicia uma reflexão crítica sobre as ações desenvolvidas, criando condições para o seu aperfeiçoamento.

A divulgação desta publicação está ocorrendo concomitantemente com as comemorações dos 100 anos de saúde pública, sinalizando um momento de reflexão sobre o passado e, principalmente, sobre os desafios futuros.

Os desafios futuros são enormes e a Funasa deverá estar capacitada para enfrentá-los. A modernização gerencial, o compromisso com resultados e o permanente processo de avaliação dos impactos sobre os indicadores de saúde do país, apresentam-se como questões centrais para seu avanço.

A Funasa passa por um momento de transformação. Entretanto reverencia o passado de onde vem a sua mais rica e longa experiência na área de saneamento ambiental. Trabalha no presente para se tornar referência em suas áreas de atuação a fim de que no futuro possa servir, mais e mais ao povo brasileiro.

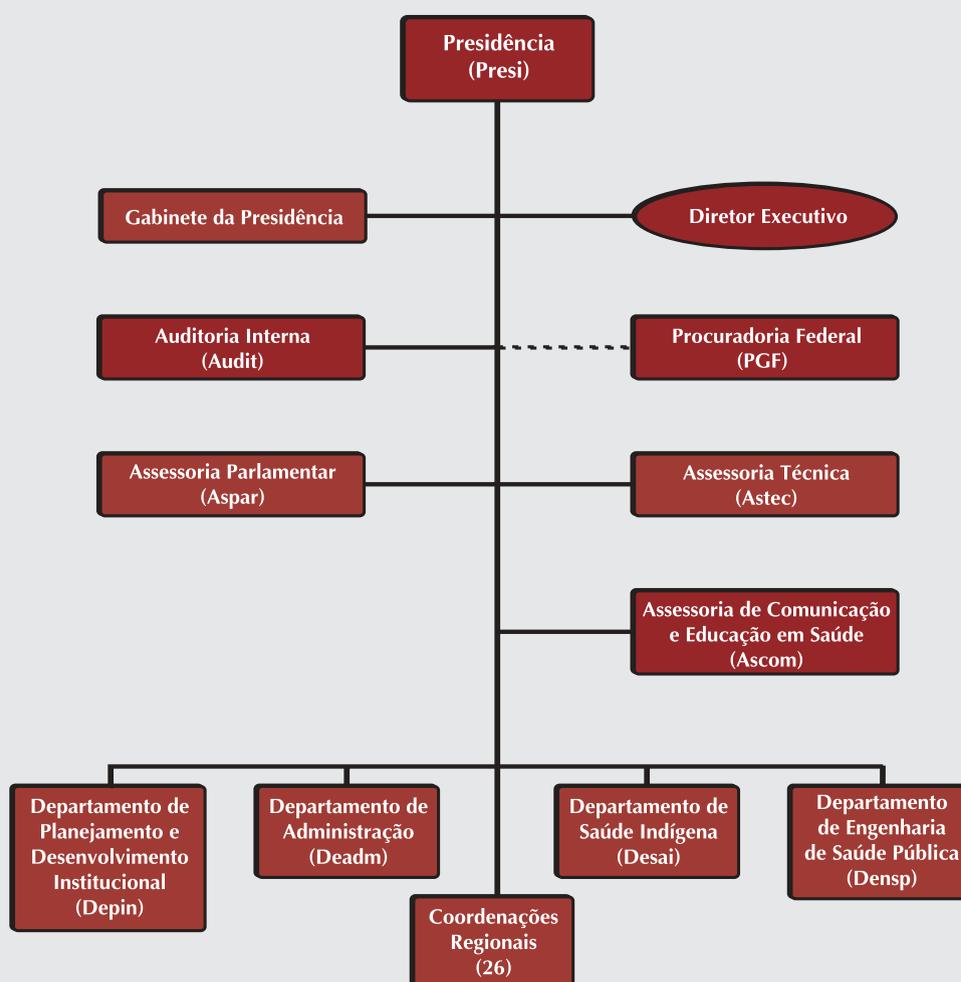
Valdi Camarcio Bezerra
Presidente da Fundação Nacional de Saúde

SUMÁRIO

06	—	COMPROMISSO COM A SAÚDE PÚBLICA
08	—	PRINCIPAIS AÇÕES DA FUNASA
11	—	UMA VISÃO HISTÓRICA DA SAÚDE BRASILEIRA
53	—	UMA VISÃO HISTÓRICA DA FUNASA
73	—	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL
113	—	ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
141	—	ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA
159	—	EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
189	—	A COMPLEXIDADE DAS AÇÕES DA FUNASA
195	—	LEGISLAÇÃO
221	—	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
225	—	GALERIA DO PRESIDENTES DA FUNASA

COMPROM SAÚDE

ORGANOGRAMA DA FUNASA



ISSO COM A DE PÚBLICA

A Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, tem como missão *promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas, com excelência na gestão e em consonância com o Sistema Único de Saúde.*

A **Funasa** é dirigida por um Presidente, auxiliado por um Diretor-Executivo e pelos Diretores dos Departamentos de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, de Administração, de Saúde Indígena e Engenharia de Saúde Pública.

Atua de forma descentralizada, com uma Coordenação Regional em cada estado, com estrutura técnico-administrativa para promover, supervisionar e orientar as ações de saneamento ambiental e engenharia de saúde pública para prevenção e controle de doenças e de atenção à saúde dos povos indígenas.

8

PRINCIPAIS AÇÕES DA FUNASA

Engenharia de Saúde Pública

- formulação de planos e programas de saneamento ambiental e engenharia de saúde pública voltados para a prevenção e controle de doenças;
- assessoramento técnico e/ou financeiro, análise, acompanhamento de projetos, nas seguintes áreas:
 - sistemas de abastecimento de água;
 - sistemas de tratamento e destinação de resíduos sólidos;
 - sistemas de esgotamento sanitário;
 - melhorias sanitárias domiciliares;
 - drenagem em áreas endêmicas de malária;
 - melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas;
 - unidades de controle de zoonoses e de fatores biológicos de risco;
 - câmaras frias para conservação de imunobiológicos; e
 - laboratórios de saúde pública;
- normatização técnica;
- fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos; e
- fomento a estudos e pesquisas aplicadas.

Saúde Indígena

- promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade, respeitando os aspectos etnoculturais;

- organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS;
- implantação e manutenção de unidades de saúde e de sistemas e serviços de saneamento;
- fomento a estudos e pesquisas aplicadas; e
- fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos.

Educação em Saúde

- fomento e coordenação de atividades de educação em saúde e mobilização social, integradas às áreas de saúde indígena e de saneamento ambiental.

CAPÍTULO

Uma medicina de elite pôde ser implementada na Grécia, com a escola de Hipócrates, pois havia uma cultura que privilegiava uma reflexão filosófica acerca do mundo e a observação cuidadosa da natureza, tendo como princípio o equilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente. Era uma medicina centrada no cuidado do corpo, em que o papel do médico era procurar colaborar para a restauração da harmonia.



PRIMEIRO

UMA VISÃO HISTÓRICA DA SAÚDE BRASILEIRA

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde.

No que concerne à saúde preventiva, ao longo de toda a existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas, também, principalmente, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania.

Desde a década de 1960, ocorreu intensa publicação de normas para acompanhar o aumento da produção e consumo de bens e serviços, surgindo conceitos e concepções de controle. Regulamentou-se a iodação do sal, águas de consumo humano e serviços. Reformou-se o laboratório de análises, surgindo o Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS), que recebeu um grande estímulo pela implantação do Programa Nacional de Imunização, cuja execução requeria o controle sanitário de vacinas.

No movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque. Sanitaristas ocuparam postos importantes no aparelho de estado. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde.

12

Naquele evento, os participantes denunciavam os desmandos na saúde e clamavam por ações de garantia dos direitos da população.

O movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa luta travada pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988, nova ordem jurídica, assentada na Constituição, define o Brasil um Estado Democrático de Direito, proclama a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social.

Além do Sistema Único de Saúde, outros sujeitos de direito que requerem proteção específica também foram reconhecidos, assim como os povos indígenas, crianças e adolescentes, deficientes físicos, etc. Inegavelmente, a sociedade brasileira deu um passo significativo em direção à cidadania. É preciso, porém, reconhecer que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanentes.

1521

- D. Manoel baixa o Regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino, e instituindo os Comissários-Delegados nas Províncias, inclusive no Brasil.



1550

- Em Portugal, os almotacéis eram encarregados da saúde do povo, com o papel de verificar os gêneros alimentícios e destruir os que estavam em más condições. Ao Brasil-Colônia eram extensivas a legislação e as práticas vigentes em Portugal.

1744

- No reinado de D. João V, foi reiterada, ao então Vice-Rei do Brasil, Conde de Galvêas, determinação relativa às atribuições dos Comissários-Delegados, que instruía sobre a obrigatoriedade de aceitar a Delegação de Físico-Mor.

1782

- Por lei da Rainha D. Maria I, foi reformada a organização estabelecida, sendo instituída a Junta do Protomedicato, formada por sete deputados, com atribuições semelhantes às do Físico-Mor. A fiscalização foi enfatizada.

1808

- Criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil. E em 27 de fevereiro foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos estados.
- Alvará sobre regimentos e jurisdição do Físico-Mor e Cirurgião-Mor e seus delegados (*Alvará de 23.11.1808*).

1828

- Após a Independência, foi promulgada, em 30 de agosto, a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que conferiu às Juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. No mesmo ano, ocorreu a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, subordinada ao Senado da Câmara, sendo em 1833, duplicado o número dos integrantes.

1837

- Ficou estabelecida a imunização compulsória das crianças contra a varíola.

1846

- Obedecendo o mesmo critério de luta contra as epidemias, foi organizado o Instituto Vacínico do Império.
- Mandou executar o regulamento do Instituto Vacínico do Império (*Decreto nº 464, de 17.8.1846*).

A preocupação em proteger a saúde acompanha os homens através dos tempos. Nos períodos históricos, eram os patriarcas que legislavam sobre aspectos gerais e estabeleciam preceitos visando à higiene dos seus povos. A observação popular, por seu lado, embora sem as bases científicas de que dispomos hoje para interpretar os fenômenos, participou igualmente com sua contribuição empírica na proteção da saúde coletiva.

Segunda metade do século XIX

- A Revolução Industrial determinou uma profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública. Além disso, a revolução trouxe conseqüências graves, pois as populações foram deslocadas das pequenas comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação, o que criou condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas.



1850

- Autorizou o governo a despender recursos para medidas tendentes a obstar a propagação da epidemia reinante, e nos socorros dos enfermos, necessitados, e a empregar, para esse fim, as sobras da receita, e falta destes emitir apólices, ou fazer outra qualquer operação de crédito (Decreto nº 533, de 25.4.1850);
- Concedeu ao Ministério do Império um crédito extraordinário de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos para melhorar o estado sanitário da capital e de outras províncias do império (Decreto nº 598, de 14.9.1850).
- Até esse ano, período as atividades de Saúde Pública estavam limitadas a: Delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais. Controle de Navios e Saúde dos Portos e Autoridades Vacinadoras contra a varíola.
- A tuberculose, conhecida havia séculos, encontrou novas condições de circulação, capaz de amplificar de tal modo a sua ocorrência e a sua letalidade, passando a ser uma das principais causas de morte, e atingindo especialmente os jovens nas idades mais produtivas.

1851

- Regulamentação da lei que criou a Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao Ministro do Império.
- Abriu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para despesas com providências sanitárias tendentes a atalhar o progresso da febre amarela a prevenir o seu reaparecimento e a socorrer os enfermos necessitados (Decreto nº 752, de 8.1.1851).

- Mandou executar o regulamento do registro dos nascimentos e óbitos (Decreto nº 798, de 18.6.1851).
- Abriu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para as despesas com a epidemia de bexigas, na província do Pará e em outras (Decreto nº 826, de 26.9.1851).
- Mandou executar o regimento da junta de Hygiene Pública (Decreto nº 828, de 29.9.1851);
- Abriu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para as despesas com a junta de Hygiene Pública naquele exercício (Decreto nº 835, de 3.10.1851).

1878

- Tornou-se obrigatória a desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas, a critério da autoridade sanitária.
- Tratou de providências sobre a desinfecção das casas e estabelecimentos públicos ou particulares (Decreto nº 7.027, de 6.9.1878).

1897

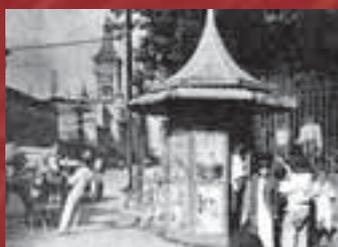
- Nesse ano, os serviços relacionados com a saúde pública estavam na jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública.

Primeiras décadas do século XX

- Surgiu a implantação da administração científica, por meio da utilização da estatística como instrumento de mensuração dos fenômenos sociais.
- Epidemias de doenças transmissíveis, em particular a febre amarela e a malária, produziram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo.

16

A solução, na época, veio sob a forma de incentivo público às pesquisas biomédicas, sobretudo àquelas dirigidas às doenças tropicais e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Estavam criadas as campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas sanitárias destacou-se tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos, como pelo exemplo de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde.

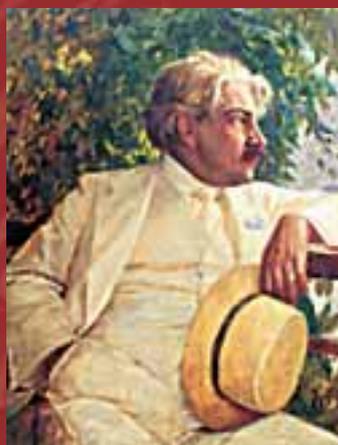


1900

- Foi criado, em 25 de maio de 1900, o Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste.

1902

- Conhecido como “Túmulo dos Estrangeiros”, o Rio de Janeiro do início do século 20 era considerado um desafio ao desenvolvimento do país. O Presidente Rodrigues Alves, ciente da importância de ter uma capital moderna, estabeleceu como prioridade o saneamento e a reforma urbana da cidade. Para isso, convidou o engenheiro Pereira Passos para a Prefeitura e o sanitarista Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública, o que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional. Ampliou as atividades do Instituto Soroterápico Federal, que não mais se restringiu à fabricação de soros, mas passou a dedicar-se também à pesquisa básica e qualificação de recursos humanos.



1903

- Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde. Utilizando o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico, deflagrou suas memoráveis campanhas de saneamento. Seu primeiro adversário: a febre amarela, que angariara para o Rio a reputação de “Túmulo dos Estrangeiros” e que matou, de 1897 a 1906, quatro mil imigrantes.

Oswaldo Cruz estruturou a campanha contra a febre amarela em moldes militares, dividindo a cidade em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde. Seu primeiro passo foi extinguir a dualidade na direção dos serviços de higiene. Para isso, estabeleceu uma conjugação de esforços entre os setores federais e a Prefeitura, com a incorporação à Diretoria Geral de Saúde Pública do pessoal médico e de limpeza pública da municipalidade.

A polícia sanitária adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarílico, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres a demolí-los ou reformá-los. As brigadas; mata-mosquitos percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d'água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos.

Nas áreas de foco, expurgavam as casas, pela queima de enxofre e piretro e providenciavam o isolamento domiciliar dos doentes ou sua remoção para o Hospital São Sebastião.

Oswaldo Cruz baseou o combate à febre amarela no êxito da campanha realizada pelos americanos em Havana e em algumas experiências realizadas no Brasil, que comprovavam o acerto da teoria do médico cubano Carlos Finlay, de que o transmissor da doença era um mosquito: o *Aedes aegypti*, na época conhecido como *Stegomyia fasciata* ou *Culex aegypti*.

Numa época em que ainda se acreditava que a maior parte das doenças era provocada pelos ares pestilenciais, a idéia de “se pagar a rapagões para caçar mosquitos”, como dizia uma revista de então, só poderia provocar o riso. O jovem pesquisador bem que tentou alterar a opinião pública, fazendo publicar seus Conselhos ao Povo, uma série de folhetos educativos. Mas enfrentava a oposição de grande parte da classe médica, que não acreditava na teoria de Finlay.

Oswaldo Cruz não foi poupado: charges diárias na imprensa, canções com letras maliciosas, quadrinhas... Mas o riso logo se transformou em indignação, devido ao rigor com que eram aplicadas as medidas sanitárias — especialmente a remoção dos doentes e a entrada nas casas para o expurgo, mesmo sem autorização dos proprietários.

“Oswaldo Cruz dedicou-se também ao combate da peste bubônica, utilizando para isso método ainda mais controverso: a compra de ratos. Algumas pessoas passaram a criar ou comprar ratos para revendê-los à saúde pública. Certo personagem, conhecido como “Amaral dos Ratos”, chegou a ser preso, e declarou que comprava ratos, sim, mas que os seus eram autênticos espécimes cariocas, enquanto outros importávamos de São Paulo”.



“Um dos grandes desafios do sanitarista veio em 1904, quando o Rio de Janeiro foi assolado por uma epidemia de varíola. Oswaldo Cruz mandou ao Congresso uma lei que reiterava a vacinação obrigatória instituída em 1837, mas que nunca havia sido cumprida. Aproveitando-se da ignorância da população, a oposição se fortaleceu: espalhou boatos de que as vacinas eram feitas dos ratos comprados e explorou o pouco tato político do Diretor de Saúde Pública. Os protestos fugiram ao controle: era a Revolta da Vacina”.

Em seguida, Oswaldo Cruz iniciou sua luta contra a peste bubônica. A campanha previa a notificação compulsória dos casos, isolamento e aplicação do soro fabricado em Manguinhos nos doentes, vacinação nas áreas mais problemáticas, como a zona portuária, bem como desratização da cidade. A associação entre ratos e mosquitos era irresistível. E a decisão da Saúde Pública de pagar por cada roedor capturado, dando origem aos inúmeros compradores de gábirus que percorriam a cidade, só agravou a situação. Mas, em poucos meses, a incidência de peste bubônica diminuiu com o extermínio dos ratos, cujas pulgas transmitiam a doença.

1904

- Instituiu a “Reforma Oswaldo Cruz”, que criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção (com responsabilidade de combate à malária e à peste no Rio de Janeiro) (Decreto Legislativo nº 1.151, de 5.1.1904).
- Tornou obrigatória, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola (Decreto nº 1.261, de 31.10.1904).
- Na reforma de Oswaldo Cruz, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, a qual se destinava a atender aos problemas de saúde da capital do país e prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros.
- Em 1904, uma epidemia de varíola assolou a capital. Somente nos cinco primeiros meses, 1.800 pessoas foram internadas no Hospital São Sebastião. Embora uma lei prevendo imunização compulsória das crianças contra a doença estivesse em vigor desde 1837, ela nunca fora cumprida. Assim, a 29 de junho de 1904, o Governo enviou ao Congresso projeto reinstaurando a obrigatoriedade de vacinação antivariólica.

Suas cláusulas previam vacinação antes dos seis meses de idade e para todos os militares, revacinação de sete em sete anos e exigência de atestado de imunização para candidatos a quaisquer cargos ou funções públicas, para quem quisesse se casar, viajar ou matricular-se numa escola. Davam ainda à polícia sanitária poderes para convidar todos os moradores de uma área de foco a se imunizarem. Quem se recusasse seria submetido à observação médica em local apropriado, pagando as despesas de estadia.

O projeto estipulava ainda punições e multas para médicos que emitissem atestados falsos de vacinação e revacinação, obrigava diretores de colégio a obedecerem as disposições sobre imunização dos estudantes e instituía a comunicação de todos os registros de nascimento.

Estas medidas draconianas estarreceram a população e a oposição a Oswaldo Cruz atingiu seu ápice. Os jornais lançaram violenta campanha contra a medida. Parlamentares e associações de trabalhadores protestaram e foi organizada a Liga Contra a Vacinação Obrigatória.

No dia 13 de novembro, estourou a Revolta da Vacina. Choques com a polícia, greves, barricadas, quebra-quebra, tiroteios — nas ruas, a população se levantou contra o governo. No dia 14, a Escola Militar da Praia Vermelha aderiu à rebelião, mas após intenso tiroteio os cadetes foram dispersados. No bairro da Saúde, no Porto Arthur carioca, os protestos continuaram. Finalmente, o Governo decretou estado de sitio e, no dia 16, conseguiu derrotar o levante, mas suspendeu a obrigatoriedade da vacina.

1907

- Criação do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz), onde foram estabelecidas normas e estratégias para o controle dos mosquitos, vetores da febre amarela (Decreto nº 1.802, de 12.12.1907).
- A febre amarela estava erradicada do Rio de Janeiro. Em setembro de 1907, no IV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, Oswaldo Cruz recebeu a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro.

1908

- O Instituto Soroterápico Federal foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz.
- Em 1908, uma violenta epidemia de varíola levou a população em massa aos postos de vacinação.
- Oswaldo Cruz reformou o Código Sanitário e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país.



20

“Visitamos ontem a cidade de Santo Antonio. Não podes imaginar o que seja. Qualquer descrição por mais pessimista ficaria aquém da realidade. Basta que te diga que não há um só habitante filho do lugar. Todas as crianças que ali nascem morrem infalivelmente e as poucas ali nascidas estão de tal modo doentes que fatalmente morrerão em breve”, disse Oswaldo Cruz, em carta à sua mulher, Emília da Fonseca Cruz.

1909

- Em 1909, Oswaldo Cruz deixou a Diretoria Geral de Saúde Pública, passando a dedicar-se apenas ao Instituto de Manguinhos, que fora rebatizado com o seu nome. Do Instituto, lançou importantes expedições científicas, que possibilitaram maior conhecimento sobre a realidade sanitária do interior do país e contribuíram para a ocupação da região. Erradicou a febre amarela no Pará e realizou a campanha de saneamento na Amazônia, que permitiu o término da obra da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, cuja construção havia sido interrompida pelo grande número de mortes entre os operários.

O sanitarista recomendou uma série de medidas drásticas a serem implantadas, sem demora. Os cuidados sanitários começariam antes do operário chegar à ferrovia, com o engajamento de pessoal em áreas não palustres, exame médico minucioso e fornecimento de quinino durante a viagem. Recomendou ainda exames periódicos nos empregados, fornecimento diário de quinino, desconto dos dias em que o trabalhador não ingerisse o medicamento e gratificação para o operário que passasse três meses sem sofrer nenhum acesso de malária. Finalmente, aconselhou a construção de galpões telados para alojamento do pessoal, fornecimento de água fervida, uso de calçados, locais determinados para a defecação.

- Também em 1909, Carlos Chagas descobriu a doença, provocada pelo *Tripanosoma cruzi*, que então passou a se chamar doença de Chagas. O primeiro caso identificado por Carlos Chagas, foi o da menina Berenice, de dois anos, moradora do município de Lassance/MG, local onde o pesquisador se instalou para combater a malária entre os trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil.

1913

- Em 1913, Oswaldo Cruz foi eleito para a Academia Brasileira de Letras. Em 1915, por motivo de saúde, abandonou a direção do Instituto Oswaldo Cruz e mudou-se para Petrópolis. Em 18 de agosto de 1916, assumiu a prefeitura daquela cidade, traçando vasto plano de urbanização, que não pôde ver implantado. Sofrendo de crise de insuficiência renal, morreu na manhã de 11 de fevereiro de 1917, com apenas 44 anos de idade.

1914

- A Inspetoria de Isolamento e Desinfecção foi transformada em Inspetoria de Serviços de Profilaxia.

1917

- Carlos Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz, em 14 de fevereiro de 1917.

1918

- Foi criado o Serviço da Quinina Oficial, profilático da malária, inicial a dos medicamentos do estado, necessários ao saneamento no Brasil (Decreto nº 13.000, de 1.5.1918).
- Foram iniciadas as atividades do Serviço de Profilaxia Rural, subordinado à Inspetoria de Serviços de Profilaxia (Decreto nº 13.001, de 1.5.1918).

1920

- Novo marco importante da evolução sanitária brasileira com a reforma de Carlos Chagas que, reorganizando os Serviços de Saúde Pública, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. A regulamentação desse diploma legal sofreu substituição e modificações até a publicação do Decreto em 1923, que vigorou como Regulamento Sanitário Federal, por muitos anos.
- Regulamentou o Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (Decreto nº 14.189, de 26.5.1920).
- Aprovou o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920 (Decreto nº 14.354, de 15.9.1920).



1921

- Instituiu a “Reforma Carlos Chagas”, que ampliou as atividades de cooperação com estados, por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (Decreto nº 15.003, de 15.9.1921).

1930

- Criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (Decreto nº 19.402, de 14.11.1930).
- Os serviços relacionados com a saúde pública foram transferidos para o novo Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.
- Reativado o Serviço de Profilaxia de Febre Amarela, em função da epidemia de 1927-1928, no Rio de Janeiro, e da dispersão do mosquito transmissor.

1931

- Em março de 1931, o sanitarista João de Barros Barreto assumiu a diretoria do Serviço Sanitário Estadual de São Paulo. Na gestão desse médico, foi formada a Secretaria Estadual de Educação e Saúde Pública, embora o Decreto que ordenou a sua criação tenha sido um dos últimos atos do dirigente anterior. Vale lembrar que já em 14 de novembro de 1930, com o Decreto nº 19.402, o Governo Federal havia criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

1932

- Convênio com a Fundação Rockefeller, para intensificação das atividades de controle da febre amarela, encerrado em 1939, com a extinção do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.
- No Brasil surgiram o ensino e a pesquisa científica no campo da administração, com a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho (Idort). Na década de 1930, outro passo importante na racionalização da Administração Pública foi a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp).

*“Cabe ao Departamento que me foi confiado a defesa da Saúde Pública no Brasil. Esse Departamento tem a denominação nacional, mas está reduzido a carioca, e ainda assim, por motivos profundos, e alguns radicais cortes de verba, muito prejudicado na sua eficiência.”
Carta de Belisário Pena a Getúlio Vargas
2.7.1931.*

1936

- A comissão chefiada por Evandro Chagas chegou ao Pará, instalando-se na localidade de Piratuba, município de Abaetetuba. Liderando uma equipe de médicos e farmacêuticos, Evandro Chagas constatou que a Amazônia era um campo vasto para pesquisa nas áreas médica e científica. O cientista sugeriu ao governador paraense na época, José da Gama Malcher, a criação de um instituto de pesquisa para ampliar os estudos de doenças regionais, como malária, leishmaniose, filariose. Nasceu então, em 11 de novembro de 1936, o Instituto de Patologia Experimental do Norte (Ipen) atual Instituto Evandro Chagas (IEC).

1939

- Criação do Serviço de Malária do Nordeste (SMN) para intensificar o combate ao *Anopheles gambiae*, introduzido em Natal/RN, em 1930. Foi estabelecido, com essa finalidade, novo convênio com a Fundação Rockefeller. O SMN existiu até 1941, quando foi erradicado o mosquito (Decreto nº 1.042, de 11.1.1939).

1940

- As atividades relativas à proteção da maternidade, da infância e da adolescência, anteriormente sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública, passaram para o Departamento Nacional da Criança, com a transformação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância daquele Departamento (em 1948, o DNCr foi reorganizado).
- Em dezembro de 1940, o Ipen passou a se chamar Instituto Evandro Chagas (IEC), em homenagem ao cientista, morto prematuramente num acidente aéreo.

1941

- Nesse período, foi processada nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. A estrutura criada manteve as linhas gerais durante vários anos, apesar dos cortes sofridos em várias oportunidades.



- Reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, define sua competência, composição e criou: a Divisão de Organização Sanitária; Divisão de Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Lepra; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde, e deu outras providências. (Decreto Lei nº 3.171, de 2.4.1941).

1942

- Autorizou ao então Ministério da Educação e Saúde, organizar o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em cooperação com o *Institute of Interamerican Affairs*, do Governo Americano (Decreto Lei nº 4.275, 17.4.1942).
- Assinado convênio básico, que estabelecia o desenvolvimento de atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária às populações da Amazônia, onde se extraía a borracha necessária ao esforço de guerra.
- Em 31 de julho de 1942, o Instituto Evandro Chagas (IEC), fundado em 10 de novembro de 1936 sob a denominação de Instituto de Patologia Experimental do Norte, passou a integrar o Sesp, na condição de laboratório central.
- A ampliação do convênio básico levou o Sesp a atuar no Vale do Rio Doce, prestando assistência aos trabalhadores na reconstrução da estrada de ferro Vitória-Minas.
- I Conferência Nacional de Saúde.

1943

- Criação da Campanha Contra a Boubá.
- Implantação dos Postos Experimentais de Combate à Esquistossomose (Catende/PE) e ao Tracoma (Jacarezinho/PR).



1944

- Criação do Serviço Nacional de Helminthoses (em especial a esquistossomose e a ancilostomose).
- Novo convênio com o governo americano assegurou o funcionamento do Sesp até 1948.

1948

- Instalado o Centro de Estudos do Instituto Oswaldo Cruz, em Bangu/MG, que desenvolveu os primeiros estudos para o controle da doença de Chagas.
- Criação do primeiro Conselho de Saúde, considerado por William Wech o marco inicial da Saúde Pública moderna. A saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo. Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores seriam as possibilidades econômicas de um país.

1949

- Novos convênios permitiram a expansão do Sesp para outras regiões do país.

1951

- Decisão da Assembléia Mundial da Saúde em promover o controle da varíola em todo o mundo.

1953

- Criação do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25.7.1953).
- Tornou obrigatória a iodação do sal de cozinha destinado a consumo alimentar nas regiões bocígenas do país (Lei nº 1.944, de 14.8.1953).



1954

- Estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde. “Art.1º - É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo” (Lei nº 2.312, de 3. 9. 1954).

1956

- Criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma), órgãos do novo Ministério da Saúde (Lei nº 2.743, de 6.3.1956).
- Delimitação da área bocígena no Brasil e regulamenta o uso do sal iodetado (Decreto nº 39.814, de 17.8.1956).

1958

- Criação do Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária (Gtem).

1960

- Transforma o Sesp em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), vinculada ao Ministério da Saúde (Lei nº 3.750, de 11.4.1960).

1961

- Início da produção, no Brasil, da vacina liofilizada contra a varíola, em substituição à tradicional, em forma de linfa, pouco estável.
- Realização das primeiras campanhas com a vacina oral contra a poliomielite: projetos experimentais em Petrópolis/RJ e Santo André/SP.
- Introdução da técnica de diagnóstico laboratorial da poliomielite, no Instituto Oswaldo Cruz (IOC).

- Regulamentação do Código Nacional de Saúde, Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, estabelecendo as Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde (Decreto nº 49.974-A, de 21.1.1961).

1962

- Instituição da Campanha Nacional contra a Varíola, coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde, com a organização de operações de vacinação em diversos estados, mediante mobilização de recursos locais.
- Primeiro ensaio para administração da vacina BCG Intradérmica, no Brasil.

1965

- Criação da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), independente do DENERu (Lei nº 4.709, de 28.6.1965).

1966

- Criação da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), também subordinada diretamente ao Ministério da Saúde, dirigida por pessoal dos quadros da Fundação Sesp (Decreto nº 59.153, de 31.8.1966).

1969

- O Sesp passou a denominar-se Fundação de Serviços de Saúde Pública Fsesp (Decreto Lei nº 904, de 1.10.1969).
- Organizado, pela Fundação Sesp, o sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis, prioritariamente aquelas passíveis de controle por meio de programas de vacinação.
- Criação, pela Fundação Sesp, do Boletim Epidemiológico.





1970

- Reorganizou administrativamente o Ministério da Saúde, criando a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), subordinada à Secretaria de Saúde Pública e incorporando o DENERu, a CEM e a CEV (**Decreto nº 66.623, de 22.5.1970**).
- Criação da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde (Dnees), no Departamento de Profilaxia e Controle de Doenças.
- Instalação das unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola, em âmbito estadual.
- Instituída a Fundação Oswaldo Cruz, congregando inicialmente o então Instituto Oswaldo Cruz, a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde (posteriormente Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)) e o Instituto Fernandes Figueira. As demais unidades que hoje compõem a Fiocruz foram incorporadas ao longo dos anos.
- Nas décadas de 1950 e 1960, o Instituto Oswaldo Cruz defendeu o movimento para a criação do Ministério da Ciência e a transferência do setor de pesquisas para o novo órgão. No entanto, o Ministério da Saúde priorizou a produção de vacinas. Essa polêmica culminou no Massacre de Manguinhos, em 1970, com a cassação dos direitos políticos e aposentadoria de dez renomados pesquisadores da Instituição. Em 1985, eles foram reintegrados.

1971

- Instituído o Plano Nacional de Controle da Poliomielite, importante marco para as atividades de vacinação do país. Projeto piloto no estado do Espírito Santo, que incluiu estudo para avaliar a resposta sorológica à vacina e para introduzir a metodologia de campanhas estaduais realizadas em um só dia.
- Criação da Central de Medicamentos (Ceme) e início da organização do sistema de produção e distribuição de medicamentos essenciais, inclusive produtos imunobiológicos.



1972

- Aprovação do Plano Decenal de Saúde para as Américas, pela 11ª Reunião de Ministérios da Saúde das Américas, propondo a todos os países americanos a redução da morbidade e da mortalidade por doenças evitáveis por agentes imunizantes.

1973

- Certificação Internacional da Erradicação da Varíola no Brasil.
- Criação da Comissão Nacional de Profilaxia da Raiva, previsto no convênio firmado em 27 de julho de 1973, entre o Ministério da Agricultura, a Central de Medicamentos (Ceme) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS)/OMS, para execução do “Programa Nacional de Profilaxia da Raiva” (Portaria GM/MS nº 248, de 21.8.1973).
- Instituição do Programa Nacional de Imunizações (PNI) (Portaria GM/MS nº 311, de 9.11.1973).
- Realização de campanhas de vacinação contra o sarampo em diversos estados, já como atividade do PNI.
- Instituição do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva no âmbito da Fsesp.
- Descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

1974

- A Sucam passou a subordinar-se diretamente ao Ministério da Saúde (Decreto nº 74.891, de 13.11.1974).
- Criação do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)/Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Delegação à Fundação Sesp, por convênio, da coordenação dos programas nacionais de imunizações e vigilância epidemiológica.

30

1975

- Aprovou o Estatuto da Fsesp, que vigorou até 1991 (Decreto nº 76.165, de 27.8.1975).
- Dispôs sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, e o Programa Nacional de Imunizações. Estabeleceu normas relativas à notificação compulsória de doenças (Lei nº 6.259, de 30.10.1975).
- Realização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica (Camem).
- Início da implantação, em todo país, do sistema de registro de doses de vacinas aplicadas.

1976

- Regulamentou a Lei nº 6.259/75. Dispôs sobre a organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, e o Programa Nacional de Imunizações. Estabeleceu normas relativas à notificação compulsória de doenças (Decreto nº 78.231, de 12.8.76).
- Extinguiu a exigência de atestado de vacinação contra a varíola (Decreto nº 78.248, de 16.8.1976).
- Aprovou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (Decreto nº 78.307, de 24.8.1976).
- Implantação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Estabelecimento das doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 314, de 27.8.1976).
- Implantação do sistema nacional de vigilância de casos suspeitos de poliomielite, com apoio de laboratórios de diagnóstico, o que permitiu definir o perfil epidemiológico da doença no país.
- Criou a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Snabs) e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (Snpes) (Decreto nº 79.056, de 30.12.1976).
- Campanha de Vacinação Contra a Meningite Meningocócica (Sucam e Fsesp).



1977

- Aprovação do modelo da Caderneta de Vacinação (Portaria GM/MS nº 85, de 4.4.1977).
- Ocorrência dos últimos casos de varíola registrados no mundo.
- Publicação do Manual de Vigilância Epidemiológica e Imunizações Normas e Instruções.
- Instituiu o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Portaria GM/MS nº 280, de 21.7.1977).
- Aprovação da meta de imunizar todas as crianças no mundo até 1990, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Definição das vacinas obrigatórias para os menores de um ano, em todo território nacional (Portaria Ministerial nº 452, de 1977).

1978

- Elevação dos percentuais de cobertura vacinal, que em 1975 eram de 20%, para 40% em média.
- Participação de técnicos brasileiros no 1º Curso Internacional de Rede de Frio, patrocinado pela Opas.

1979

- Certificação, pela OMS, da erradicação global da varíola.
- Implantação, pela Fiocruz, do concentrado viral para diluição da vacina contra sarampo.
- Criação da Comissão Interministerial para o PNI (Portaria Interministerial MS/MPAS nº 1, de 9.5.1979).
- Publicação e distribuição, pela Fundação Sesp, do documento “O Refrigerador na Conservação de Vacinas.”
- Dispôs sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento; aprovou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) para o período 1980-1985 (Decreto nº 84.219, de 14.11.1979).



1980

- Extinção da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola (*Portaria GM/MS nº 55, de 29.1.1980*).
- Lançado o Plano de Ação Contra a Poliomielite, estabelecendo os dias nacionais de vacinação.
- Demonstração do impacto epidemiológico dos dias nacionais de vacinação contra a poliomielite realizados em 14 de junho e 16 de agosto, pela drástica redução da incidência da doença, em todas as regiões do país.
- Constituição do Grupo Interministerial de Coordenação incumbido de elaborar o Plano de Ação de Controle da Poliomielite, promover e coordenar o seu desenvolvimento em âmbito nacional (*Portaria GM/MS nº 106, de 3.3.1980*).
- Institucionalização da rede de apoio laboratorial ao diagnóstico da poliomielite, coordenada pela Fiocruz.

1981

- Executado o Plano de Ação Contra o Sarampo, por intermédio de campanhas estaduais de vacinação (adoção da estratégia de campanha para a vacina contra o sarampo, mantida por alguns estados em 1982 e 1983).
- Constituído o Grupo de Trabalho para o Controle da Qualidade de Imunobiológicos (GT/CQI) (*Portaria GM/MS nº 163, de 15.7.1981*).
- Transferência formal à Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Snabs), do Ministério da Saúde, da coordenação dos Programas Nacionais de Imunizações e de Vigilância Epidemiológica, que havia sido delegada à Fsesp, em 1974.
- Inauguração do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fiocruz.
- Reconhecidos como Laboratórios Nacionais de Saúde Pública, em apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, aqueles com competência para tanto, atuando sob a supervisão da Divisão Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, da Secretaria

Nacional de Ações Básicas de Saúde, bem como definição de suas competências, as unidades credenciadas para as atividades e respectivas áreas de abrangência (Portaria GM/MS nº 217, de 17.9.1981).

1982

- Dinamizado o sistema de informações sobre a mortalidade, com a publicação do primeiro anuário de dados.
- Estabelecidas Normas Técnicas para o Sistema de Vigilância Epidemiológica.
- Mudança do esquema de vacinação contra o sarampo, recomendando dose única, a partir dos nove meses de idade.
- Publicação e distribuição do documento “Bases Técnicas para Programas de Controle da Poliomielite”, consolidação de toda a orientação normativa sobre o assunto.
- Realização do Encontro Nacional de Controle de Doenças e do 1º Curso Nacional sobre Rede de Frio.

1983

- A estratégia de dias nacionais de vacinação passa a ser recomendada pela Opas e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), sendo adotada por outros países latino-americanos.
- Início da realização, pelo INCQS, do controle de qualidade dos imunobiológicos distribuídos pelo PNI.
- Criação do Comitê Interorgânico de Controle de Doenças Transmissíveis, coordenado pela Snabs e integrado por representantes da Fsesp, da Fiocruz, da Sucam, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), entre outros.
- Realização do Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (Tbve), nas cinco macrorregiões do país.

34

1984

- Realizados dois dias nacionais de multivacinação, com a aplicação seletiva das vacinas DPT e contra o sarampo, em 24 unidades federadas.
- Introdução, em alguns estados, da estratégia de multivacinação utilizando a mobilização para os dias nacionais de vacinação contra a poliomielite.
- Definição da Snabs como unidade orçamentária responsável pelo suprimento de imunobiológicos para o PNI. A aquisição dos produtos passou da Ceme para a Fiocruz, mediante convênio com a Snabs.
- Implantação do Sistema de Aquisição, Distribuição, Controle de Qualidade e Desenvolvimento Tecnológico de Imunobiológicos para o PNI.
- Publicação e distribuição da primeira edição do Manual de Vacinação do PNI.
- Publicação e distribuição de cartilhas sobre Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (n^{os}.1 e 2), destinadas ao pessoal auxiliar de saúde.

1985

- Instituído o Programa de Controle de Acidentes Ofídicos.
- A vacinação com a BCG passou a ser responsabilidade do PNI.
- Início do Programa Pólio Plus, do Rotary Internacional, para promover a imunização infantil.
- Criação da Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (Cenadi), na Fiocruz.
- Elaboração da proposta de Política Nacional de Imunobiológicos e do Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni).
- Aprovação, pela Conferência Sanitária Pan-Americana, de proposta para erradicar a transmissão de poliovírus selvagem no continente.



- Criação do Subsistema Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis.
- Realização, em âmbito nacional, do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (Cbve), do Curso Intensivo de Vigilância Epidemiológica (Cive) e do Curso de Aperfeiçoamento para Epidemiologistas.
- Avaliação da capacitação de recursos humanos com o Cbve e o Cive, pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).
- Publicação e distribuição da primeira edição do Guia de Vigilância Epidemiológica.

1986

- Aprovou o Plano de Ação para a Erradicação da Poliomielite no Brasil (**Resolução Ciplan nº 4, de 6.2.1986**).
- Introdução do Dia Nordestino de Vacinação Contra a Poliomielite.
- Criação do personagem símbolo da erradicação da poliomielite, o Zé Gotinha, e publicação do documento “A marca de um compromisso.”
- Publicação e distribuição da primeira edição do Manual de Procedimentos para Vacinação.
- O Brasil, como membro do Conselho Diretivo da Opas, aprovou a Resolução nº 31, que propôs a erradicação da transmissão do poliovírus selvagem nas Américas.
- Criação do grupo técnico incumbido de coordenar as atividades pertinentes à erradicação da poliomielite no país, o GT/Pólio.
- Realização, no Rio de Janeiro, do 1º Curso Internacional de Vigilância Epidemiológica para Erradicação da Poliomielite nas Américas, promovido pela Opas/OMS.
- Elaboração do Plano de Ação para o Programa de Erradicação da Poliomielite e sua aprovação em âmbito interministerial.
- Início da edição do Informe Semanal do Programa de Erradicação da Poliomielite.



36

- VIII Conferência Nacional de Saúde, marco para as bases da criação do Sistema Único de Saúde.

1987

- Dispôs sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) nos estados (Decreto nº 94.657, de 20.7.1987).
- Realização de inquérito de cobertura em municípios com alta incidência de poliomielite.
- Ampliação da marca-símbolo da erradicação da poliomielite, o Zé Gotinha, para todo o PNI e publicação do documento “A marca: desenvolvimento e uso.”

1988

- Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988

Arts. 196 a 200 - Seção II - Da Saúde.

Título VIII

Capítulo II

Seção II

Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

38

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

1989

- Ocorrência do último caso de poliomielite no Brasil.
- Elaboração do documento: “PNI 15 anos, uma análise crítica.”
- Início do controle da hepatite B, com a realização de vacinação na Amazônia Ocidental.

1990

- Transferiu as atribuições, o acervo e os recursos orçamentários da Sucam para a Fsesp, que passou a denominar-se Fundação Nacional de Saúde (FNS) (**Medida Provisória nº 151, de 15.3.1990**).
- Autorizou o Poder Executivo a instituir a Fundação Nacional de Saúde (FNS), mediante incorporação da Fsesp e Sucam (**Lei nº 8.029, de 12.4.1990**).
- Transferiu da Snpes para a Sucam o Programa de Controle da Hanseníase e outras dermatoses (**Portaria GM/MS nº 873, de 27.6.1990**).
- Instituiu o SUS, definindo seus objetivos, competências e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão. Criou o



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

subsistema de atenção à saúde indígena; regulou a prestação de serviços privados de assistência à saúde; definiu políticas de recursos humanos; financiamento; gestão financeira; planejamento e orçamento (Lei nº 8.080, de 19.9.1990).

- Transferiu para a FNS: da Snabs, o Programa Nacional de Imunizações PNI, o Plano de Ação para Erradicação da Poliomielite, o Programa Nacional de Zoonoses, o Sistema de Vigilância Epidemiológica, o Sistema de Informações sobre Mortalidade e o Sistema de Laboratórios de Saúde Pública; e da Snpes, a Pneumologia Sanitária e a Dermatologia Sanitária (Portaria GM/MS nº 1.331, 5.11.1990).
- Incorporou à Fundação Nacional de Saúde (FNS) as atividades de informática do SUS, desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) (Lei nº 8.101, de 6.12.1990).
- Gestão participativa no SUS; forma de alocação dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde (Lei nº 8.142, de 28.12.1990).
- Evolução das coberturas de vacinação para índices em torno de 90%.
- Início da elaboração do dossiê sobre coberturas vacinais para sensibilização de governadores, prefeitos e outras lideranças, com o apoio do Unicef.
- Criação, pela Opas/OMS, da Comissão Internacional para Certificação da Erradicação da Poliomielite nas Américas.

1991

- Transferiu para a FNS todas as atividades do Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni), da extinta SNABS (Portaria GM/MS nº 46, de 17.1.1991).
- Encarregou a Fsesp da coordenação dos projetos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio (Decreto nº 23, de 04.2.1991).
- Aprovou o Projeto de Saúde Yanomami (Portaria Interministerial MS/MJ nº 316, de 11.4.1991).

40

- Intensificação da vacinação de recém-nascidos com a BCG-ID, nas maternidades de grande porte.
- Introdução da vacinação contra a febre amarela na rotina dos serviços permanentes de vacinação, nas áreas endêmicas.
- Implementação e ampliação da vacinação contra a hepatite B, na Amazônia Ocidental.
- Instituiu a Fundação Nacional de Saúde (FNS) (Decreto nº 100, de 16.4.1991).
- Aprovou a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde (Decreto nº 109, de 2.5.1991).
- Criação do Comitê Técnico Assessor de Imunizações (Portaria GM/MS nº 389, de 6.5.1991).
- Início do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal, com vacinação de mulheres em idade fértil, nos municípios de risco.
- Publicação e distribuição do documento “Como Organizar a Vacinação no Município”, produzido pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam) e pelo Unicef.
- O Programa Nacional de Imunizações (PNI) recebe o Prêmio Criança e Paz 1991, outorgado pelo Unicef, como programa que se destacou na defesa e na promoção dos direitos da criança e do adolescente.
- Realização de concurso para homenagear municípios do Nordeste que alcançaram coberturas iguais ou superiores a 80%, promovido pelo Unicef e pelo Ibam.

1992

- Implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, com a realização de campanha nacional de vacinação em menores de 15 anos.
- Implantação da vacina contra a hepatite B, para grupos de alto risco de infecção pelo vírus HB, em todo país.
- Início da implantação do Sistema de Vigilância de Eventos Adversos à Vacinação.

- Redefinição dos instrumentos para coleta das informações do PNI, com desmembramento por idade e inclusão dos códigos do SIA/SUS.
- Transferência da Cenadi, da Fiocruz, para a FNS. A Fundação assumiu a responsabilidade pela aquisição e o controle dos imunobiológicos.
- Edição do Informe Epidemiológico do SUS, pelo Cenepi/FNS/MS.

1993

- Reestruturação do Sistema de Informação do PNI, com padronização de formulários.
- Início da instalação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), no Ceará, em São Paulo, no Paraná e no Distrito Federal.
- Publicação e distribuição do documento “A Criança, a Vacina e o Município”, produzido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, o Grupo de Defesa dos Direitos da Criança, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).
- Definiu a descentralização das ações e serviços de saúde da Fundação Nacional de Saúde (FNS), como prioridade político-institucional (**Portaria FNS nº 1.883, de 16.12.1993**).

1994

- Aprovou o Regimento Interno dos Órgãos que compõem a Estrutura Regimental da Fundação Nacional de Saúde (**Portaria GM/MS nº 1.835, de 1.11.1994**).
- Obtenção, pelo Brasil, do Certificado Internacional de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem.
- A vacinação contra a febre amarela passou a ser responsabilidade do PNI.



42

- Instalação de CRIE em Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Pará.
- Revisão, atualização e ampliação do Guia Nacional de Vigilância Epidemiológica (1ª edição).

1995

- Aprovou os códigos das unidades organizacionais integrantes da estrutura regimental da Fundação Nacional de Saúde (publicado no Boletim de Serviço do MS nº 7 de 17.2.95, p. 3) (*Portaria GM/MS nº 163, de 15.2.1995*).
- Implantação do Subsistema de Controle de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI).
- Lançamento do Projeto para Redução da Mortalidade na Infância (Prmi), integrante do Programa Comunidade Solidária.
- Inclusão das metas do PNI nas ações relevantes do setor saúde, acompanhadas pela Presidência da República.

1996

- Realização de campanha nacional de vacinação contra a hepatite B, envolvendo escolares e odontólogos; esses últimos em parceria com o Conselho Nacional de Odontologia.
- Implantação de CRIE em mais três unidades federadas: Bahia, Espírito Santo e Pernambuco.

1997

- Dispôs sobre a transferência da Escola de Enfermagem de Manaus, unidade organizacional da Fundação Nacional de Saúde, para a Fundação Universidade do Amazonas (*Lei nº 9.484, de 27.8.1997*).
- Implantação da vacina monovalente contra a rubéola no pós-aborto e no pós-parto.

- Ampliação do número de CRIE, com a instalação no Rio Grande do Sul, Piauí, Amazonas, Mato Grosso, Amazonas e Paraíba.
- Descentralização do suporte técnico ao sistema SI-PNI, nas unidades federadas.
- Introdução de nova sistemática na aquisição de imunobiológicos mediante integração ao Fundo Rotatório da Opas/OMS.
- Autorizou o Poder Executivo a transformar o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) da Fundação Nacional de Saúde, em Subsecretaria de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), vinculando-a à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (**Artigo 52 - Medida Provisória nº 1.549-32, de 11.7.1997**).
- Conclusão e publicação das Normas de Produção e Controle de Qualidade das Vacinas Bacterianas, de Soros e da Vacina Anti-Rábica de uso humano (**Portaria GM/MS nº 661, de 22.12.1997**).

1998

- Transferiu da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a coordenação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde relacionadas à pneumologia sanitária, subordinando técnica e administrativamente ao Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), situado no Rio de Janeiro. Extinguiu a Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde (Ciass), do (Cenepi) (**Portaria GM/MS nº 3.635, de 18.9.1998**).
- Transferiu da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a coordenação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde relacionadas à Dermatologia Sanitária (**Portaria GM/MS nº 3.637, de 18.9.1998**).
- Revogou as Portarias GM/MS nº 3.635 e nº 3.637, de 18 de setembro de 1998 (**Portaria GM/MS nº 3.911, de 30.10.1998**).
- Determinou a transferência das seguintes unidades operacionais da Fundação Nacional de Saúde: I. Unidades de assistência à saúde: unidades mistas, centros e postos de saúde até dia 31.12.1998. II. Oficinas de saneamento, até 31.12.1998. Determinou a



44

transferência das atividades de epidemiologia, ainda existentes, das Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde para as Secretarias Estaduais de Saúde (*Portaria GM/MS nº 3.843, de 5.11.1998*).

- Implantação, na rotina, da vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo B, para menores de um ano, em todo o país.
- A aquisição, armazenamento e distribuição das vacinas contra a raiva de uso humano e de uso canino, e do soro anti-rábico passam a ser responsabilidade do PNI.
- Instalação de CRIE em Goiás, totalizando 24 Centros e abrangendo 80% das unidades federadas.
- Informatização do Sistema de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação.
- Inclusão de metas do PNI no Projeto de Estruturação da Vigilância em Saúde (Vigisus), da FNS, financiado pelo Banco Mundial.
- Responsabilização direta dos municípios pela execução da vacinação, na rede de serviços, a partir da sua habilitação às condições de Gestão estabelecidas pela NOB/96: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.
- Instituiu o Núcleo Estadual de São Paulo, em consequência extinguiu a Coordenação Regional de São Paulo (*Portaria FNS nº 538, de 17.12.1998*).

1999

- Instituiu e formalizou a distribuição de competências dos órgãos do MS quanto ao Sistema Nacional de Informações em Saúde. Designou a FNS/Cenepi como gestora dos Sistemas: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações - API (*Portaria GM/MS nº 130, de 12.2.1999*).
- As atividades de vigilância epidemiológica, especialmente de dengue, febre amarela, malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, peste, bócio, oncocercose e outras, executadas pelo Departamento de Operações (Deope), passaram a integrar ao Centro

Nacional de Epidemiologia (Cenepi). Subordinou também ao Cenepi o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), a Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos - (Cenadi) e o Instituto Evandro Chagas (IEC) (Portaria FNS nº 125, de 18.2.1999).

- Reestruturou a Unidade de Gerência de Projetos (UGP), na fase execução do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus) (Portaria FNS nº 298, de 9.4.1999).
- Extinguiu a Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Distrito Federal, e deu outras providências (Portaria FNS nº 299, de 13.4.1999).
- Estabeleceu a Base Deliberativa e a Base Operacional do Comitê Central de Planejamento (Coplan), da Fundação Nacional de Saúde (Instrução Normativa **Funasa** nº 1, de 27.5.1999).
- Aprovou o Plano de Ação da Fundação Nacional de Saúde para o Biênio 1999/2000 (Instrução Normativa **Funasa** nº 2, de 27.5.1999).
- Transferiu da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde pessoal, patrimônio e orçamento vinculados às ações de atenção à saúde indígena (Art. 28-B - Medida Provisória nº 1.911-8, de 29.7.1999).
- Subordinou administrativamente à **Funasa** os servidores ocupantes de cargos redistribuídos da Funai para a **Funasa**, que exerciam atividades relacionadas com a saúde dos povos indígenas (Portaria Conjunta **Funasa/Funai** nº 1, de 25.8.1999).
- Dispôs sobre as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS. Estabeleceu as condições de assistência à saúde dos povos indígenas pela **Funasa** (Decreto nº 3.156, de 27.8.1999).
- Criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Lei nº 9.836, de 23.9.1999).
- Criou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). Estabeleceu competências para os Dsei. Instituiu estrutura e organização dos DSEI (Portaria **Funasa** nº 852, de 30.9.1999).



46

- Regulamentou a NOB/SUS nº 1/1996 no que se refere as competências dos três níveis de governo na área de epidemiologia e controle de doenças. Definiu a sistemática de financiamento (Portaria GM/MS nº 1.399, de 15.12.1999).

2000

- Estabeleceu os critérios e procedimentos para aplicação de recursos financeiros (Portaria **Funasa** nº 176, de 28.3.2000).
- Aprovou o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**) (Decreto nº 3.450, de 9.5.2000).
- Aprovou os códigos e denominações das unidades organizacionais integrantes do estatuto da **Funasa**. Delegou competência ao Presidente da **Funasa** para aprovação do respectivo Regimento Interno (Portaria GM/MS nº 511, de 24.5.2000).
- Aprovou a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do MS (Decreto nº 3.496, de 1.6.2000).
- Estabeleceu os procedimentos relacionados à cessão de servidores a estados, Distrito Federal e municípios, que executam ações na área de epidemiologia e controle de doenças (Instrução Normativa **Funasa** nº 3, de 17.7.2000).
- Estabeleceu os procedimentos relacionados à cessão de bens móveis e imóveis utilizados nas atividades de epidemiologia e controle de doenças (Instrução Normativa **Funasa** nº 4, de 17.7.2000).
- Aprovou o Regimento Interno da **Funasa** (Portaria **Funasa** nº 410, de 10.8.2000).
- Instituiu o Núcleo de Resposta Rápida em Emergências Epidemiológicas (Nurep), da **Funasa** (Portaria **Funasa** nº 473, de 31.8.2000).
- Alterou os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (Emenda Constitucional nº 29, de 13.9.2000).



- Instituiu os Comitês Regionais de Planejamento (Coreplan) (Portaria **Funasa** nº 584, de 7.11.2000).
- Alterou a redação de dispositivos da Portaria **Funasa** nº 410, de 10.8.2000 (Portaria **Funasa** nº 608, de 23.11.2000).
- Estabeleceu os procedimentos e as responsabilidades relativos ao Controle e Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu padrão de potabilidade (Portaria **GM/MS** nº 1.469, de 29.12.2000).

2001

- Aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2001) que ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica; definiu o processo de regionalização da assistência; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (Portaria **GM/MS** nº 95, de 26.1.2001).
- Estabeleceu ação integrada do Ministério da Saúde e Ministério Desenvolvimento Agrário, no Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (Piacm) (Portaria **Interministerial MS/MDA** nº 279, de 8.3.2001).
- Implantou a Agenda Nacional de Saúde. Estabelece os eixos prioritários de intervenção para o ano 2001, sendo instrumento de orientação estratégica da Política de Saúde no Brasil. Definiu responsabilidades (Portaria **GM/MS** nº 393, de 29.3.2001).
- Promoveu alterações na composição e competências do Coplan (Portaria **Funasa** nº 304, de 25.5.2001).
- Ampliou, para o exercício de 2001, a aplicação dos critérios de elegibilidade para projetos destinados ao atendimento de municípios enquadrados nos critérios do Projeto Alvorada (Portaria **Funasa** nº 447, de 31.7.2001).
- Regulamentou a Portaria **GM/MS** nº 1.399/99, no que se refere às competências da União, estados, municípios e DF na área de Vigilância Ambiental em Saúde (Instrução Normativa **Funasa** nº 1, de 25.09.2001).
- Definiu a relação de doenças de notificação compulsória em todo o território nacional (Portaria **GM/MS** nº 1.943, de 18.10.2001).

48

- Adotou a vacinação obrigatória de trabalhadores das áreas portuárias, aeroportuárias, de terminais e passagens de fronteira (Portaria GM/MS nº 1.986, de 25.10.2001).
- Estabeleceu os critérios para a suspensão de transferência de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) e o cancelamento da certificação para gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças, na falta de alimentação de dados do Sinasc, por mais de 60 dias (Portaria **Funasa** nº 627, de 5.12.2001).
- Estabeleceu procedimentos para a elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) (Instrução Normativa **Funasa** nº 2, de 6.12.2001).
- Dispensou a exigência da apresentação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (Pesms) de que trata a Portaria **Funasa** nº 176/2000, quando da celebração de convênios que tenham por objetivo a realização de ações de saneamento básico em áreas indígenas (Portaria **Funasa** nº 633, de 6.12.2001).
- Dispôs sobre a criação da Comissão Permanente de Saúde Ambiental, do Conselho Nacional de Saúde (Portaria GM/MS nº 2.253, de 11.12.2001).

2002

- Aprovou os critérios e procedimentos para a aplicação de recursos financeiros destinados a: 1.1. saneamento, 1.2. saúde indígena, 1.3. vigilância ambiental, 1.4. educação em saúde, 1.5. Pesquisa (Portaria **Funasa** nº 1, de 2.1.2002).
- Dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab). Designou a **Funasa** como o gestor da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental (Portaria GM/MS nº 15, de 3.1.2002).
- Incluiu as ações de epidemiologia e controle de doenças na gestão da atenção básica de saúde (Portaria GM/MS nº 44, de 3.1.2002).
- Aprovou o Manual de Procedimentos de Segurança em Controle de Vetores; Anexo do Capítulo VIII, do Manual de Gestão de Insumos Estratégicos (Portaria **Funasa** nº 10, de 15.1.2002).

- Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria GM/MS nº 254, de 31.1.2002).
- Instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido pelos três níveis de gestão. Definiu as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais em cada nível de direção do SUS; estabeleceu níveis assistenciais; delegou à **Funasa** a coordenação do Sistema Epidemiológico das Hepatites Virais; e o uso de imunobiológicos para a prevenção das hepatites virais, e deu outras providências (Portaria GM/MS nº 263, de 5.2.2002).
- Aprovou a NOAS/SUS/ 1/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica (Portaria GM/MS nº 373, de 27.2.2002).
- Aprovou a estrutura organizacional do Projeto Vigisus (estruturação do sistema nacional de vigilância em saúde). Adequou a estrutura organizacional da Unidade de Gerencia de Projeto (UGP), do Projeto Vigisus (Portaria **Funasa** nº 57, de 12.3.2002).
- Acrescentou capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento correspondentes; regulamentou a assistência domiciliar no âmbito do SUS, e deu outras providências (Lei nº 10.424, de 15.4.2002).
- Alterou os artigos 19 e 20 da Portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere aos critérios para a suspensão do repasse de recursos correspondentes aos convênios celebrados, aplicação das sanções e demais procedimentos correspondentes (Portaria GM/MS nº 1.147, de 20.6.2002).
- Instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis (Sidant) (Instrução Normativa **Funasa** nº 1, de 5.9.2002).
- Organizou por doença de interesse para a saúde pública as Sub-redes de Diagnóstico e Vigilância Laboratorial no país, integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica (Portaria **Funasa** nº 409, de 12.9.2002).
- Regulamentou o funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) (Instrução Normativa **Funasa** nº 2, de 24.9.2002).

50

- Definiu os procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde, nos casos que especifica, implanta o Sistema de Convênios (Siscon) (**Portaria Funasa nº 443, de 3.10.2002**).
- Instituiu a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) (**Portaria GM/MS nº 1.919, de 22.10.2002**).
- Instituiu o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (**Portaria Funasa nº 663, de 27.12.2002**).
- Criou o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas PPACI, objetivando promover a segurança alimentar e nutricional, de forma sustentável, e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica à saúde prestada às populações indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças (**Portaria GM/MS nº 2.405, de 27.12.2002**).

2003

- Alterou o art. 4º do Estatuto da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), aprovado pelo Decreto nº 3.450 de 9.5.2000, e deu outras providências (**Decreto nº 4615/2003, de 18.3.2003**);
- Aprovou os critérios e procedimentos básicos para aplicação de recursos financeiros (**Portaria nº 225/2003, de 14.5.2003**);
- Aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde (**Decreto nº 4.726, de 9.6.2003**);
- Aprovou o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), e deu outras providências (**Decreto nº 4.727, de 9.6.2003**);
- Definiu que a 12ª Conferência Nacional de Saúde seja denominada Conferência Sergio Arouca – 12ª CNS (**Portaria GM/MS nº 1.721 de 2.9.2003**);

- Aprovou o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**) (Portaria GM/MS nº 1.776, de 08.09.2003);
- XII Conferência Nacional de Saúde (7 a 11.12.2003).

2004

- Aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria GM/MS nº 70, de 20.1.2004);
- Aprovou critérios básicos para aplicação de recursos financeiros (Portaria nº 106, de 4.3.2004).

CAPÍTULO

Em 1988, entre as diretrizes políticas consolidadas no cenário nacional, pela nova Constituição, estavam os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro, impulsionada pelo consenso da sociedade, diante da total inadequação do sistema de saúde.



SEGUNDO

UMA VISÃO HISTÓRICA DA FUNASA

Funasa 1991 a 2003

Em 1988, entre as diretrizes políticas consolidadas no cenário nacional, pela nova Constituição, estavam os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro, impulsionada pelo consenso da sociedade, diante da total inadequação do sistema de saúde, caracterizado pelos seguintes aspectos, entre outros:

- um quadro de doenças de todos os tipos, condicionadas pelo nível de desenvolvimento social e econômico do país e que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, com sobreoferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização implicando, por vezes, impropriedades das decisões, pela distância da esfera central em relação aos locais onde ocorriam os problemas;
- desperdícios, estimados em 30%, dos recursos alocados para a saúde;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, acarretando fragmentação do processo decisório, descompromisso com as ações e falta de responsabilidade com os resultados;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;

54

- imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à saúde.

A partir desse diagnóstico e de experiências isoladas ou parciais acumuladas ao longo dos anos e, especialmente, baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu, pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde.

Em meio ao processo de mudanças pelo qual passava o país e sendo dele parte integrante, em abril de 1990 foi sancionada a Lei nº 8.029, que autorizou a instituição da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**).

A **Funasa**, instituída pelo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, resultou da incorporação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp). Absorveu, também, atividades das extintas Secretarias Nacionais de Ações Básicas de Saúde (Snabs) e de Programas Especiais de Saúde (Snpes), do Ministério da Saúde, além daquelas relacionadas à área de informática do SUS, até então desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).

Da Sucam, órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), a Fundação herdou experiência e conhecimento acumulados, ao longo de várias décadas, de atividades de combate às endemias de transmissão vetorial, que transformaram a Sucam no órgão de maior penetração rural no país. Sua estrutura operacional estava presente em todos os Estados brasileiros.

Não há localidade no interior do Brasil, por mais remota, que não tenha sido periodicamente visitada por guardas da Sucam. A eficiência e a disciplina desses servidores sempre foram reconhecidas pela população e pelas autoridades locais. Sua estrutura de campo foi também utilizada na execução de outras atividades de saúde pública, fora do âmbito de suas responsabilidades institucionais. Tinha como finalidade o controle ou erradicação das grandes endemias no Brasil, desenvolvendo quatro Programas de Controle de Doenças: Chagas, malária, esquistossomose e febre amarela, bem como cinco Campanhas Contra: a filariose, o tracoma, a peste, o bócio endêmico e as leishmanioses. Possuía em todas as unidades federadas diretorias regionais, que tinham em sua estrutura distritos sanitários, totalizando oitenta em todo o país, sendo essas as unidades responsáveis pela operacionalização de atividades de campo.

A Sucam foi legítima herdeira de um dos mais antigos modelos de organização de ações de saúde pública do Brasil, denominado sanitarianismo campanhista. Esse modelo teve como premissa a revolução pasteuriana (alusão ao cientista francês Louis Pasteur) e foi implementado pelo médico-sanitarista Oswaldo Cruz, na primeira década do século XX.

Da Fsesp, a contribuição é representada por seu pioneirismo na associação das ações preventivas às de assistência curativa e de saneamento básico, desenvolvendo e consolidando métodos e experiências: de organização de sistemas locais de saúde; de municipalização de sistemas públicos de abastecimento de água; de tecnologias simplificadas e adaptadas à realidade local, voltadas para a promoção de melhorias sanitárias, e de fluoretação da água destinada ao consumo humano.

Nascida no auge da 2ª guerra mundial, a Fsesp tinha a missão de montar infra-estruturas sanitárias nas áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico. O Serviço Especial de Saúde Pública, com o término da guerra, foi mantido pelos governos brasileiro e norte-americano, que o patrocinavam e decidiram mantê-lo como órgão capaz de solucionar parte dos nossos complexos problemas de saúde e saneamento, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas. Seu caráter de serviço especial permitia-lhe uma flexibilidade de execução e uma capacidade de adaptação que a destinavam à tarefa específica de levantar os padrões sanitários das zonas rurais brasileiras.

O Serviço Especial de Saúde Pública atuava em regiões despovoadas e extremamente pobres, como os interiores do Nordeste e da Amazônia. E como seus serviços foram, sempre, desenvolvidos em comunidades carentes de qualquer infra-estrutura urbana, também incluiu-se o saneamento como parte integrante de sua rotina sanitária. Durante quase 50 anos de existência, chegou a atuar em 600 municípios, operando cerca de 861 unidades básicas de saúde. Manteve, ainda, o Instituto Evandro Chagas (IEC), que possuía o principal laboratório de investigação em arbovirose no país e desenvolvia inúmeros projetos de investigação científica nos campos da Virologia. Dele faziam parte o Centro Nacional de Primatas (Cenp), que estudava a biologia e a reprodução de animais para pesquisas científicas, e a Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), que preparava profissionais de enfermagem para os quadros da Fundação Sesp e Região Amazônica.

A Snabs e a Snpes, mesmo dispendo de reduzido quadro de pessoal técnico e atuando apenas no nível central nacional, puderam durante os 14 anos de existência, implantar e implementar importantes programas de saúde pública, por meio do trabalho de coordenação com secretarias estaduais de saúde e instituições técnico-científicas diversas, os quais a **Funasa** recebeu como legado.

56

Na Snabs, os resultados mais expressivos ocorreram na área de imunizações, cujo trabalho obteve reconhecimento internacional. Destacam-se as seguintes contribuições: extensão das atividades sistemáticas de vacinação a todos os municípios brasileiros, estabelecendo mecanismos eficientes para assegurar o suprimento gratuito de imunobiológicos, assim como estratégias de mobilização social, que proporcionaram substancial elevação das coberturas vacinais; implantação do controle nacional de qualidade de todos os imunobiológicos utilizados no Programa Nacional de Imunizações (PNI); regulamentação técnica e implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; desenvolvimento de experiência na operacionalização da vacinação contra a poliomielite e na vigilância epidemiológica da doença, que resultou no Plano de Erradicação da Poliomielite; consolidação do Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade; Sistema de Laboratórios de Saúde Pública; concepção e promoção, em esfera nacional, do Programa Nacional de Zoonoses, como estratégia para a municipalização e desenvolvimento pioneiro, de atividades integradas de controle e prevenção de acidentes ofídicos.

Da Snpes, foram transferidas as ações de Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e de Dermatologia Sanitária que, em princípio, atuavam, respectivamente, no controle da tuberculose e da hanseníase, tendo por base a experiência de trabalho em todo o território nacional, à luz do modelo campanhista, que trouxe importante aumento de cobertura. Posteriormente, sua atuação foi ampliada para as demais pneumopatias e para as dermatoses de interesse sanitário. Herdou, ainda, o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), criado em 1986, em Curicica/RJ, com a finalidade de dar suporte técnico-científico à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (Dnps) e à Campanha Nacional Contra a Tuberculose (Cnct). Com a extinção da Campanha e a transformação da Dnps em Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, subordinada à Fundação Nacional de Saúde, o Centro de Referência passou a assumir parte das atribuições da Cnct, entre elas, a responsabilidade pelos cursos de especialização.

Integrante da direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) e herdeira dessa notável experiência, a **Funasa** reúne as melhores condições para prestar contribuição da maior valia ao SUS, na promoção, na proteção e na recuperação da saúde da população brasileira.

Patrimônio Funasa

Rede de Serviços

A Fundação Nacional de Saúde absorveu da ex-Fundação Sesp uma rede de serviços de saúde composta de 861 Unidades de Saúde, compreendendo Postos de Saúde, Centros de Saúde e Unidades Mistas.

Combate às Endemias

A força de trabalho da **Funasa**, no momento de sua instituição, era constituída por mais de 45 mil servidores. A grande maioria encontrava-se em operações de campo, no combate à febre amarela e dengue, malária, doença de Chagas, esquistossomose e outras endemias focais.

A expressão “mosquito não tem fronteiras” coloca bem a dificuldade em municipalizar essas ações sem considerar o preparo local para absorvê-las com competência técnica e capacidade política de se aliar além dos limites municipais. Isso fez com que, por vários anos, a **Funasa** atuasse na contra-mão da consolidação do SUS.

Saneamento Básico

No campo da engenharia de saúde pública, a proposta foi dar continuidade aos vários projetos de apoio técnico e financeiro aos municípios, promovendo desde a construção e ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água, esgotamento sanitário e limpeza urbana e melhorias sanitárias domiciliares, até a construção e ampliação de serviços de drenagem para o controle da malária e de melhoria da habitação para o combate à doença de Chagas, bem como projetos de edificações em saúde. Atuou a **Funasa**, até meados da década de 1990, como órgão executor de obras de saneamento.

As oficinas de saneamento estavam presentes em 18 estados: Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Sergipe, Tocantins, Ceará, Goiás, Maranhão, Pará, Rio Grande do Norte, Rondônia e Roraima, num total de 194 unidades, tendo sido totalmente descentralizadas no período de 1999/2000.

58

Unidades Regionais e Descentralizadas

Coordenações Regionais

A **Funasa** estava representada nas 27 unidades federadas, por coordenações regionais que desenvolviam atividades de execução das ações e a operação de serviços estratégicos voltadas para suas respectivas áreas de atuação.

As unidades regionais eram formadas basicamente por quatro áreas: planejamento, administração, operações e saneamento. No nível de prestação de serviços, possuíam unidades técnicas e de apoio categorizadas como distritos sanitários, oficinas de saneamento, unidades mistas, centros de saúde e postos de saúde.

Escola de Enfermagem de Manaus (EEM)

Com mais de 40 anos de existência, a EEM atuava na formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para a Região Amazônica, de forma integrada com a prestação de serviços de pesquisa. Detentora de experiência singular na interiorização desse trabalho, inclusive em diferentes estados, a Escola respondia pela capacitação de profissionais de enfermagem para a ex. Fsesp e região amazônica. Foi transferida para a Fundação Universidade do Amazonas, por meio da Lei nº 9.484, de 27.8.1997.

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Criado em 1936 e sediado em Belém/PA, o Instituto é um órgão de investigação de campo, das ciências biológicas e da medicina tropical. Possui laboratório de referência para patologias prevalentes na Região Amazônica.

Ao IEC compete realizar estudos, pesquisas e investigação científica nas áreas de epidemiologia e de vigilância ambiental, bem como organizar e sistematizar a investigação e a elucidação diagnóstica em situações de emergência.

Com referência ao aperfeiçoamento de pessoal, promove cursos de formação em laboratório e entomologia, bem como em manutenção de equipamentos de laboratório, dentre outros.

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

O Centro Nacional de Primatas, localizado em Ananindeua/PA, tecnicamente vinculado ao Instituto Evandro Chagas, é referência para ciência e tecnologia, em sua característica e especificidade.

Ao Centro compete desenvolver estudos, pesquisas e investigações científicas voltadas para a população de primatas não humanos. Compete, ainda, estudar e investigar os aspectos relacionados à ecologia, biologia e patologia das espécies de primatas não humanos, bem como reproduzir, em cativeiro, espécies nativas utilizadas em pesquisas.

Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF)

O CRPHF, localizado no Rio de Janeiro - RJ, tem como competências atuar como referência nacional na área de pneumologia sanitária e prestar apoio técnico e científico às ações de controle de doenças pulmonares e desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica. Executa atividades voltadas à assessoria a estados e municípios, quanto a pesquisas operacionais, bem como mantém Laboratório Nacional de Referência em Microbacteriologia e de Fisiopatologia Pulmonar e Poluição, por meio dos quais produz e fornece insumos básicos ao diagnóstico e tratamento das respectivas doenças. Realiza, além disso, a capacitação e a especialização de recursos humanos para o setor.

Realiza, ainda, estudos relativos às nosologias específicas de sua área de atuação.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) tem por finalidade especificar, desenvolver, implantar e operar sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi subordinado à Presidência da **Funasa** até dezembro de 1997 e transferido para o Ministério da Saúde, a partir de janeiro de 1998.

60

Descentralização de Ações e Serviços

Rede de Unidades de Saúde

A institucionalização e instrumentalização do processo de descentralização, por meio da Portaria **Funasa** nº 1883/93 e seus anexos, propiciaram as condições básicas para a viabilização da transferência a estados e, preferencialmente, a municípios, do gerenciamento e execução de atividades até então assumidas supletivamente pelo gestor federal do SUS.

No período de 1993 a 1996, foram descentralizadas 425 Unidades, havendo interrupção do processo no ano de 1997, ocasionada por ausência de definições de regras de financiamento para a transferência desses serviços aos gestores municipais ou estaduais.

A partir da definição dos critérios de incentivos financeiros instituídos por intermédio da Portaria GM/MS nº 3.842, de 5 de novembro de 1998, e do aperfeiçoamento das normas e procedimentos do processo de descentralização, foram propiciadas todas as condições necessárias à retomada da negociação e transferência das demais unidades ainda sob a gerência da **Funasa**.

No período de 1999-2000, o processo foi implementado de forma bastante acelerada, como decorrência da garantia de recursos para manutenção dos serviços transferidos, bem como o imprescindível compromisso dos gestores estaduais e municipais em aperfeiçoar a gerência desses serviços no país e a própria organização do sistema de saúde no qual estão inseridos.

A decisão política do Governo Federal de readequar a estrutura organizacional do Ministério da Saúde teve por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público, da função de gestor federal, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na busca da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), o empenho e o interesse institucionais foram demonstrados na implementação de estratégias de atuação, na busca do fortalecimento e reestruturação do órgão para o desenvolvimento das funções inerentes às atribuições de gestor federal do sistema.

A estratégia da descentralização das ações e serviços de saúde e saneamento sob a responsabilidade da **Funasa** para outras esferas de governo foi implementada com determinação e segurança, para garantir a manutenção dos serviços transferidos. Essa intenção foi materializada por meio de negociação e pactuação com as demais esferas de governo, envolvendo os fóruns próprios do sistema: Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartites) e Conselhos de Saúde.

Nesse sentido, ao tempo em que se aperfeiçoava a gestão do SUS, o processo apontava para reordenação do modelo de atenção à saúde como preconiza a Norma Operacional Básica NOB-SUS/1996, na medida em que redefinia mecanismos e fluxos de financiamento com base em programações pactuadas e integradas; viabilizava práticas de acompanhamento, controle e avaliação no SUS; valorizava os resultados e desempenho com qualidade; e consolidava a vinculação dos serviços com os seus usuários, contribuindo para a integralidade da assistência, promoção da saúde, bem como para a efetiva participação e controle social.

Epidemiologia e Controle de Doenças

Para o cumprimento das atribuições dos níveis de governo relacionadas à área de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que define as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como a operacionalização da sistemática de financiamento por meio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Esse processo requereu ampla discussão, negociação e pactuação com todos os gestores envolvidos sob a coordenação da **Funasa**, em especial, junto ao Conselho Nacional de Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite.

Para a operacionalização das atribuições definidas na Portaria GM/MS nº 1.399/1999, a **Funasa** estabeleceu atividades e metas a serem atingidas, observando as peculiaridades regionais de um país com características tão heterogêneas como o Brasil e expressas na Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) de cada unidade federada, cujo acompanhamento baseia-se em indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.

De maneira sucinta, pode-se afirmar que foram dadas todas as condições necessárias para que estados e municípios assumissem as suas

62

responsabilidades por meio da transferência de recursos de forma regular e sistemática fundo a fundo, cessão de recursos humanos envolvidos nas ações de epidemiologia e controle de doenças e no repasse das instalações e equipamentos utilizados nestas atividades.

Com o processo de descentralização, a **Funasa** cedeu para estados, Distrito Federal e municípios a quase totalidade dos bens móveis, alocados para execução das ações de assistência e epidemiologia e controle de doenças, em todas as 27 coordenações regionais, bem como mais de 26 mil servidores.

Durante os primeiros nove anos, a **Funasa** desenvolveu suas atividades de forma centralizada e pouco sistêmica. Esse período caracterizou-se pelo desenvolvimento de ações pontuais, setoriais e desarticuladas. Essa realidade, aliada às diferenças culturais das organizações que a originaram, dificultava sua integração ao Sistema Único de Saúde.

A falta de uma identidade cultural da **Funasa**, aliada à inexistência de uma política de recursos humanos compatível com as atividades desempenhadas levou, nesse período, a uma série de conseqüências prejudiciais ao bom desempenho das ações institucionais, entre as quais devem ser destacadas:

- pouca integração entre as atividades desenvolvidas pelos departamentos da organização e esses com o Ministério da Saúde;
- baixa interação entre o órgão central da Funasa e suas unidades descentralizadas (coordenações regionais, centros e instituto de pesquisa);
- inexistência de critérios técnicos para nomeação de cargos nas unidades descentralizadas;
- quadro de pessoal desmotivado e mal remunerado. O levantamento realizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em 2000, revelou que, das 34 escalas de vencimentos da administração pública federal, a **Funasa** ocupa a 32ª colocação.
- transferência a outras unidades do Ministério da Saúde de atividades de prevenção e controle de algumas doenças que deveriam estar sob a responsabilidade da **Funasa**;
- resistência de setores da organização à sua efetiva integração ao Sistema Único de Saúde, tendo como conseqüência o isolamento da **Funasa** e a persistência na execução de ações de competência de estados e municípios;

- ausência de decisão política para atuação da **Funasa** como órgão federal do SUS;
- deterioração da estrutura operacional da instituição;
- perda de efetividade das ações desenvolvidas pela organização; e
- incapacidade do exercício pleno de suas competências.

A Reestruturação da Funasa

Em agosto de 1999, o Governo Federal transferiu da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a **Funasa** a responsabilidade pela execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda a população indígena, estimada, na época, em 360 mil índios.

Com o objetivo de atender ao disposto no Decreto nº 3.134, de 10 de agosto de 1999, que estabelece diretrizes e metas relativas à revisão das Estruturas dos Ministérios, bem como a redução das despesas com a manutenção dos cargos em comissão, tomando por base o quantitativo existente em 30 de setembro de 1998, as principais alterações produzidas pela nova estrutura foram:

- reestruturação da área de Vigilância Epidemiológica e implantação da área de Vigilância Ambiental em Saúde;
- fortalecimento da atual estrutura da Coordenação do Programa Nacional de Imunizações;
- criação do Departamento de Saúde Indígena, em função da incorporação das atividades de assistência à saúde dos povos indígenas, antes sob a responsabilidade da Funai, bem como a estruturação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei);
- extinção do Departamento de Operações, ficando suas atividades absorvidas pelo Departamento de Saúde Indígena e pelo Centro Nacional de Epidemiologia;
- redirecionamento das atividades das coordenações regionais, em face da incorporação das atividades de saúde do índio, da descentralização das unidades assistenciais e do controle de endemias; e
- criação da unidade de corregedoria.

64

Fundamentalmente, a reestruturação visou ao fortalecimento da área de vigilância epidemiológica e à estruturação das atividades de vigilância ambiental em saúde, essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira, buscando-se, com essa reformulação, consolidar a Fundação como um órgão nacional de excelência nessas áreas.

A partir de então, iniciou-se um processo de reorganização do modelo de gestão da Fundação Nacional de Saúde, quando uma série de medidas foram adotadas visando ao redirecionamento da organização, entre as quais destacam-se:

- elaboração do Planejamento Estratégico da instituição, com a definição clara de sua missão, de seus objetivos estratégicos, suas políticas e diretrizes;
- fortalecimento da função de planejamento como instrumento de orientação dos trabalhos da instituição, tendo sido elaborado e implementado o Plano de Ação 1999/2000, composto de 27 ações;
- estabelecimento de critérios técnicos de nomeação para os cargos nas unidades descentralizadas, restringindo sua ocupação a servidores da **Funasa** ou, excepcionalmente, do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas, com comprovada experiência profissional;
- maior integração das ações desenvolvidas pelas diversas áreas da organização, com destaque para o estabelecimento de critérios epidemiológicos para alocação de recursos, em especial na área de saneamento, dando maior efetividade às ações de prevenção e controle de doenças;
- publicação do Decreto n.º 3.450/2000, que reorganizou a **Funasa**, direcionando-a ao cumprimento de sua missão e alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos em seu Planejamento Estratégico;
- definição formal das atribuições das três esferas de governo na área de epidemiologia e controle de doenças, bem como a descentralização, para estados e municípios, das atividades próprias desse níveis, até então desenvolvidas pela **Funasa**, por meio da Portaria GM/MS nº 1.399/1999;
- definição de fonte estável e permanente de financiamento das ações de epidemiologia e controle de doenças sob a responsabilidade de estados e municípios; e

- conclusão do processo de descentralização para estados e municípios de 861 unidades de saúde, 194 oficinas de saneamento e da rescisão de 250 convênios para administração de serviços autônomos de água e esgoto, com a transferência efetiva desses serviços para a administração municipal.

Para a efetiva consecução da nova estrutura de trabalho da **Funasa**, houve necessidade de viabilizar a gestão colegiada das ações estabelecidas. Assim sendo, para o aprimoramento do processo, a Fundação instituiu comitês responsáveis pela condução, monitoramento e avaliação do seu planejamento estratégico, de forma que os dirigentes pudessem tomar conhecimento da evolução das propostas e apreciar os resultados das ações, ajustando-as sempre que necessário.

Em 1999, foi instituído na Presidência da **Funasa** o Comitê Central de Planejamento (Coplan), composto por uma Base Operacional e uma Base Deliberativa, tendo por objetivo assessorar o presidente na elaboração, apreciação, execução, acompanhamento e avaliação dos planos, programas e projetos institucionais.

Estabelecidas as diretrizes e fixadas as responsabilidades, foram realizadas reuniões mensais, com os componentes das Bases Operacional e Deliberativa do Coplan, para acompanhar o desempenho e aprovar o produto final das ações. A atuação desse colegiado gestor foi legitimado com a prática do processo de planejamento participativo, materializado no Plano de Ação 1999/2000, no PAT/2001 e PAT/2002.

O ano de 2000 representou para a área de planejamento da **Funasa** um marco, pois, além de ter sido promovida a base para sua reestruturação, foi deflagrado o processo de planejamento participativo nas Coordenações Regionais (Cores), visando à melhoria da gestão.

Os Comitês Regionais de Planejamento (Coreplan), instituídos nas coordenações regionais, espelham-se no Comitê Central, tendo como objetivo assessorar a execução, acompanhamento e avaliação dos planos, programas e projetos desenvolvidos no âmbito das Cores.

Cabe ressaltar que a mudança do comportamento organizacional evidenciada pelo acompanhamento dos planos de trabalho executados nacional e regionalmente, apesar das dificuldades inerentes ao processo, encontra na proposta de gestão estratégica a contribuição para uma maior motivação, um melhor desempenho institucional e, principalmente, para o entendimento do processo de planejar de forma participativa e co-responsável.

66

O Decreto nº 3.450, de 10 de maio de 2000, estabeleceu como competência da Fundação Nacional de Saúde a “Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde”. As atribuições fundamentais da vigilância ambiental em saúde referem-se aos processos de produção, integração, processamento e interpretação de informações, visando ao conhecimento dos problemas de saúde relacionados aos fatores ambientais e execução de ações relativas às atividades de promoção à saúde, prevenção e controle de doenças.

A **Funasa**, até 2003 trabalhou na estruturação e apoio às secretarias estaduais de saúde na organização do sistema que prioriza a vigilância de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos) e de contaminantes ambientais, químicos e físicos, que possam interferir na qualidade da água, ar e solo, e os riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes com produtos perigosos, conformando um sistema de informação integrado e tendo como fundamento a mesma base territorial e temporal.

Compreendia, também, as ações voltadas ao suprimento, a distribuição e ao controle da qualidade das vacinas, soros e reagentes demandados pelo país. (artigo. 16, inciso 111, alínea b, VIII e X, da Lei nº 8.080/1990).

No âmbito da Engenharia de Saúde Pública, a **Funasa** atua na promoção à saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, especialmente em municípios de pequeno porte e em áreas indígenas.

Nesse sentido, a **Funasa** vem buscando a integração entre as políticas públicas de saúde e saneamento, mediante soluções descentralizadas e organizadas a partir dos municípios, apoiando técnica e/ou financeiramente o desenvolvimento de ações de saneamento nos municípios, a partir de critérios epidemiológicos e ambientais, tendo como suporte critérios de elegibilidade e prioridades por meio dos indicadores de saúde.

No ano de 2003, com a posse do novo Governo e com a reestruturação do Ministério da Saúde, que, entre outras transformações, absorveu as atribuições até então de competência do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), passou a **Funasa** a contar com duas áreas finalísticas de atuação: Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas e Saneamento Ambiental.

Considerado, então, o novo cenário político e institucional, se fez necessário a elaboração de um Plano Estratégico que refletisse as características do novo Governo e da própria **Funasa**, tendo em vista a natureza de suas atribuições finalísticas.

A elaboração do Plano Estratégico da **Funasa** se deu de forma amplamente participativa, e contou com a colaboração voluntária dos seus servidores que, respondendo a uma pesquisa de visão e percepção da instituição, apresentaram as sugestões para a melhor atuação da **Funasa**.

Simultaneamente à pesquisa realizada junto aos servidores, todos os dirigentes da **Funasa** apresentaram as suas considerações e sugestões acerca de suas respectivas áreas de atuação, de forma a subsidiar os preparativos para a realização da Oficina de Planejamento Estratégico propriamente dita, quando foram definidos a Missão, as Diretrizes e os Objetivos Estratégicos da **Funasa**, como se segue:

Missão

“Promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas, com excelência na gestão e em consonância com o SUS”

Diretrizes e Objetivos Estratégicos da Funasa

Diretriz 1:

Promover a atenção integral à saúde dos povos indígenas, respeitando as especificidades etnoculturais e geográficas, atuando intersetorialmente com outras instâncias de governo e no âmbito do SUS.

Objetivos Estratégicos:

- reduzir os indicadores de morbimortalidade das populações indígenas;
- assegurar modelo de gestão e execução que garanta a excelência na atenção à saúde indígena, contemplando as especificidades locais.

68

Diretriz 2:

Fomentar ações sustentáveis de engenharia de saúde pública e de saneamento ambiental integradas às diretrizes do SUS e à política de saneamento do Governo Federal.

Objetivos Estratégicos:

- fomentar e implementar ações de saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças em populações vulneráveis (assentados, remanescentes de quilombos, entre outros), nas comunidades indígenas e nos municípios de até 30 mil habitantes, prioritariamente;
- fomentar ações de engenharia de saúde pública para prevenção e controle de doenças;
- fomentar ações de monitoramento e de controle da qualidade da água para consumo humano.

Diretriz 3:

Avançar no processo de integração com outras instâncias do governo e da sociedade civil potencializando as ações da **Funasa**, garantindo a participação popular, o controle social e a consolidação do SUS.

Objetivos Estratégicos:

- ter participação ativa nos órgãos de controle social;
- garantir o acompanhamento contínuo dos projetos da **Funasa** pelos órgãos de controle social.

Diretriz 4:

Estabelecer uma política de gestão de pessoas com valorização e qualificação permanente voltada à especificidade da **Funasa**.

Objetivos Estratégicos:

- participar da formulação da política de recursos humanos para o SUS, implementando na **Funasa** em consonância com suas diretrizes políticas;
- implementar plano de capacitação da **Funasa**;
- implementar política de saúde do trabalhador efetiva na **Funasa** em consonância com as diretrizes do SUS.

Diretriz 5:

Promover a reestruturação organizacional da **Funasa**, assegurando a moralidade e transparência administrativa, a efetivação de sua missão e a implementação de suas diretrizes.

Objetivos Estratégicos:

- estabelecer procedimentos e rotinas para áreas meio e finalísticas, descentralizar poderes e competências e garantir recursos que viabilizem o desenvolvimento das atividades da **Funasa**;
- implementar gestão democrática e participativa criando instâncias colegiadas de decisão e garantindo o envolvimento das Cores no processo de decisão da **Funasa**;
- promover a integração da **Funasa** com os demais órgãos do Ministério da Saúde;
- construir a nova imagem da **Funasa**, estabelecendo uma política de comunicação social eficiente, interna e externa, que contemple os princípios da nova administração: transparência, visibilidade, eficiência, qualidade e ética.

70

Concluída a etapa de elaboração do Plano Estratégico, a **Funasa** passou à elaboração dos Planos Operacionais, tanto da Presidência, que define ações e metas com alcance em todo o território nacional, quanto em cada uma das 26 coordenações regionais, levando-se em conta as metas nacionais e as características de cada uma delas.

Paralelamente à elaboração do Plano Estratégico e dos Planos Operacionais foram instituídas instâncias colegiadas de gestão, evidenciando a importância da continuidade do caráter da gestão participativa e voltada para resultados já implementado na **Funasa** desde 1999.

Foram instituídos, então, o Colegiado Gestor da **Funasa** (CGF), composto por seu Presidente, Diretores dos Departamentos de Engenharia de Saúde Pública, de Saúde Indígena, de Administração e de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, Assessores Técnicos da Presidência, Assessor Parlamentar e Assessor de Comunicação e Educação em Saúde; o Colegiado Executivo (CE) é composto pelo Diretor do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, que o preside, e os coordenadores gerais de todas as áreas da **Funasa**.

Além dos colegiados instituídos na esfera central da **Funasa**, foram instituídos os Colegiados Regionais de Gestão (Corege), em cada uma das 26 coordenações regionais, de forma a garantir, em todas as instâncias da administração, o caráter efetivamente participativo da gestão e a efetividade e eficácia de sua atuação, garantindo, assim, o cumprimento de sua missão institucional e o alcance de suas diretrizes e objetivos estratégicos.

Integrante importante da direção nacional e com uma missão insubstituível, a **Funasa** está comprometida com a edificação e a consolidação do SUS, por meio do seu vasto e diversificado elenco de ações, organizado em dois grandes segmentos:

A atenção à saúde das populações indígenas, constitucionalmente sob a responsabilidade federal, representa um elenco de ações coordenadas pela **Funasa** (Decreto nº 23, de 4.2.1991; Medida Provisória nº 1.911-8, de 29.7.1999; e Decreto nº 3.156, de 27.8.1999). Neles, estão compreendidos o conhecimento da cultura desses povos, por meio de uma ampla articulação com outros órgãos ligados às questões indígenas, e a correspondente adaptação da tecnologia disponível para a promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, e, principalmente, no fortalecimento do controle social, por meio do funcionamento dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena.

As medidas administrativas que poderiam ser adotadas no âmbito da Fundação foram implementadas. No entanto, necessário se faz a adoção de outras medidas que possam melhorar o processo de gestão e que possibilitem o melhor atendimento às necessidades da população em relação à promoção e proteção à saúde.

Assim, para melhoria do desempenho da **Funasa**, como gestor federal dos Sistemas de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, faz-se necessário que o modelo da organização seja caracterizado por ações voltadas para resultados, que mantenha sob um único comando instrumentos que possibilitem a execução de ações integradas para prevenção e controle de doenças, para toda a população brasileira, inclusive em áreas indígenas.

Toda a transformação política e social que se deu durante a década de 1990, no país, fez com que a atuação e postura dos órgãos de saúde pública fosse repensada.

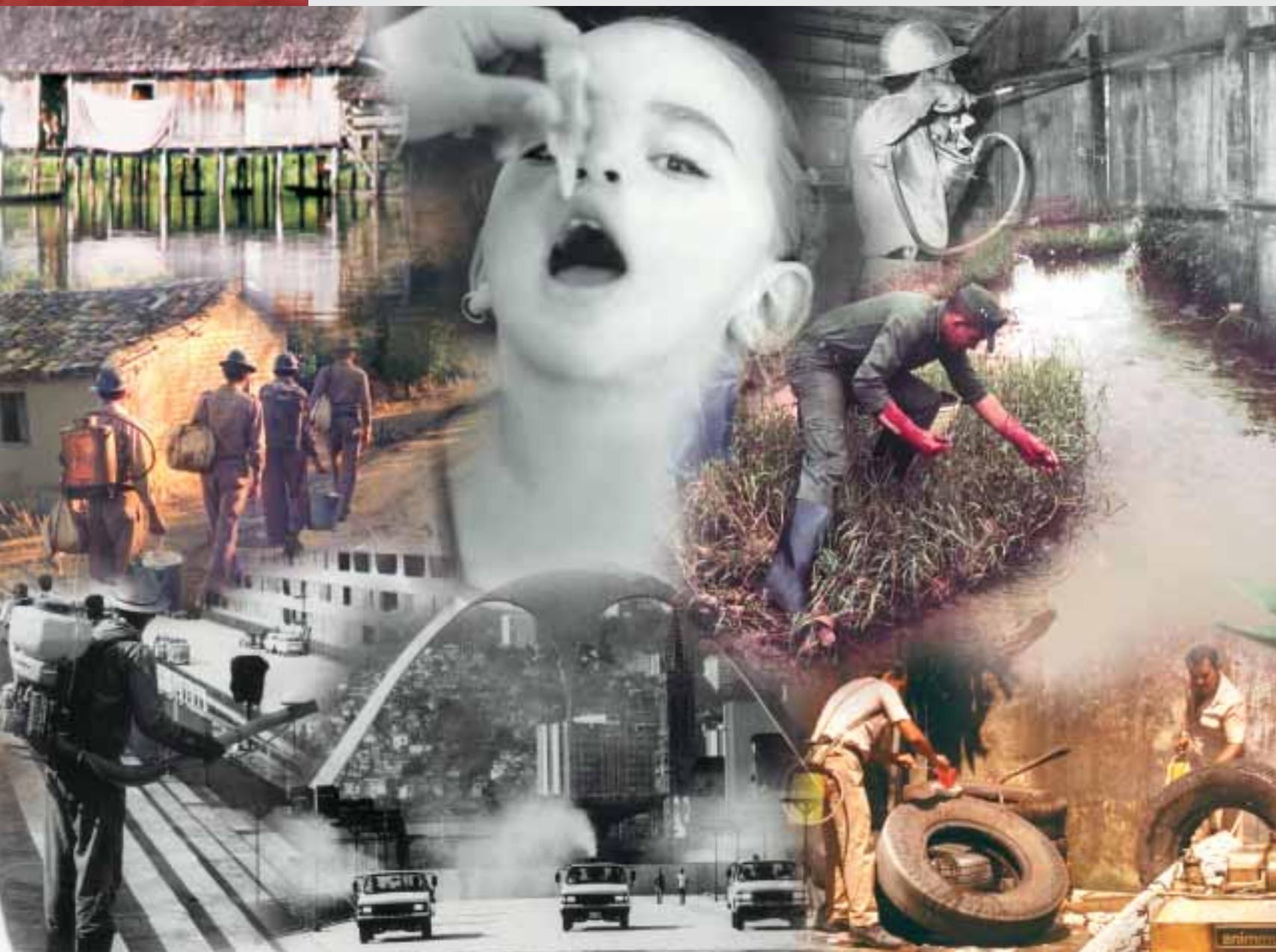
A **Funasa**, instituição que tradicionalmente atuou neste período como órgão executor de ações que, na verdade, desde a Constituição de 1988, são das outras esferas de governo, carece ainda de transformação.

Em decorrência da relevância que tem para a saúde pública, esta instituição, para enfrentar os atuais problemas e desafios postos pelo fenômeno de emergências e reemergências de doenças, tem que primar pelo aperfeiçoamento da capacidade gerencial, que subsidie o processo de decisões, a hierarquização de prioridades e avaliação do impacto de políticas e programas de saúde.

A seguir, apresenta-se breve relato da execução de ações desenvolvidas pela **Funasa**. Até o exercício de 2002.

CAPÍTULO

A situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante ou erradicados, doenças transmissíveis com quadro de persistência, e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.



TERCEIRO

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

Neste capítulo, apresenta-se um quadro do comportamento das doenças transmissíveis no Brasil nas últimas duas décadas.

Nele é possível perceber os efeitos das políticas públicas de saúde na prevenção e controle dessas doenças, que resultaram em grandes êxitos: erradicação de doenças graves, como a poliomielite, e eliminação ou controle de várias outras, em especial as preveníveis por vacinas. Políticas que também esbarraram em fatores externos ao seu domínio, acentuaram a necessidade de ações integradas a outros setores governamentais.

No Brasil, atualmente, as doenças infecciosas e parasitárias não são mais a principal causa de morte da população, como há sete décadas. Recentemente, porém, surgiram novas doenças transmissíveis e ressurgiram outras antes erradicadas. Isso não acontece só no Brasil, mas também em diversos outros países do mundo. Isso mostra a importância de se ter uma estrutura governamental que ofereça resposta imediata a esses acontecimentos, com capacidade de adotar as medidas corretas para o controle e dispor dos meios necessários para a sua prevenção.

O trabalho da **Funasa**, até 2002, foi de integrar as ações de prevenção e controle de doenças à estrutura do Sistema Único de Saúde, aperfeiçoando e gerenciando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Como resultado desse trabalho, muitas doenças que preocupam a população farão parte, em breve, do passado. As ações desenvolvidas pela **Funasa**, até aquele ano em parceria com os estados e municípios, também tiveram a finalidade de impedir que novas doenças se desenvolvessem, tendo contribuído com a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população.

Os dados dos números de óbitos apresentados são originários do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e se referem, em sua grande maioria, ao período de 1980 (ou anos próximos) até 2001, último ano com as informações disponíveis. Os dados de número de casos das diversas doenças são do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) e de outros sistemas de informações referentes à morbidade, e são relativos ao período de 1980 (ou anos próximos) até o ano de 2001. Devido à natureza das informações do (Sinan), alguns dos dados de 2001 estão sujeitos a alterações, particularmente os referentes às doenças crônicas.

74

Introdução

O contexto epidemiológico atual das doenças infecciosas e transmissíveis

As doenças transmissíveis eram a principal causa de morte nas capitais brasileiras na década de 1930, respondendo por mais de um terço dos óbitos registrados nesses locais, percentual provavelmente muito inferior ao que ocorria na área rural, da qual não se têm registros adequados. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, como as vacinas e os antibióticos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse quadro se modificasse bastante até os dias de hoje. As doenças do aparelho circulatório passaram a ser a principal causa de morte no país a partir da década de 1960, superando a mortalidade por doenças transmissíveis. No ano de 1999, as doenças do aparelho circulatório responderam por 32,2% dos óbitos, seguidas das neoplasias (14,5%), dos acidentes e violências (14,7%), das doenças do aparelho respiratório (11,2%) e, em quinto lugar, das doenças infecciosas e parasitárias, atualmente responsáveis por 5,8% dos óbitos entre aqueles com causas definidas.

Apesar da redução significativa da participação desse grupo de doenças no perfil da mortalidade no país, ainda há um impacto importante sobre a morbidade, principalmente por aquelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção ou que apresentam uma estreita correlação com fatores externos ao setor saúde.

A alteração do quadro de morbi mortalidade, com a perda de importância relativa das doenças transmissíveis dá a impressão de que essas doenças estariam todas extintas ou próximas a isso. Esse quadro não é verdadeiro, nem no Brasil, nem mesmo em países mais desenvolvidos.

No relatório consolidado sobre Doenças de Notificação Compulsória nos Estados Unidos, para o ano de 1999, divulgado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta (EUA), pode-se verificar que naquele país tem sido registrada uma média de 2.500 casos anuais de doença meningocócica. As meningites assépticas (geralmente causadas por vírus) registraram uma média anual de 10 mil casos no início da década, quando ainda eram de notificação compulsória. A doença de Lyme, transmitida por um tipo de carrapato, acometeu 16.273 pessoas no ano de 1999. A coqueluche apresentou uma tendência de crescimento desde o início da década de 1980, chegando ao patamar de 7.288 casos anuais, e a varicela (catapora), mesmo não sendo mais de notificação compulsória nos Estados Unidos, teve registrados 46.016 casos em 1999. Ainda naquele país, na cidade de Nova Iorque, ocorreu em 1999/2000, um surto de uma doença originada na África e transmitida por mosquitos, a febre do oeste do Nilo, com 83 casos de formas graves e nove óbitos.

Na Europa, a Dinamarca apresentou no ano de 1998 uma incidência de doença meningocócica de 3,1 por 100 mil habitantes, semelhante a do Brasil. Na Inglaterra, desde 1984 até 1999, a doença meningocócica vinha apresentando um aumento na incidência, alcançando um patamar de 2.967 casos em 1999. Já no ano de 2000, observou-se uma redução para 2.778 casos dessa doença.

A referência a esses dados ajuda na compreensão do verdadeiro momento em que se encontram as doenças transmissíveis. O enorme êxito alcançado na prevenção e controle de várias dessas doenças, que hoje ocorrem em proporção ínfima quando em comparação com algumas décadas atrás, não significa que foram todas erradicadas. Essa é uma falsa percepção e uma expectativa irrealizável, pelo menos em curto prazo e com os meios tecnológicos atualmente disponíveis.

A idéia de que, naturalmente, todas as doenças transmissíveis seriam erradicadas contribuiu para que, no passado, as ações de prevenção e controle fossem sendo subestimadas na agenda de prioridades em saúde, com evidentes prejuízos para o desenvolvimento de uma adequada capacidade de resposta governamental e com a perda de oportunidade na tomada de decisão sobre medidas que teriam tido um impacto positivo nessa área.

Com diferenças associadas às condições sociais, sanitárias e ambientais, as doenças transmissíveis ainda constituem um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Doenças antigas ressurgem com outras características e doenças novas se disseminam com uma velocidade impensável há algumas décadas. A erradicação¹ completa de doenças, como no caso da varíola, ainda o único e solitário exemplo em escala mundial, é produto de anos e décadas de esforço continuado de governos e sociedade, e da disponibilidade de medidas amplamente eficazes e efetivas.

¹Controle quando se observa a redução do número de casos de determinada doença a um patamar aceitável, em consequência da adoção de medidas adequadas, que precisam ser continuadas para evitar a recrudescência. Erradicação quando se elimina totalmente a circulação de um agente infeccioso causador de determinada doença, podendo inclusive serem suspensas as medidas de prevenção e controle. Alguns autores propõem o termo eliminação para significar uma erradicação circunscrita a determinada região (país ou continente), outros preferem usar o termo erradicação regional para caracterizar essa situação.

76

Doenças Transmissíveis com Tendência Declinante ou Erradicadas

Em um grande número de doenças transmissíveis para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes. Esse grupo de doenças encontra-se em franco declínio, com reduções drásticas nos índices de incidência. Duas delas já foram erradicadas (varíola e poliomielite), o sarampo encontra-se eliminado e a meta da erradicação será atingida ainda nesta década para a raiva humana, transmitida por animais domésticos e para o tétano neonatal.

Ainda dentro desse grupo de doenças transmissíveis com tendência ao declínio, estão a difteria, a coqueluche e o tétano acidental, que têm em comum o fato de serem imunopreveníveis²; a doença de Chagas e a hanseníase, ambas endêmicas³ há várias décadas, no país, e a febre tifóide, associada a condições sanitárias precárias. A rubéola e, particularmente, a síndrome da rubéola congênita, de maior importância em saúde pública, também apresenta tendência declinante. Por fim, estão também a oncocercose, a filariose e a peste, todas com áreas de ocorrência restritas.

As estratégias do Ministério da Saúde para esse grupo de doenças visam à manutenção da situação de controle ou mesmo à erradicação, quando essa é factível. Para o êxito dessas estratégias, a **Funasa** investiu, até o ano de 2002, no fortalecimento da capacidade dos municípios e estados de detectarem rapidamente os casos suspeitos e adotarem medidas eficazes de bloqueio, entre outras ações de vigilância epidemiológica. Também tem investido no aumento da homogeneidade da cobertura vacinal de rotina, para que se atingissem níveis adequados em cada um dos municípios, e na adoção de estratégias específicas, como vacinações caso-a-caso, intensificações e campanhas de vacinação.

Difteria

A difteria, doença transmissível e contagiosa⁴, que era muito incidente em crianças, apresentou, em 2001, um número de casos (19), representando uma redução superior a 99%, quando comparado ao registrado em 1980, que foi de 4.646. Atualmente, as Regiões Norte e Nordeste são responsáveis pela maioria dos poucos casos que ocorrem. Os óbitos por essa doença apresentam uma

² Doenças imunopreveníveis são aquelas preveníveis por vacinas.

³ Doença endêmica é doença que persiste em níveis semelhantes ao longo dos anos, em contraposição à doença epidêmica que surge onde não havia antes ou experimenta um crescimento inusitado em relação aos valores apresentados anteriormente.

⁴ Doença contagiosa é aquela transmitida de pessoa a pessoa.

redução igualmente acentuada, de 518 óbitos anuais, em 1980, para três, em 2001, representando uma queda de cerca de 99%.

A estratégia adotada para essa doença é o aprofundamento da situação de controle, por meio do fortalecimento da vigilância epidemiológica e da elevação e homogeneidade das coberturas vacinais em cada município, com a vacina tríplice bacteriana (DPT), que protege contra a difteria, o tétano e a coqueluche.

Difteria - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Obs.: Dados de óbitos de 1980 a 1998 fornecidos pelo SIM e de 1999 a 2001, pelo SINAN.

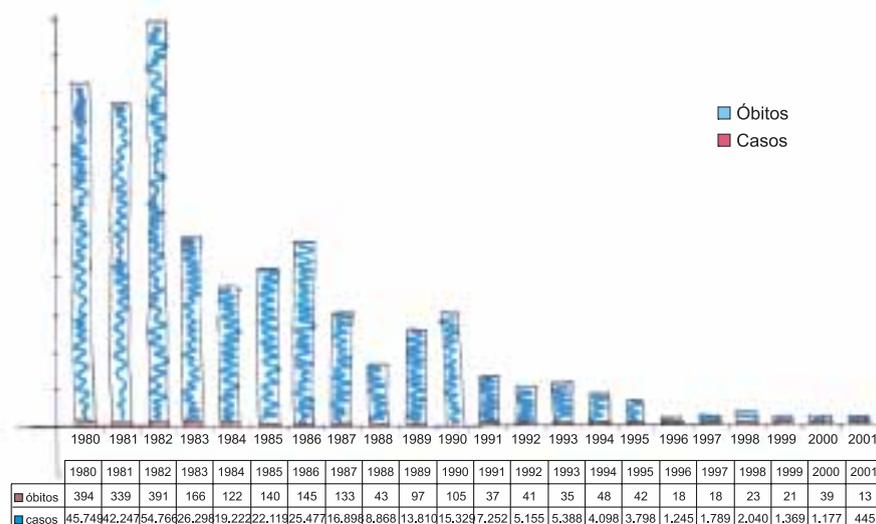
Coqueluche

A coqueluche, outra doença transmissível e contagiosa, que era bastante comum entre crianças, caiu dos quase 46 mil casos anuais registrados em 1980 para um registro de 445 casos em 2001. Os óbitos por essa doença também sofreram redução importante, de 394 mortes, em 1980, para as 13 registradas em 2001, representando um decréscimo de 97%.

A estratégia para essa doença também é a manutenção da atual situação de controle, por meio do reforço à detecção precoce e bloqueio imediato de qualquer surto detectado, evitando-se sua propagação, além da obtenção das coberturas vacinais adequadas (90% dos menores de um ano), em todos os municípios.

78

Coqueluche - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Obs.: Dados de óbitos de 1980 a 1998 fornecidos pelo SIM e de 1999 a 2001, pelo SINAN.

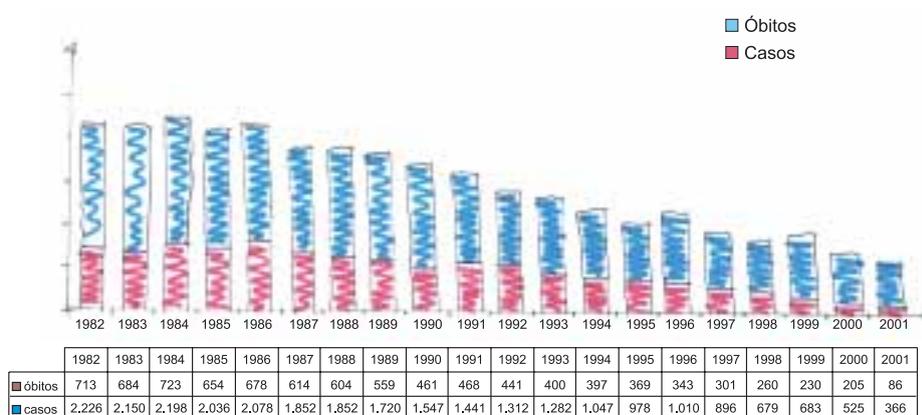
Tétano

O tétano é uma doença transmissível, não contagiosa, que apresenta duas formas de ocorrência: acidental e neonatal. A primeira forma geralmente acomete pessoas que entram em contato com o bacilo tetânico ao manusearem o solo ou materiais contaminados, com a presença de ferimentos na pele. O tétano neonatal é causado pela contaminação do coto umbilical do recém-nascido por meio de instrumentos inadequadamente esterilizados ou pela utilização, ainda presente em algumas áreas rurais do país, de substâncias (teia de aranha, pó de café, fumo, esterco, etc.) para cicatrizá-lo.

O tétano acidental, doença que pode ser evitada pela vacinação antitetânica repetida a cada dez anos, teve sua ocorrência reduzida de 2.226 casos, em 1982, para 366, em 2001. Essa doença tem também apresentado um deslocamento da faixa etária mais acometida, com cerca de 50% dos casos ocorrendo em pessoas idosas. Por conta dessa característica, o Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer a estratégia de controle da doença, introduziu a vacinação antitetânica com vacina dupla adulto (dT), na campanha de vacinação do idoso. As mortes pelo tétano acidental também acompanham a tendência declinante, das 713 ocorrências anuais registradas em 1982, para 86, em 2001, indicando uma variação negativa de 83%.

A situação de controle do tétano é conseguida com a manutenção de altas coberturas vacinais com a vacina DPT, em menores de um ano, e a revacinação com a vacina dupla adulto (dT) a cada dez anos. A melhoria do atendimento médico nas emergências, com a correta indicação do tratamento de lesões potencialmente contaminadas, também é importante para diminuir ainda mais as ocorrências dessa doença.

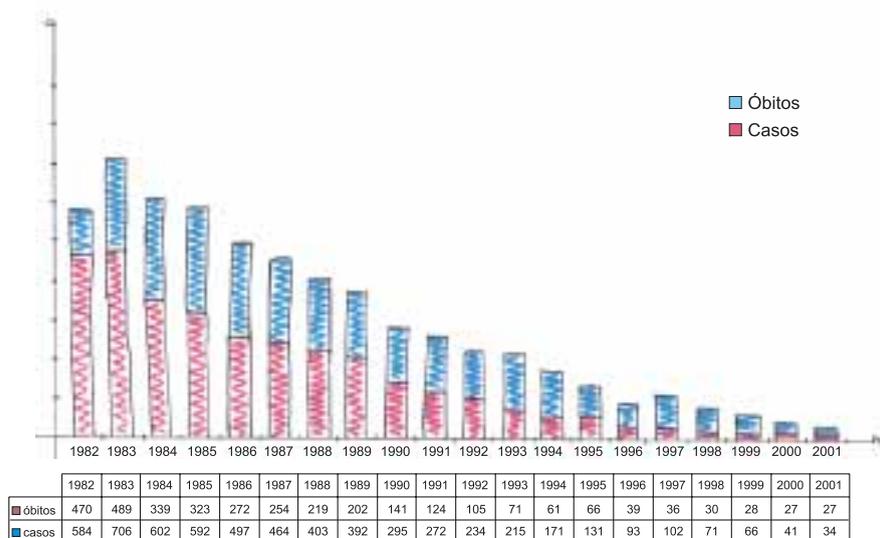
Tétano Acidental - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1982 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Obs.: Dados de óbitos de 1980 a 1998 fornecidos pelo SIM e de 1999 a 2001, pelo SINAN.

Tétano Neonatal - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1982 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Obs.: Dados de óbitos de 1982 a 1998 fornecidos pelo SIM e de 1999 a 2001, pelo SINAN.

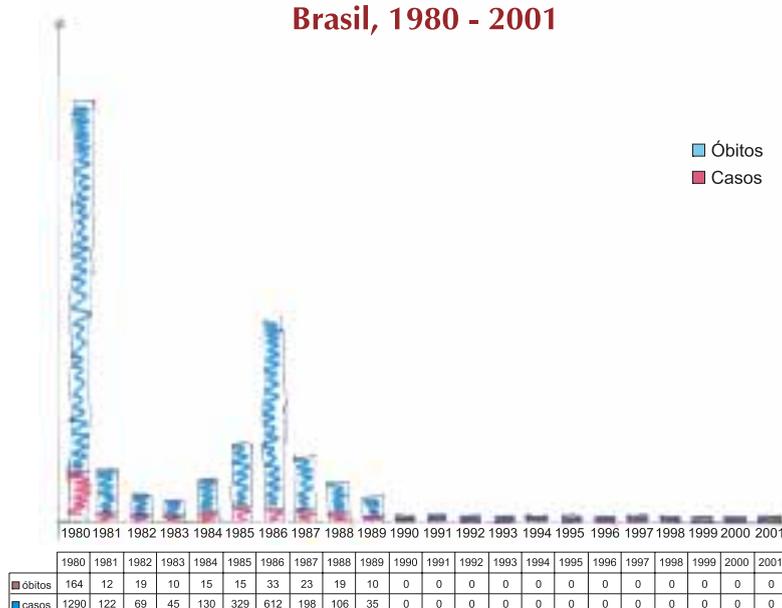
80

O tétano neonatal é prevenível se o atendimento pré-natal for bem realizado, averiguando-se se a gestante está adequadamente vacinada e as condições de realização do parto foram satisfatórias. O Ministério da Saúde vem assumindo o compromisso internacional de eliminar o tétano neonatal, adotando a estratégia de melhorar a vigilância epidemiológica e vacinar todas as mulheres em idade fértil nos municípios de maior risco, concentrados nas Regiões Norte e Nordeste. A redução obtida nos casos do tétano neonatal, no período, foi de 584, em 1982, para 34 casos, em 2001. As mortes por essa causa também se reduziram 17 vezes, de 470 ocorrências, em 1982, para 27, em 2001. Para o conjunto do país, o Brasil já atingiu a meta de incidência inferior a um caso por 1.000 nascidos vivos (0,009 casos/1.000 n.v), considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como indicativa da eliminação. O desafio agora é atingir essa meta para cada um dos municípios brasileiros, aproximando-se de uma ocorrência próxima a zero caso de tétano neonatal.

Poliomielite

A poliomielite (paralisia infantil), doença que pode deixar seqüelas graves e inclusive matar, chegou a acometer 3.596 crianças no ano de 1975, mas foi totalmente erradicada a partir de 1990, graças à ampliação da vacinação de rotina e à introdução das Campanhas Nacionais de Vacinação, estratégia que o Brasil adotou em caráter pioneiro, em 1980.

Poliomielite - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Em 1994, o país obteve o CERTIFICADO INTERNACIONAL DE ERRADICAÇÃO DA TRANSMISSÃO AUTÓCTONE DO POLIOVÍRUS SELVAGEM. No entanto, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) continua incentivando os gestores estaduais e municipais de saúde a alcançar a cobertura mínima de vacinação de 95 % da população, de forma homogênea, garantindo assim a manutenção

da erradicação da poliomielite, doença que foi responsável por um grande número de mortes e seqüelas no país.

Apesar da interrupção da transmissão autóctone do poliovírus selvagem no Brasil, a poliomielite permanece endêmica nos continentes Asiático e Africano. No continente Americano, a ocorrência de uma epidemia no Haiti e República Dominicana, associada à manutenção de baixas coberturas vacinais, ressalta a necessidade do aperfeiçoamento das estratégias adotadas no Brasil. O grande empenho do Ministério da Saúde, neste momento, é de intensificar as ações de prevenção, no intuito de evitar a reintrodução da doença no país.

Em 2001, foram vacinadas 2.751.553 crianças menores de um ano, com as três doses preconizadas na vacinação de rotina, pelo Programa Nacional de Imunizações.

A persistência da poliomielite em outros continentes, com o permanente risco de importação do vírus enquanto não for alcançada a erradicação em escala mundial, justifica a permanência da estratégia dos dias nacionais de vacinação e o fortalecimento da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas.

Sarampo

O sarampo, doença transmissível e contagiosa, que chegava a acometer de dois a três milhões de crianças nos anos epidêmicos na década de 1970, apresentou uma nítida tendência de redução da sua incidência no período de 1991 a 2000, e em 2001 alcançou-se sua eliminação, apesar do surto ocorrido em 1997. O comportamento cíclico da doença, com a ocorrência de epidemias periódicas em média a cada cinco anos, ocorre pela velocidade com que se acumulam susceptíveis, na hipótese de que não sejam adotadas estratégias adequadas de vacinação, com altas coberturas na vacinação de rotina (mais de 95%, em menores de um ano) e estratégias de campanhas periódicas.

No início da década de 1990, em virtude das características epidemiológicas do sarampo, a disponibilidade de uma vacina de alta eficácia e a ocorrência de um surto importante naquele momento, foi assumida a estratégia de erradicação regional dessa doença. O primeiro passo dessa estratégia era realizar uma campanha indiscriminada⁵ de vacinação, o que foi cumprido em 1992, atingindo-se uma alta cobertura vacinal. Os outros passos, porém, não foram realizados a contento e, mesmo após 1992, a cobertura vacinal anti-sarampo de rotina continuou a não atingir os níveis adequados. A campanha de seguimento realizada em 1995 obteve cobertura menor de 80%, insuficiente para cumprir seu objetivo⁶.

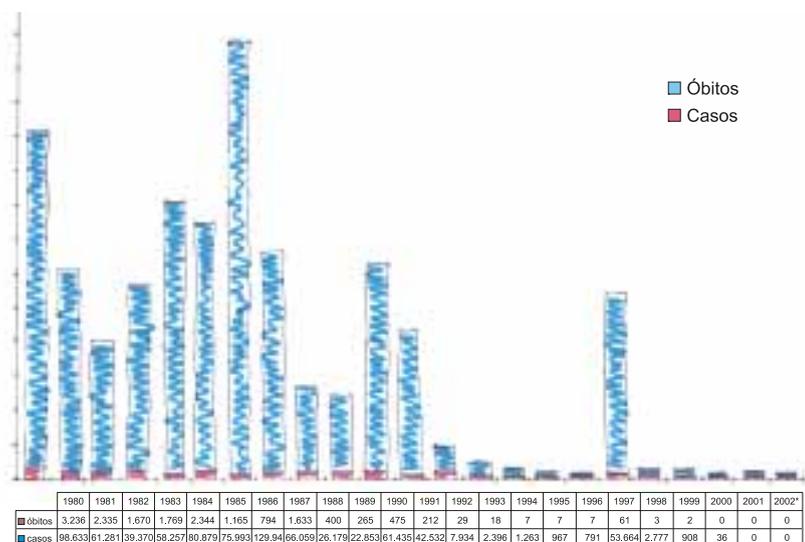
⁵ Vacinação indiscriminada é quando todas as crianças da faixa etária alvo são vacinadas, independentemente de sua situação vacinal anterior. Vacinação seletiva é quando só se vacinam os não vacinados.

⁶ A estratégia para a eliminação do sarampo prevê as seguintes ações: a) atingir coberturas vacinais de rotina acima de 95%, em menores de um ano; b) realização de uma campanha de vacinação indiscriminada, vacinando-se todas as crianças independentemente da situação vacinal prévia; c) repetir essa campanha a cada cinco anos, ou menos, a depender da situação epidemiológica, garantindo o seguimento *follow-up*, de maneira a impedir o acúmulo de susceptíveis que vão se originando dos não vacinados e dos vacinados que não se imunizam, a cada ano.

82

Esses fatores, aliados à fragilidade do sistema de vigilância epidemiológica, possibilitaram a eclosão de um surto, iniciado no final de 1996, pelo estado de São Paulo, e que depois se propagou para outros 18 estados, registrando um total de 53.664 casos. A realização de uma campanha nacional de vacinação em junho de 1997, que atingiu a cobertura adequada acima de 95%, juntamente com o reforço das ações de vigilância epidemiológica para detectar e bloquear rapidamente os casos suspeitos, possibilitaram o controle desse surto. A continuidade destas ações possibilitaram a interrupção da transmissão em 2000, quando foram registrados os últimos casos de sarampo em todo o território nacional.

Sarampo - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1980 - 2001



*Dados até outubro de 2002
Fonte: Cenepi/Funasa/MS

O número de óbitos por sarampo também demonstra o benefício conquistado com o controle da doença. Em 1980, essa doença provocou 3.236 mortes, número provavelmente ainda subestimado porque não inclui as mortes indiretas causadas por complicações, como as pneumonias, que se sucedem com frequência ao sarampo. No ano de 1999, ocorreram os últimos dois óbitos por sarampo no país, o que não vem mais ocorrendo, com a interrupção da transmissão.

Para consolidar essa conquista e avançar rumo à erradicação, o Ministério da Saúde, desde o ano de 2000, implantou o Plano de Eliminação do Sarampo. entre as estratégias desse plano, destaca-se a manutenção de um Grupo Tarefa

Especial, para atuar em todas as 27 unidades da federação, simultaneamente, objetivando detectar e investigar de forma rápida qualquer caso suspeito; fazer ações de bloqueio vacinal diante de casos suspeitos; e garantir que todos os municípios atinjam a cobertura vacinal adequada, na rotina, de 95% dos menores de um ano.

Em 2000, foi realizada uma campanha vacinal de seguimento, quando foram vacinadas cerca de 15 milhões de crianças menores de cinco anos, em todo o país. Não há registro de casos autóctones no país desde outubro de 2000, havendo, em 2001, apenas um caso confirmado, que foi importado do Japão. Ressalta-se que as ações de bloqueio desse caso foram tomadas prontamente pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, evitando a ocorrência de casos secundários. Esse quadro reforça a expectativa de garantir a execução do objetivo de erradicar essa doença no Brasil.

Raiva humana

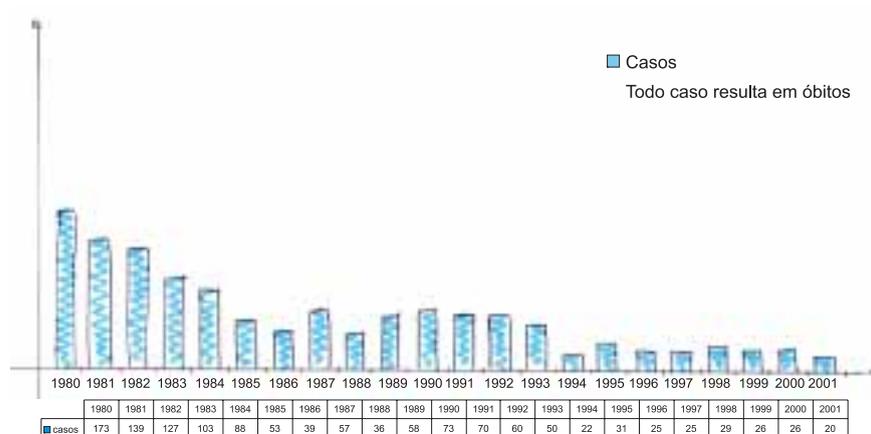
A raiva humana, doença que apresenta 100% de letalidade⁷, apresentou uma redução no número de casos registrados por ano nas duas últimas décadas, caindo de 173 casos anuais, em 1980, para 20 casos em 2001. Esses casos atualmente estão concentrados principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A raiva transmitida por animais domésticos já foi totalmente eliminada da região Sul e de alguns estados da região Sudeste, havendo a perspectiva de erradicação da transmissão, em todo o país, até 2003. Para cumprir esse objetivo, foi reforçado o monitoramento da circulação do vírus da raiva entre cães e gatos, e ampliada a vacinação de animais domésticos nas campanhas anuais.

⁷ A letalidade expressa a gravidade de uma determinada doença, sendo medida pela proporção dos que morrem, entre as pessoas que são acometidas.

84

Raiva Humana - Casos confirmados Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

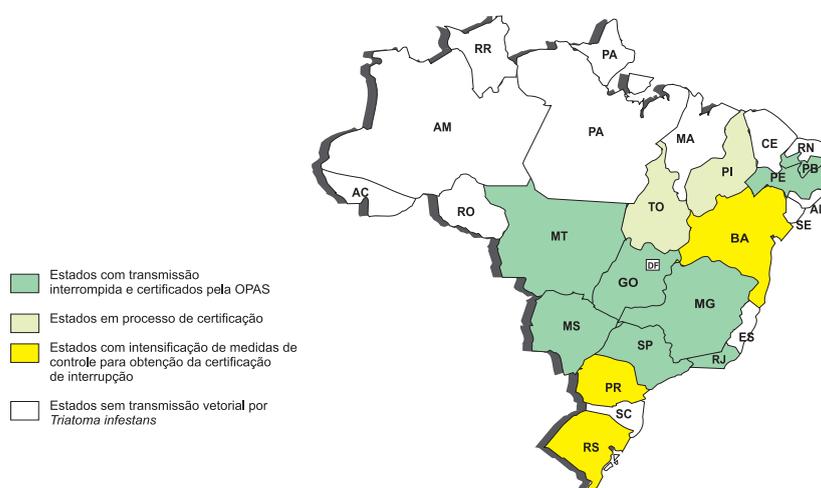
Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma doença transmitida, principalmente, por triatomíneos (insetos hematófagos⁸), conhecidos popularmente como barbeiros, que apresentava uma elevada incidência no Brasil estimada, no final da década de 70, em cerca de 100 mil casos novos por ano.

Hoje, com a estratégia de monitoramento entomológico para identificar a presença do vetor e desencadear as ações de combate utilizando inseticidas específicos, assim como as melhorias habitacionais realizadas nas áreas endêmicas, a doença encontra-se sob controle. Esse fato pode ser constatado a partir do consolidado dos inquéritos sorológicos para a doença de Chagas realizados sistematicamente entre escolares (7-14 anos de idade) de todos os estados endêmicos, no período de 1989 a 1999. Nesse consolidado, de 244.770 amostras colhidas, apenas 329 foram positivas, resultando em uma prevalência média geral de 0,13%.

⁸ Insetos que se alimentam de sangue.

Interrupção da Transmissão Vetorial da Doença de Chagas por *Triatoma infestans* Brasil, 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Com esses resultados e a redução da área onde é encontrado o *Triatoma infestans*, a Comissão Internacional de Especialistas constituída pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pelos países do Cone Sul, com a finalidade de avaliar a situação epidemiológica de cada país, conferiu o certificado de interrupção da transmissão vetorial pelo *T. infestans* a oito estados brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Paraíba, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Minas Gerais e Pernambuco.

Febre tifóide

A febre tifóide é uma doença transmissível, associada a precárias condições sanitárias, sendo freqüente sua ocorrência sob a forma de surtos relacionados com água e/ou alimentos contaminados. A redução do número de casos e óbitos por essa doença também é patente. Na primeira metade da década de 80, a média de casos registrados superava os 4 mil anuais e as mortes eram superiores a 100. O número de casos observados em 2001 é cerca de oito vezes menor do que os registrados em 1980, alcançando 584 casos, e os óbitos reduziram-se a nove no ano de 2001, representando uma redução de 91%.

A estratégia de controle da febre tifóide está dirigida, no setor saúde, para o fortalecimento da vigilância epidemiológica, visando à imediata detecção de casos e a adoção de medidas que impeçam sua propagação. Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem implantando, em todas as unidades da federação, a

86

vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos, o que pode justificar o aumento do número de casos ocorridos nos últimos anos.

A elaboração do Manual Integrado de Febre Tifóide, a implementação da capacidade laboratorial para o diagnóstico específico e a inserção da ficha de investigação da febre tifóide no Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (Sinan) são as principais medidas que estão sendo adotadas para a obtenção de maior efetividade do controle. Além disso, a **Funasa** incluiu a ocorrência de casos de febre tifóide como um dos critérios de priorização de municípios para aplicação de recursos em saneamento básico.

**Febre Tifóide - Casos confirmados e óbitos
Brasil, 1980 - 2001**



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Oncocercose

A oncocercose é uma doença causada por um parasito, transmitido de uma pessoa infectada, por meio da picada de mosquitos vetores do gênero *Simulium*, que pode chegar a causar cegueira. A oncocercose é comum na África e na região das Américas, principalmente no México e Venezuela. É também conhecida como cegueira dos rios, pela sua maior incidência em margens de rios e riachos, onde se desenvolve o vetor.

No Brasil, a oncocercose é restrita à área ianomâmi, no estado de Roraima, onde inquérito epidemiológico realizado pela **Funasa**, no período de 1993 a 1997, em 28 pólos-base, encontrou 1.266 infectados (29,6%) entre os 4.283 indígenas examinados.

A partir de 1995, com a disponibilização de drogas mais eficazes contra a oncocercose, foram iniciadas atividades de controle, com distribuição de medicamentos, que atingiram 100% da área endêmica, no Distrito Sanitário ianomâmi, no ano de 2001. Mantendo-se esse nível de cobertura, será possível a certificação internacional de eliminação da doença.

Filariose

A filariose é uma doença causada por um nematódeo, a *Wuchereria bancrofti*, sendo transmitida por mosquitos, principalmente o *Culex fatigans*. É uma doença comum na África. No Brasil, já foi muito prevalente e, atualmente, está localizada em focos endêmicos na Região Metropolitana do Recife e, em menor escala, em Maceió, cidades onde as condições ambientais e de drenagem favorecem a permanência de alto índice de população vetorial. Em Belém, onde a eliminação encontra-se próxima, a infecção ocorre de forma residual.

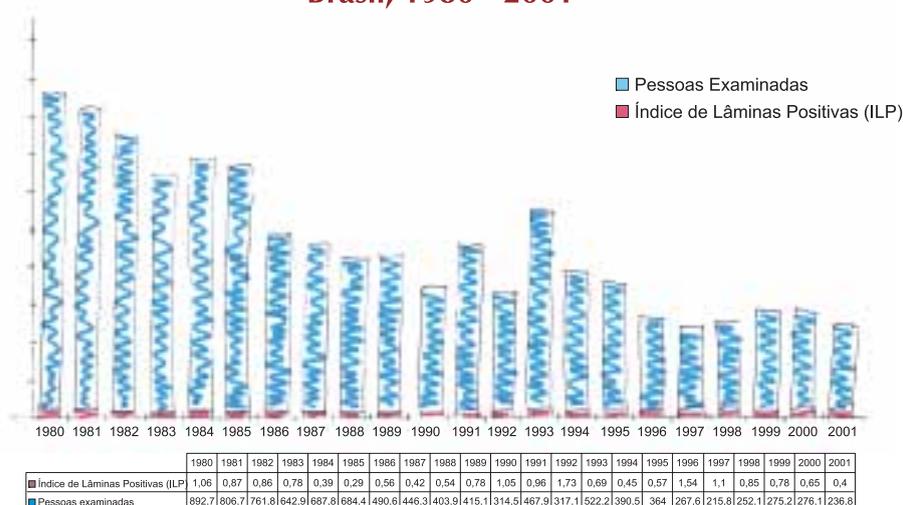
O quadro clínico apresentado pelas pessoas infectadas varia de situações sem sintomas ou oligossintomáticas, até formas graves, com complicações como a elefantíase⁹, de membros, mamas ou órgãos genitais.

A filariose é combatida por meio do controle do vetor, visando reduzir a densidade populacional do mosquito transmissor; com estratégias de educação em saúde, para que as pessoas residentes em áreas de focos aprendam a manejar os potenciais criadouros visando sua eliminação; e com o tratamento em massa dos casos diagnosticados.

⁹A elefantíase é um inchaço provocado por dificuldade de drenagem do sistema linfático quando este é acometido por um processo infeccioso, como no caso da filariose.

88

Filariose - Índice de lâminas positivas - ILP (%) e número de pessoas examinadas Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

O Índice de Lâminas Positivas (ILP), observado no gráfico, reduziu nas últimas duas décadas, ainda que tenha sido verificada uma variação decorrente das atividades operacionais de detecção a que estão submetidas. Em 2001, constata-se uma redução na transmissão, particularmente em Belém, onde foi detectado um único caso entre aproximadamente 100.000 amostras examinadas, e em Maceió, onde a positividade foi de 0,5%.

A descoberta recente de novas drogas mais potentes contra a *W. bancrofti* pôde assegurar maior efetividade nas ações de tratamento dos portadores e o êxito alcançado em ações integradas do controle do vetor, permitindo colocar a filariose como uma doença candidata à erradicação em futuro próximo.

Peste

A peste, doença transmitida por roedores silvestres, está atualmente restrita a pequenas áreas, principalmente na Região Nordeste, geralmente associada com o cultivo e armazenagem de grãos. Nessa região, desde 1998, só se registram casos no estado da Bahia. As atividades permanentes de vigilância sobre os roedores, com captura e exames de laboratório para detectar a infecção, têm possibilitado a manutenção e aprofundamento da situação de controle, sendo sua ocorrência restrita à forma bulbônica. A mortalidade por essa doença

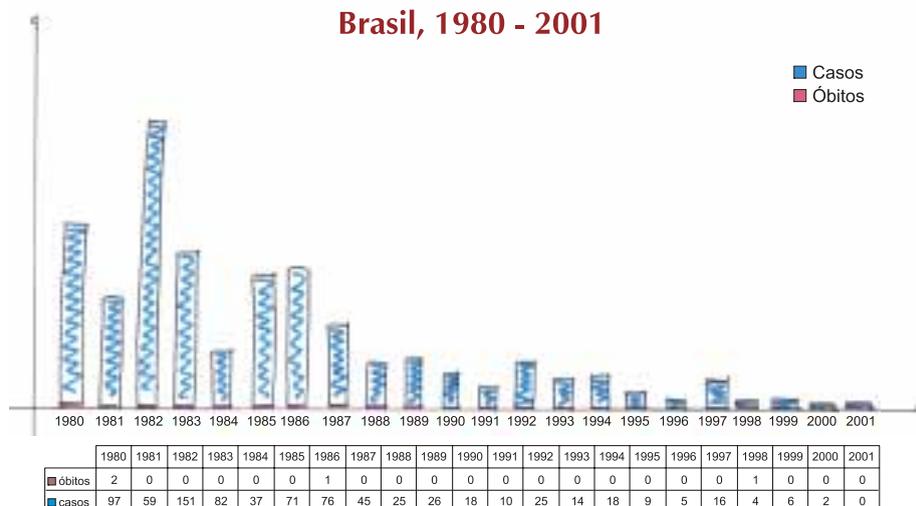
praticamente inexistente atualmente no país, com apenas um óbito registrado em toda a década de 1990.

A vigilância atuou satisfatoriamente, uma vez que, dos casos ocorridos em 1999, com exceção de apenas seis, todos evoluíram para a cura, o que retrata uma melhor preparação da rede assistencial para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos.

Além desse fato, a ocorrência se deu de forma isolada em municípios do Estado da Bahia, sem o desencadeamento de novos casos, demonstrando a oportunidade e a adequação das medidas de controle empregadas.

As principais ações de controle consistiram da captura de roedores e pulicídeos em áreas focais para quarentena e necrópsia, sorologia de carnívoros e educação em saúde dirigida às populações de risco.

Peste - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Doenças transmissíveis com quadro de persistência

Algumas doenças transmissíveis apresentam um quadro de persistência ou de redução, em período ainda recente. Para essas doenças, é necessário o fortalecimento de novas estratégias, recentemente adotadas, que propõem uma

90

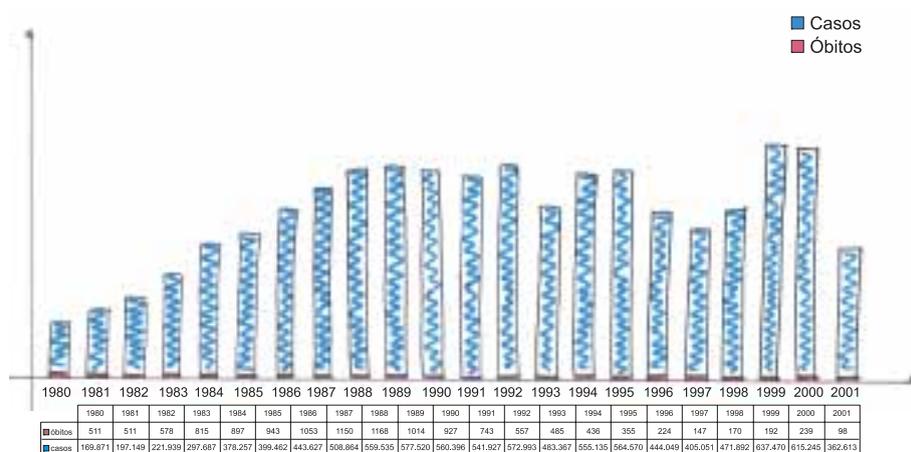
maior integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial, já que o principal foco da ação está voltado para o diagnóstico e o tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão.

É importante também enfatizar a necessidade de ações multissetoriais para a prevenção e controle desse grupo de doenças, já que grande parte das razões para a endemicidade reside em processos externos ao setor saúde - urbanização acelerada sem adequada infra-estrutura urbana, alterações do meio ambiente, desmatamento, ampliação de fronteiras agrícolas, processos migratórios, grandes obras de infra-estrutura (rodovias e hidroelétricas), entre outros.

Malária

A malária acometia cerca de seis milhões de brasileiros por ano na década de 1940, em todas as regiões do país. As mudanças sociais ocorridas e o intenso trabalho de controle desenvolvido, por meio da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), possibilitaram o relativo controle da doença, que passou a apresentar uma ocorrência de menos de 100 mil casos anuais e restringindo-se, espacialmente, às áreas de proximidade da floresta, na Amazônia Legal.

Malária (todas as formas) - Lâminas positivas e óbitos - Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

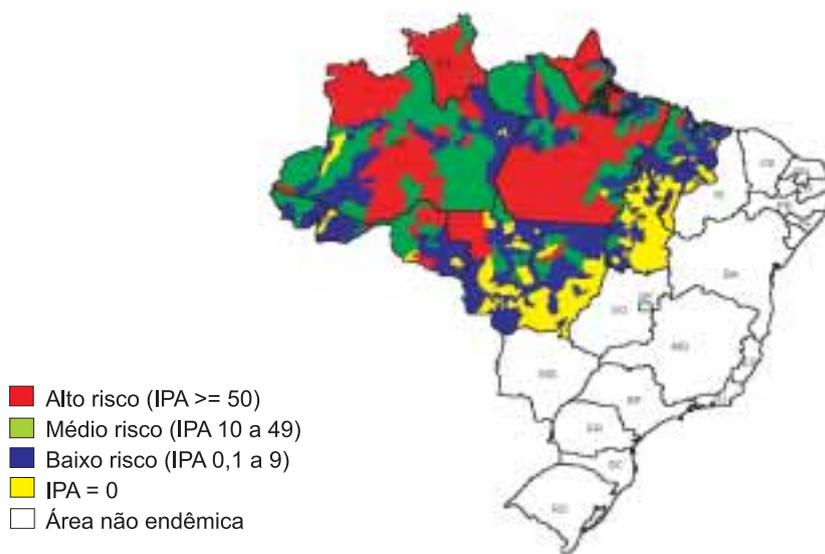
A partir da década de 1970, os projetos de desenvolvimento da Amazônia, com abertura de estradas, construções de hidroelétricas, expansão de áreas

de garimpo, entre outros, promoveram uma grande migração interna no país, com alterações ambientais importantes e exposição de grande contingente populacional à área malarígena. Essa situação provocou a dispersão da malária pelas Regiões Norte e Centro-Oeste, com um aumento significativo do número de casos, passando-se a registrar patamares de 450 a 500 mil casos anuais.

Atualmente, a malária concentra-se na Região da Amazônia Legal, que responde por mais de 99% dos casos registrados no país. Nos estados das demais regiões, os casos registrados são quase totalmente importados da Região Amazônica ou de outros países onde ocorre transmissão.

Aspectos socioeconômicos, como a valorização de produtos originários de atividades extrativistas, e um intenso processo de assentamento rural, que provocam deslocamentos de grandes grupos populacionais para o interior das florestas e fatores ambientais, como a variação de índices pluviométricos, foram responsáveis por um incremento de casos até 1999, com mais de 637 mil casos tendo sido registrados, representando crescimento de 34% em relação a 1998.

Áreas de risco para malária, segundo a incidência parasitária anual (IPA) e o local provável de infecção - Brasil, 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Essa situação levou a **Funasa** a elaborar o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (Piacm), desencadeando uma série de ações na Região Amazônica. Essas ações, executadas em parceria com estados e municípios,

92

colaboraram na inversão da tendência de crescimento da endemia. No ano de 2000, registraram-se 615.245 casos da doença, sendo 99,7% desses na Amazônia Legal. Dessa forma, foi observada uma redução de 3,5% no número de casos de malária em relação ao ano anterior (1999), estimando-se que foram evitados 170 mil casos que teriam ocorrido caso a tendência de crescimento tivesse se mantido. Essa tendência de redução se intensificou em 2001, com o registro de 362.613 casos, significando uma redução de cerca de 40%, com alguns estados da região endêmica (Amazonas, Acre e Roraima), a redução foi superior a 50%, quando comparado com 1999.

As estratégias foram baseadas na descentralização do diagnóstico e tratamento para os estados e municípios, de forma a ampliar e tornar mais rápido o acesso das populações da Amazônia, inclusive integrando na ação os agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde da família; no reforço das ações de combate ao vetor (borrificações intradomiciliares); nas intervenções ambientais (drenagem e limpeza de igarapés) nas áreas urbanas acometidas por malária, como Manaus e Porto Velho; e na regulamentação da avaliação prévia, por parte do Ministério da Saúde, quando da instalação de assentamentos ou de projetos de desenvolvimento.

No final de 2002, a **Funasa** lançou o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM), em substituição ao Piacm. Os objetivos do PNCM são o de manter a redução da incidência da mortalidade provocada pela malária; eliminar a transmissão da endemia nas áreas urbanas das nove capitais da Amazônia Legal; além de assegurar a interrupção da transmissão nos locais onde a malária já foi interrompida; e reduzir as formas graves da doença.

Meningites

O termo meningites designa um quadro caracterizado por processos inflamatórios das meninges¹⁰, que podem estar relacionadas a uma grande variedade de agentes infecciosos (vírus, bactérias, fungos e protozoários) ou não. Para a saúde pública e em especial para a vigilância epidemiológica, são relevantes as meningites infecciosas, causadas por agentes etiológicos transmissíveis. Os quadros clínicos das meningites podem variar desde os oligossintomáticos¹¹, até manifestações severas, por vezes levando ao óbito.

As meningites constituem um problema complexo e multifacetado: são doenças diferentes, com distintos impactos sobre a saúde pública, que demandam estratégias de prevenção e controle completamente diversas.

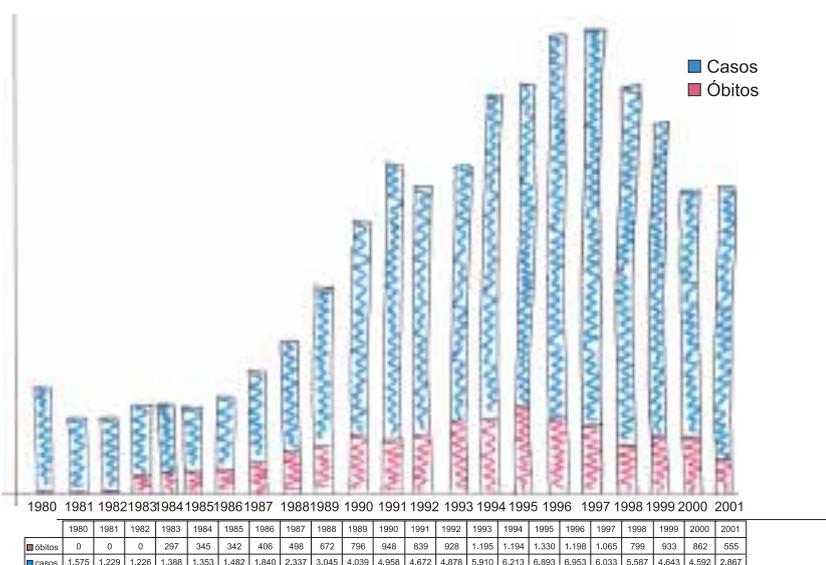
¹⁰Meninges são membranas que envolvem as estruturas anatómicas componentes do sistema nervoso central.

¹¹Com poucos sintomas, formas leves.

As meningites bacterianas e virais são as mais importantes, na perspectiva da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência, potencial de transmissão, sua patogenicidade e relevância social. Entre as primeiras, merecem destaque as meningites meningocócicas, as meningites por *Haemophilus influenzae* tipo B, as meningites por pneumococos e a meningite tuberculosa.

A doença meningocócica tem ocorrência em praticamente todo o mundo, apresentando-se em forma hiperendêmica na região do subSaara africano, onde alguns países possuem uma incidência anual de 150 casos por 100 mil habitantes, valor 50 vezes maior que o registrado no Brasil. O Brasil registrou uma grande epidemia de doença meningocócica¹² na década de 1970, que teve seu epicentro em São Paulo, mas que se alastrou por todo o país. Na época, foi realizada uma grande campanha nacional de vacinação de toda a população com a vacina antimeningocócica A + C, de origem francesa, que até então nunca havia sido utilizada em tão larga escala, não havendo comprovação anterior de sua efetividade. Possivelmente pelo efeito combinado de dois fatores, a utilização da vacina e o esgotamento de suscetíveis, a epidemia foi controlada.

Doenças Meningocócicas Casos confirmados e óbitos - Brasil, 1998 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Esse aparente “sucesso” criou, no imaginário da população brasileira, a percepção equivocada da meningite meningocócica como uma doença imunoprevenível. A partir da década de 1980, houve uma mudança importante no comportamento epidemiológico da doença meningocócica no país, com o sorotipo B passando a ser o mais prevalente. Para esse sorotipo só existe uma vacina disponível, de origem cubana, que não tem utilização universal.

¹²A doença meningocócica manifesta-se, geralmente, sob a forma de meningite ou como infecção generalizada.

94

As meningites, de algumas etiologias, têm comportamento endêmico no Brasil e em praticamente todos os países do mundo. Isso significa que anualmente é esperada a ocorrência de um determinado número de casos de meningites, como parte do comportamento “normal” da doença.

Durante a primeira metade da década de 1990, observou-se um crescimento no número de casos notificados, atingindo o pico em 1996, com o registro de 6.963 casos. Esse crescimento decorreu, em grande parte, de surtos localizados em municípios com grande contingente populacional, como São Paulo e Rio de Janeiro, além de um aumento, por causas ainda não completamente esclarecidas, no patamar de ocorrência endêmica, esperado da doença. A partir de 1997, há uma tendência de redução do número de casos, em consequência da adoção mais oportuna de medidas de controle em situação de surtos, como vacinação de bloqueio e uso da quimioprofilaxia.

Entre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde e demais esferas gestoras do Sistema Único de Saúde para a vigilância e controle das meningites, destacam-se o aprimoramento do diagnóstico laboratorial e da assistência médica, efetivos para reduzir a letalidade; a correta adoção de medidas como a quimioprofilaxia, quando indicada; utilização das vacinas antimeningocócicas com eficácia comprovada nas situações de surto; implantação da vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB) no esquema básico de imunizações para todas as crianças menores de um ano do país¹³. A bactéria *Haemophilus influenzae* tipo B é um dos principais agentes causais de meningites graves nas crianças menores de um ano, com uma elevada letalidade (cerca de 8%), podendo deixar seqüelas, algumas graves, como o retardo mental e surdez.

Alguns dados já disponíveis apontam para um impacto altamente positivo da vacina contra HiB, com uma redução da incidência de meningites por essa causa superior a 50%, quando comparados os anos de 1998 a 2000 (a vacina foi introduzida no país em 1999).

Leishmaniose visceral

A leishmaniose visceral (também conhecida por calazar) é uma zoonose que afeta outros animais além do homem. É uma doença crônica sistêmica que, quando não tratada, evolui para óbito. Foi uma doença praticamente silvestre, que tem tido uma mudança de comportamento, fundamentalmente por modificações socioambientais, como o desmatamento, que reduziu a

¹³No primeiro ano da implantação, a faixa etária foi estendida para menores de dois anos.

disponibilidade de animais para servir de fonte de alimentação para o mosquito transmissor, colocando o cão e o homem como alternativas mais acessíveis. O processo migratório trouxe, para a periferia das cidades, populações humana e canina originárias de áreas rurais onde a doença era endêmica. Além disso, para essa doença ainda não se dispõe de formas de prevenção completamente efetivas, como uma vacina.

O comportamento epidemiológico da leishmaniose visceral é cíclico, com elevação dos casos em períodos médios a cada cinco anos, além de uma tendência crescente, se for considerado o período de 1980 até agora. Esse aumento do número de casos registrados, nos anos recentes, pode ser explicado pela modificação do padrão de ocorrência geográfica, com o registro de casos em alguns centros urbanos, como Belo Horizonte, Natal, São Luís, Teresina, Fortaleza, Montes Claros e Araçatuba, caracterizando uma expansão da área tradicional de ocorrência da doença, em decorrência do intenso processo migratório da população rural para a periferia das cidades de médio e grande porte. Além disso, a melhor organização da rede assistencial, associada ao melhor preparo para diagnóstico e tratamento, proporcionou uma maior detecção de casos.

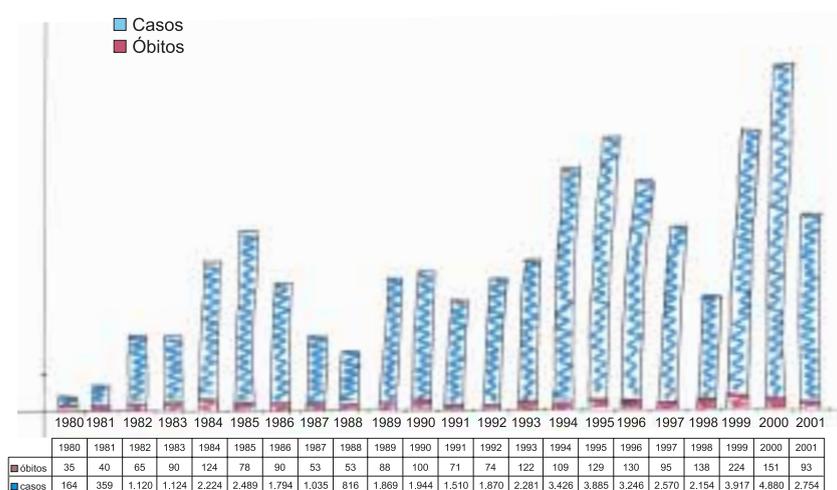
A partir de 2000, o Ministério da Saúde vem realizando uma completa revisão das normas técnicas do programa de controle, por intermédio de várias reuniões e oficinas com o Comitê Técnico Assessor. Em consequência, a estratégia de controle passou a priorizar a capacitação de profissionais para o diagnóstico e tratamento adequado dos pacientes, a adoção do controle vetorial e de reservatório¹⁴ doméstico nas áreas de maior risco de transmissão e a utilização de técnica para sorologia com maior sensibilidade e especificidade. Desde 2001, técnicos de todas as secretarias estaduais de saúde vêm sendo capacitados para implementação dessas medidas em seus estados.

¹⁴ Reservatório é qualquer animal, artrópode, planta ou solo, no qual normalmente vive e se reproduz um agente infeccioso que pode ser transmitido a um hospedeiro suscetível.

96

Leishmaniose Visceral

Casos confirmados e óbitos - Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Leishmaniose Tegumentar Americana

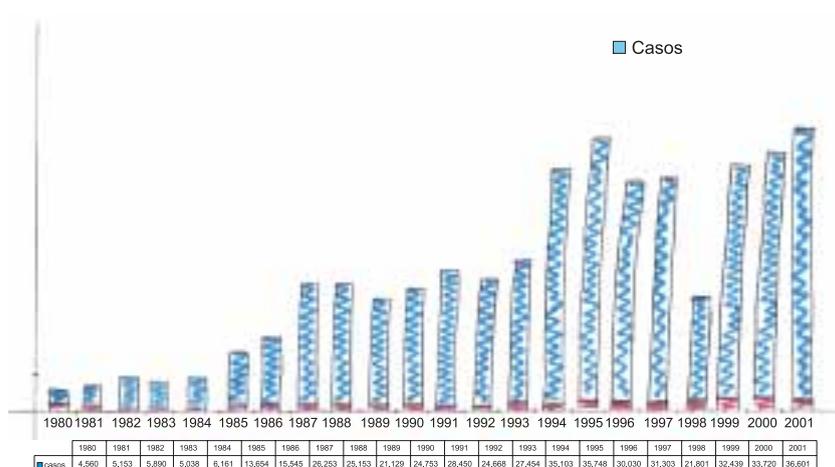
A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero "Leishmania", que acomete pele e mucosa. Nas últimas décadas, as análises de estudos epidemiológicos da LTA têm sugerido mudanças no comportamento epidemiológico da doença. Inicialmente considerada zoonose de animais silvestres, que acometia ocasionalmente pessoas em contato com florestas, a LTA começa a ocorrer em zonas rurais já praticamente desmatadas e em regiões periurbanas. Observa-se a coexistência de um duplo perfil epidemiológico expresso pela manutenção de casos oriundos dos focos antigos ou de áreas próximas a eles, e pelo aparecimento de surtos epidêmicos associados a fatores decorrentes do surgimento de atividades econômicas como garimpos, expansão de fronteiras agrícolas e extrativismo, em condições ambientais altamente favoráveis à transmissão da doença.

No período de 1985 a 2001, a LTA, no Brasil, vem apresentando coeficientes de detecção que oscilam entre 10,45 a 21,23 por 100.000 habitantes. Ao longo desse período, observou-se uma tendência ao crescimento, registrando os coeficientes mais elevados nos anos de 1994/1995, quando atingiram níveis de 22,83 e 22,94 por 100.000 habitantes, respectivamente. Vale ressaltar que o ano

de 1998 apresentou uma queda significativa nesse coeficiente (13,47/100.000 habitantes), fato que pode estar relacionado a problemas operacionais naquele ano.

Ao se analisar a evolução da LTA no Brasil, observa-se uma expansão geográfica, visto que, no início da década de 1980, foram registrados casos em 19 unidades federadas e, nos últimos anos, todas as unidades registraram casos autóctones da doença. No ano de 1994, houve um registro de casos autóctones em 1.861 municípios, o que representa 36,9% dos municípios do país; em 2001, houve uma expansão da doença para 2.268 municípios (40,8%). A Região Nordeste vem contribuindo com o maior número de casos (cerca de 38,8% do total de casos registrados no período), e a Região Norte com os coeficientes mais elevados (93,84/100.000 habitantes), seguida das Regiões Centro-Oeste (42,70/100.000 habitantes) e Nordeste (26,50/100.000 habitantes).

Leishmaniose Tegumentar Americana Casos confirmados - Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS
Obs.: Dados de 2001 preliminares.

As ações de controle da LTA são dificultadas por ser uma doença que apresenta grande diversidade e constantes mudanças nos padrões epidemiológicos de transmissão, em virtude das diferentes espécies de vetores, reservatórios e agentes etiológicos, associados à ação do homem sobre o meio ambiente. As estratégias para o controle da LTA devem ser específicas, conforme a situação epidemiológica de cada local e região, destacando que é fundamental o conhecimento do maior número de casos suspeitos; diagnóstico e tratamento precoce dos casos confirmados; identificação do agente etiológico circulante na área; conhecimento das áreas de transmissão e redução do contato homem vetor por meio de medidas específicas.

Para a implementação e fortalecimento das ações de controle da leishmaniose tegumentar americana no Brasil, a **Funasa** investiu, até o ano de 2002, na

98

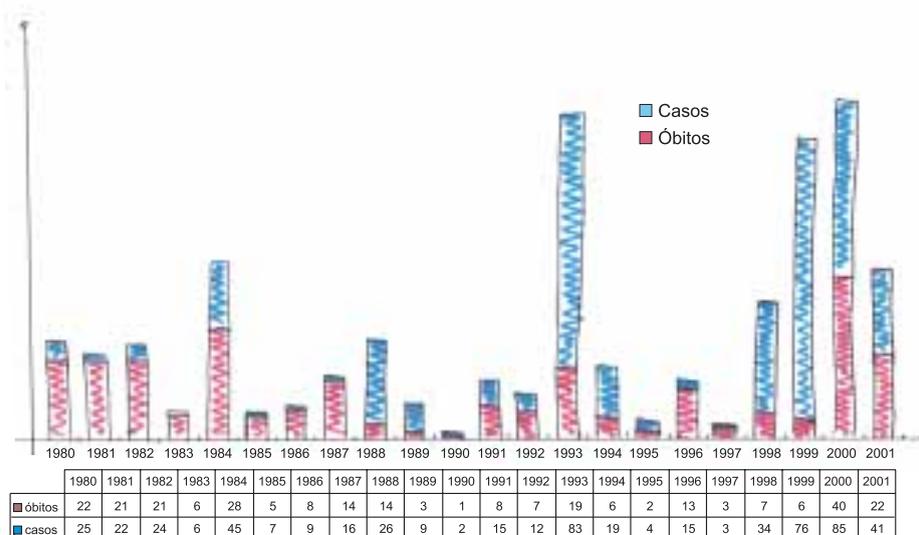
capacitação de recursos humanos; organização dos serviços para o atendimento primário, secundário e terciário; aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento dos doentes e de inseticidas para o controle vetorial, além do aprimoramento dos sistemas de vigilância epidemiológica e entomológica.

Febre amarela silvestre

A febre amarela apresenta duas formas de expressão, a urbana e a silvestre. A febre amarela urbana encontra-se erradicada no Brasil desde 1942, porém a forma silvestre não é erradicável, porque a doença tem um importante ciclo natural de circulação entre primatas das florestas tropicais.

A febre amarela silvestre, mesmo apresentando um número de casos anuais inferior à maioria dos países que compartilham com o Brasil a Bacia Amazônica (o Peru, por exemplo, registrou 165 casos em 1998), continua sendo objeto de atenção e de novas estratégias de vacinação, visando proteger a população brasileira que vive nas áreas endêmicas (Amazônia Legal e Centro-Oeste).

Febre Amarela Silvestre Casos confirmados e óbitos - Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Desde abril de 1998, vem ocorrendo uma intensificação da vacina antiamarílica na região endêmica, visando completar a cobertura de todos os moradores. Essa intensificação, já em 1998, conseguiu quadruplicar o número médio anual

de vacinados no país, atingindo 12 milhões de pessoas. Em 1999, além da continuidade dessa ação, visando atingir as pessoas que residiam em áreas de difícil acesso, expandiu-se a vacinação para as áreas contíguas à região endêmica, com o objetivo de vacinar as populações do Triângulo Mineiro e das regiões Norte e Noroeste de São Paulo e do Paraná. Desde 1998 até 2001, já foram vacinadas aproximadamente 60 milhões de pessoas, compreendendo a vacinação de toda a área endêmica e de maior risco de transmissão no país.

As ações de vigilância epidemiológica também foram fortalecidas, buscando-se o registro do número real de casos de febre amarela que ocorrem, e a adoção de medidas de bloqueio, de forma tempestiva. O surto verificado no Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros, em Alto Paraíso, Goiás, local que atraiu cerca de três mil turistas nas festas do final do ano de 1999 e o surto ocorrido em 2001, em Minas Gerais, reforçaram a necessidade de se garantir a proteção para um novo grupo de risco, os praticantes do turismo ecológico ou rural.

O Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde, em conjunto com órgãos de turismo e transporte, realizaram uma campanha de divulgação para alertar os viajantes que se dirigem às regiões endêmicas, da necessidade de vacinação prévia, tendo sido também ampliado o acesso à vacina para toda a rede de saúde. Além da vacinação de grande contingente populacional, novas ações de intensificação da vigilância epidemiológica, inclusive sobre a circulação do vírus entre os macacos das florestas brasileiras, e de fortalecimento da vacinação de todos os viajantes para as áreas endêmicas e de transição foram adotadas. Em 2001, foram registrados 41 casos da doença, dos quais 31 casos ocorreram durante o surto de Minas Gerais. Esses dados indicam uma redução superior a 50% do número de casos registrados em 2000.

Hepatites

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos que se localizam no tecido hepático, e que apresentam diversidade de características epidemiológicas, clínicas, imunológicas e laboratoriais. Para fins de vigilância epidemiológica, as hepatites virais agrupam-se segundo o modo de transmissão: o grupo com transmissão parenteral/sexual (a exemplo da hepatite B, da hepatite C e da hepatite D) e o grupo com transmissão fecal-oral (a exemplo da hepatite A e da hepatite E). As apresentações clínicas em formas agudas e crônicas representam outro importante parâmetro para a vigilância epidemiológica. Outros agentes etiológicos, como da hepatite F, hepatite G e o vírus TT, eventualmente podem ser investigados com a colaboração dos laboratórios nacionais de referência.

A distribuição das hepatites virais é mundial. A magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. A taxa de incidência da hepatite A em países subdesenvolvidos é estimada entre 20 a 250 casos por 100.000 habitantes,

100

ao ano. A prevalência de hepatite B, estimada pela detecção de antígeno específico (HBsAg) na população adulta, tem variado de 0,1 a 20% em estudos realizados em diferentes partes do mundo. A hepatite C nos países desenvolvidos alcança uma prevalência de 1% a 2% de infectados na população total (o que representaria, por exemplo, uma estimativa de 3,9 milhões de indivíduos nos Estados Unidos).

Quanto à hepatite C, ainda não existem estudos capazes de estabelecer sua real prevalência no país. Dados originários dos exames de triagem de doações de sangue na rede de hemocentros, apontam um percentual de positividade de 1,2%.

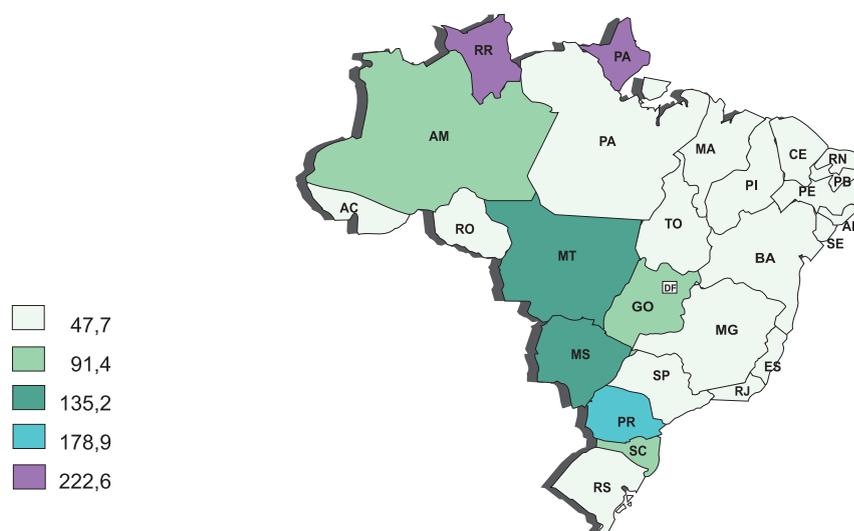
Quanto à hepatite A, os estados do Amapá e Roraima, possuem taxa de detecção próximas a 200 casos por 100.000 habitantes, seguidos do Paraná, na faixa imediatamente inferior.

Quanto à hepatite B, o estado de Santa Catarina possui a maior taxa de detecção, 117,0 casos por 100.000 habitantes, seguido pelo Paraná e Roraima.

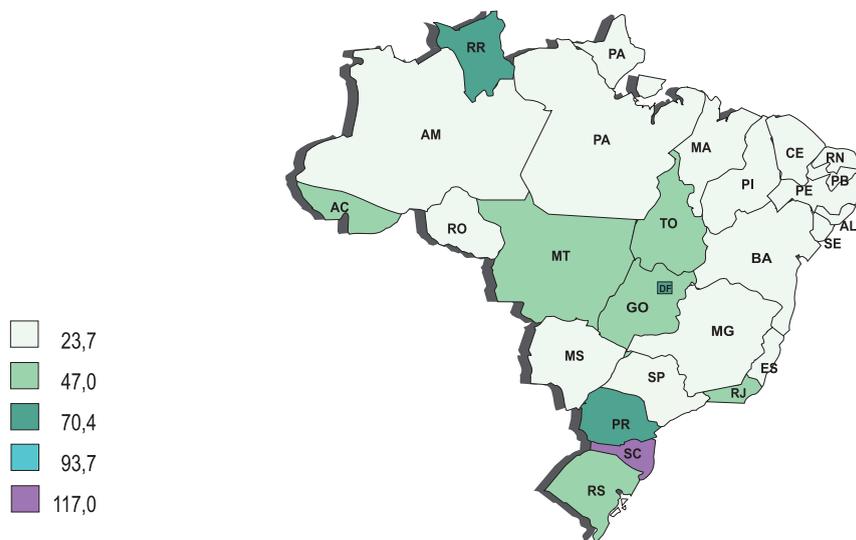
Quanto à hepatite C, o estado do Rio Grande do Sul possui a maior taxa de detecção, 47,9 casos por 100.000 habitantes, seguido pelo Paraná e Rio de Janeiro.

A vigilância das hepatites virais no país está em processo de reestruturação e, com a criação do Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, espera-se que muitas das limitações sejam superadas. Além disso, em 2002, a **Funasa** iniciou a realização de um inquérito epidemiológico para estabelecer os reais níveis de prevalência das hepatites B e C.

Hepatite A - Taxa de Detecção (por 100.000 habitantes) - Brasil, 1996 a 2000

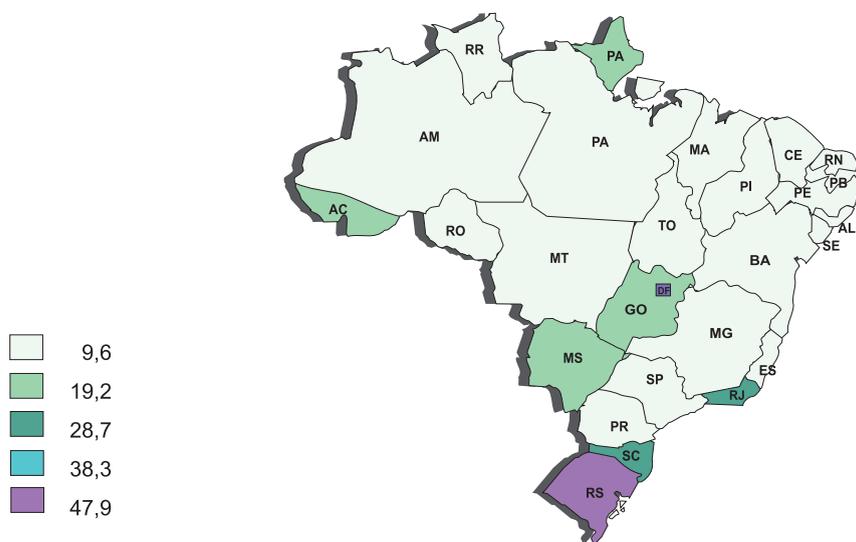


Hepatite B - Taxa de Detecção (por 100.000 habitantes) - Brasil, 1996 a 2000



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Hepatite C - Taxa de Detecção (por 100.000 habitantes) - Brasil, 1996 a 2000



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

102

Esquistossomose

A esquistossomose mansônica tem ampla distribuição geográfica no Brasil, com maior intensidade de transmissão na Região Nordeste do país e norte de Minas Gerais. Entretanto, todos os estados apresentam áreas de transmissão, ainda que alguns deles sejam constituídos de áreas focais.

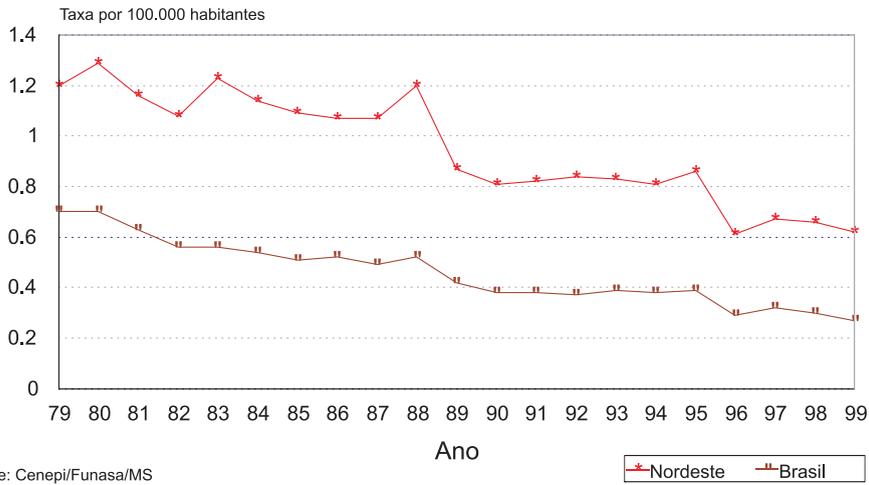
Desde o início da década de 1950 até o presente ano, tem sido observada redução nas prevalências de infecção, detectada mediante inquéritos coproscópicos populacionais. Entretanto, tem ocorrido uma maior distribuição espacial, com o processo de urbanização e migração. Também os indicadores de morbidade hospitalar e mortalidade têm evidenciado redução, em análises realizadas nos sistemas de informações existentes.

Nos últimos 20 anos, o percentual de positividade, detectado em inquéritos coproscópicos realizados pela extinta (Sucam) e em continuidade pela **Funasa** e secretarias municipais de saúde, tem se situado entre 5,5 e 11,6% da população examinada. Observam-se variações anuais na positividade, em função da heterogeneidade das áreas que são submetidas aos inquéritos em cada estado. Destacam-se Alagoas, Pernambuco, Bahia, Sergipe, Paraíba e Minas Gerais, com os maiores percentuais. Nos estados de maior percentual de positividade, também têm sido registrados os maiores coeficientes de mortalidade e proporção de internações por esquistossomose. A tendência histórica para esses indicadores aponta uma redução na morbidade e mortalidade por formas graves pela doença, para o país como um todo. Entretanto, nas áreas endêmicas da Região Nordeste, a ocorrência da forma hepato-esplênica, que pode levar ao óbito por hemorragia digestiva, ainda representa um importante problema de saúde.

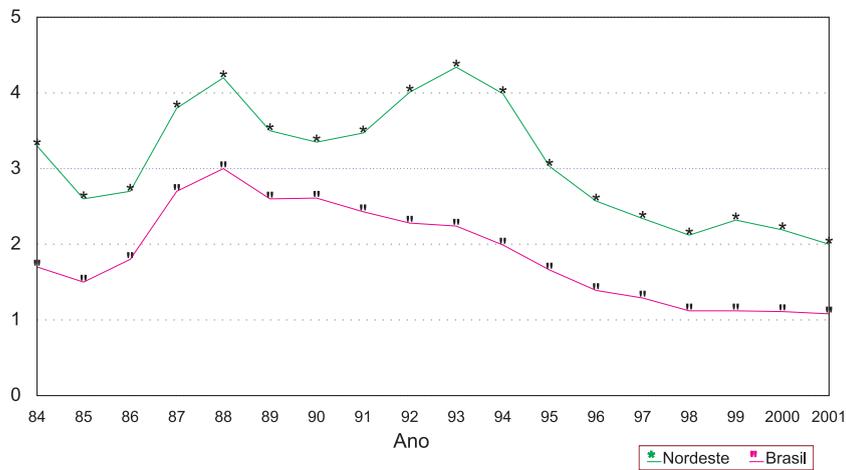
A ampliação da oferta de abastecimento de água e esgotamento sanitário tem contribuído para a melhoria dos indicadores da esquistossomose. A utilização de critérios epidemiológicos para seleção de municípios elegíveis para aplicação de recursos destinados ao saneamento pela **Funasa**, por meio da Portaria **Funasa** nº 1/2002, contribuiu para redução na transmissão da esquistossomose. Por outro lado, a maior disponibilidade de assistência médica e a adoção de tratamento específico tem contribuído para a redução dos indicadores de morbidade e mortalidade.

Desde 1993 vem sendo implementada a descentralização das ações de controle da esquistossomose, intensificadas a partir de 1999 e 2000, quando as secretarias municipais passaram a assumir gradativamente o controle dessa endemia em seu território.

Taxa de mortalidade por esquistossomose mansônica Brasil e Região Nordeste, 1970 a 1999



Proporção de interações por esquistossomose em relação ao total de interação Brasil e Regiões Nordeste, 1984 a 2001



Doenças Transmissíveis Emergentes e Reemergentes

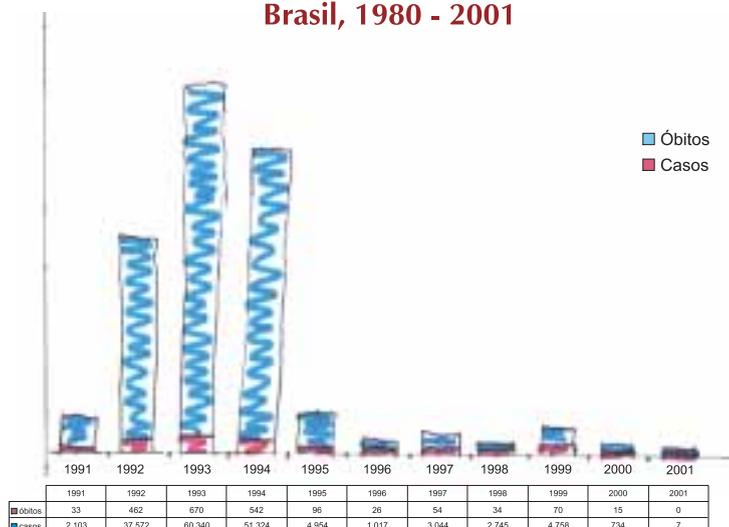
Um terceiro grupo de doenças expressa, no Brasil, o fenômeno mundial de emergência¹⁵ e reemergência¹⁶ de doenças transmissíveis, com o surgimento da aids e da hantavirose; pela reintrodução da cólera, a partir do Peru, em 1991; e pela epidemia de dengue, que passou a constituir no final da década de 1990 uma das maiores prioridades de saúde pública no continente e no país.

Cólera

A cólera experimentou seu pico epidêmico em 1993, com 60.340 casos. Os esforços do sistema de saúde conseguiram reduzir esses valores drasticamente, apesar da insatisfatória condição sanitária de parte da população, que cria um ambiente favorável para a disseminação e persistência da doença.

Em 1998 e 1999, a seca que ocorreu na Região Nordeste, onde se instalou uma severa crise de abastecimento de água, inclusive nas capitais, favoreceu a possibilidade de recrudescimento da doença, com o Ministério da Saúde reforçando as ações de prevenção e de vigilância epidemiológica na região, tendo lançado uma campanha de educação sanitária e distribuição de hipoclorito de sódio, por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A **Funasa** também repassou recursos, por meio de convênios com as secretarias estaduais de saúde, para fortalecer o monitoramento das bacias hidrográficas da Região Nordeste e para ações de abastecimento de água nessa região.

**Cólera - Casos confirmados e óbitos
Brasil, 1980 - 2001**



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

¹⁵ Doenças emergentes são aquelas que surgiram ou foram identificadas nas duas últimas décadas (por exemplo: aids e hantavírus) ou que assumiram uma nova situação, passando de doenças raras e restritas para se constituírem em problemas de saúde pública.

¹⁶ Doenças reemergentes são aquelas que surgiram como problemas de saúde pública após terem sido controladas no passado (por exemplo: cólera).

A cólera atualmente manifesta-se sob a forma de surtos, principalmente nas pequenas localidades do Nordeste, onde há dificuldade de acesso à água tratada e deficiência de esgotamento sanitário. Em 1999, ocorreu um surto no porto de Paranaguá, provavelmente ocasionado por caminhoneiros originários do Nordeste, que foi controlado em poucas semanas, demonstrando a capacidade de resposta do setor saúde no rápido controle e eliminação da doença, onde as condições sanitárias são favoráveis.

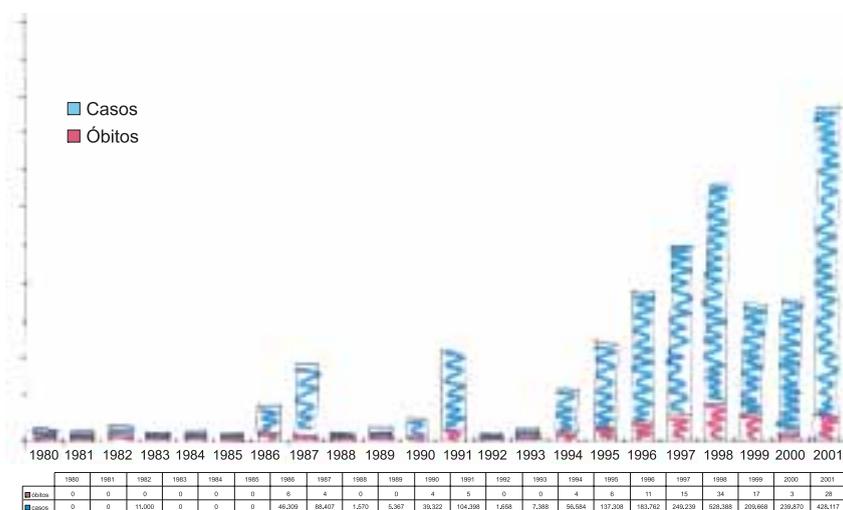
No ano de 2000, a cólera apresentou uma redução importante, tanto no número de casos, como na área geográfica em que se manifesta. Foram registrados 734 casos, atingindo principalmente dois estados da Região Nordeste, Pernambuco e Alagoas. Já no ano de 2001, ocorreram, em todo o país, apenas sete casos da doença, também concentrados na Região Nordeste, sendo quatro no Ceará, um em Pernambuco, um em Alagoas e um em Sergipe. Os dados dos últimos dois anos asseguram a situação de controle da cólera e, mantida essa tendência, a doença passará a integrar o grupo das enfermidades transmissíveis com tendência declinante ou mesmo, brevemente, erradicada.

Dengue

A dengue tem sido objeto de uma das maiores campanhas de saúde pública realizadas no país. O mosquito transmissor da doença, o *Aedes aegypti*, que havia sido erradicado em vários países do continente americano nas décadas de 1950 e 1960, retornou na década de 1970, por falhas na vigilância epidemiológica e pelas mudanças sociais e ambientais propiciadas pela urbanização acelerada da época.

Atualmente, o mosquito transmissor é encontrado numa larga faixa do continente americano, que se estende desde o Uruguai até o sul dos Estados Unidos, com registro de surtos importantes de dengue em vários países, como Venezuela, Cuba, Brasil e, recentemente, no Paraguai.

Dengue - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1980 - 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

106

As dificuldades de erradicar um mosquito domiciliado, que se multiplica nos vários recipientes que podem armazenar água, particularmente aqueles encontrados nos lixos das cidades, como as garrafas, latas e pneus, ou no interior dos domicílios, como os pratinhos dos vasos de plantas, têm exigido um esforço substancial do setor saúde. Esse trabalho próprio do setor saúde necessita ser articulado com outras políticas públicas, como a limpeza urbana, além de uma maior conscientização e mobilização social sobre a necessidade de as comunidades manterem seu ambiente livre do mosquito.

Nos últimos três anos vem sendo registrado um aumento no número de casos, alcançando 428.117 casos em 2001. Entre outros fatores que pressionam a incidência da dengue, destaca-se a introdução recente de um novo sorotipo, o DEN 3, para o qual a suscetibilidade é praticamente universal. Por esse motivo, a Funasa, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, executou um conjunto de ações, entre as quais se destacam:

- a intensificação das ações de combate ao vetor, focalizando-se os municípios com maior participação na geração dos casos;
- o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a oportunidade da resposta ao risco de surtos;
- a integração das ações de vigilância e de educação sanitária com os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
- uma forte campanha de mobilização social e de informação para garantir a efetiva participação da população. Tem sido priorizada, também, a melhoria na capacidade de detecção de casos de dengue hemorrágica, com vistas a reduzir a letalidade, por essa forma da doença, a níveis inferiores a 1%.

Com esse cenário epidemiológico, torna-se imperioso que o conjunto de ações que vêm sendo realizadas e outras a serem implantadas seja intensificado, permitindo um melhor enfrentamento do problema e a redução do impacto da dengue no Brasil. Com esse objetivo, foi instituído o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), em 24 de julho de 2002.

Hantavirose

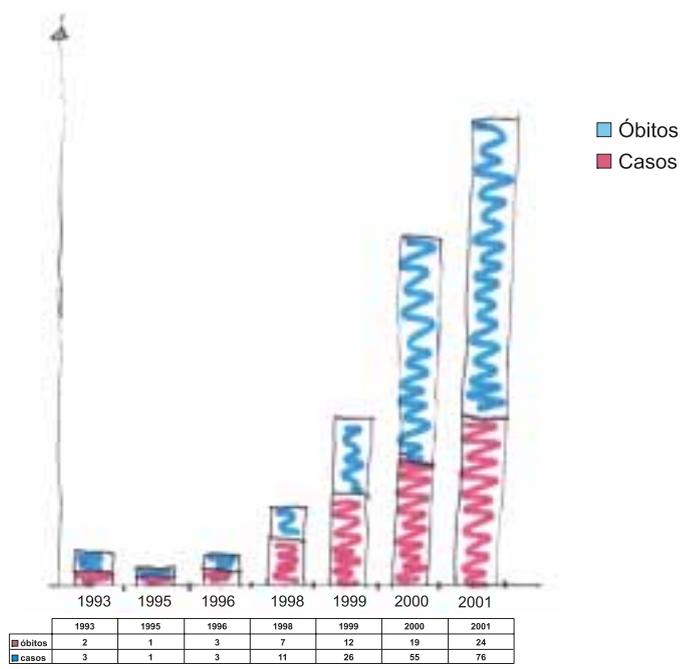
As hantavíroses constituem uma doença emergente com duas formas clínicas principais, a renal e a pulmonar. A forma renal é mais freqüente na Europa e Ásia, enquanto a forma pulmonar ocorre principalmente no continente americano,

em praticamente todos os países, com os Estados Unidos e a Argentina tendo o maior registro de casos. A infecção humana ocorre, mais freqüentemente, pela inalação de secreções e excreções dos reservatórios, que são roedores silvestres.

Os primeiros casos no Brasil foram detectados em 1993, em São Paulo, e a doença tem sido registrada principalmente nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. As medidas adotadas pela **Funasa** possibilitaram a implantação da vigilância epidemiológica da doença, o desenvolvimento da capacidade laboratorial para realizar diagnóstico, a divulgação das medidas adequadas de tratamento para reduzir sua letalidade, e o conhecimento da situação de circulação dos hantavírus nos roedores silvestres brasileiros.

Essas ações aumentaram a capacidade de detecção, possibilitando um quadro mais apropriado da realidade epidemiológica das hantavirose, no país, assim como a adoção de medidas adequadas de prevenção e controle.

Hantavirose - Casos confirmados e óbitos Brasil, 1993 - 2001



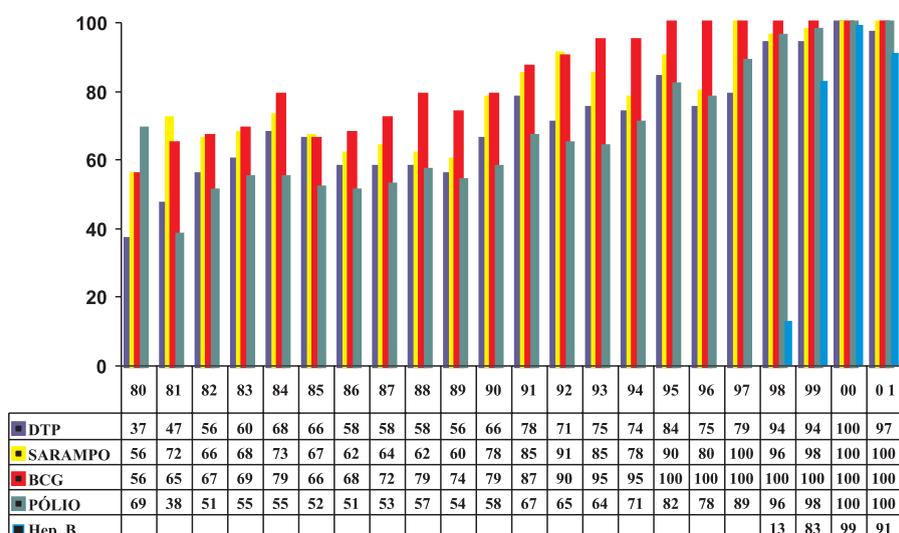
Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Medidas Importantes Adotadas na Área de Prevenção e Controle de Doenças pela Funasa

Ampliação do Programa Nacional de Imunizações

Para a consecução de importantes vitórias no controle e erradicação de doenças imunopreveníveis, foi fundamental a evolução obtida nas coberturas alcançadas pelas vacinas que compõem o Programa Nacional de Imunizações (PNI). A partir de 1998, o país tem conseguido atingir todas as coberturas vacinais recomendadas tecnicamente para as quatro vacinas básicas do PNI¹⁷.

Cobertura vacinal em menores de um ano Brasil, 1980 a 2001



Fonte: Cenepi/Funasa/MS

Nos últimos quatro anos, o PNI introduziu novas vacinas, como a anti-hepatite B em todo o território nacional, a vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo B, e a vacinação do idoso para gripe, tétano e pneumonia pneumocócica. As mulheres em idade fértil têm sido alvo de campanha para controle da rubéola congênita, com previsão de atingir 95% de cobertura nessa faixa, ainda em 2002. Também para esse grupo populacional, tem sido realizada vacinação contra tétano, visando à eliminação do tétano neonatal.

Com essa medida, o país tem, em seu calendário básico, todas as vacinas recomendadas por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

¹⁷Para cada vacina é estabelecida uma meta de cobertura a ser atingida na vacinação de rotina, levando-se em conta as características epidemiológicas de cada doença e os níveis estimados para propiciar a proteção pretendida. Para a DTP, BCG e antipoliomielite, essa meta é de 90%, e para a anti-sarampo, de 95% da população menor que um ano.

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO			
IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG - ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	VOP (vacina contra pólio)	1ª dose	Poliomelite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (1)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>h+Haemophilus influenzae</i> tipo b
4 meses	VOP (vacina contra pólio)	2ª dose	Poliomelite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (1)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
6 meses	VOP (vacina contra pólio)	3ª dose	Poliomelite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (1)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina contra hepatite B (2)	3ª dose	Hepatite B
9 meses (3)	Vacina contra febre amarela	dose única	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral) (4)	dose única	Sarampo, rubéola, síndrome rubéola congênita e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomelite ou paralisia infantil
	DTP (tríplice bacteriana)	reforço	Difteria, tétano e coqueluche
6 a 10 anos	BCG - ID (5)	reforço	Formas graves de tuberculose
10 a 11 anos	dT (dupla adulto) (6)	reforço	Difteria e tétano
	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

109

110

Mulheres de 12 a 49 anos (7)	SR (dupla viral)	dose única	Sarampo, rubéola e síndrome rubéola congênita
A partir de 60 anos (8)	Vacina contra influenza	dose única	Gripe (influenza)
	Vacina contra pneumococos	dose única	Pneumonias

OBSERVAÇÕES**Vacina tetravalente (DPT + Hib)**

(1) A partir de 2002, a vacina tetravalente (DPT+Hib) passa a substituir as vacinas DTP e Hib para as crianças menores de 1 ano de idade que estão iniciando esquema de vacinação. Assim, a criança receberá aos 2, 4 e 6 meses de idade uma dose da vacina tetravalente e aos 15 meses faz o reforço com a DTP.

Vacina contra hepatite B

(2) Até 2003, a vacina contra hepatite B estará sendo oferecida aos menores de 20 anos. Em todo o país vacina-se grupos de risco em qualquer idade.

9 meses - Vacina contra febre amarela

(3) A vacinação para os residentes e viajantes à área endêmicas (estados do Acre, Amapá, Amazonas, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) deverá ser realizada a partir dos 6 meses de idade. Para residentes e viajantes à área de transição (alguns municípios da Bahia, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo) a vacina está indicada a partir dos 9 meses de idade. Uma dose de reforço é necessário a cada 10 anos.

SRV(tríplice viral)

(4) Deve ser vacinada toda a população entre 1 e 11 anos idade.

BCG - ID

(5) Em alguns estados, esta dose ainda não foi implantada.

DT (dupla adulto)

(6) A dT requer um reforço a cada 10 anos, antecipados para 5 anos em caso de gravidez ou acidente com lesões graves.

Mulheres de 12 a 49 anos

(7) Mulheres ainda não vacinadas. Além disso, as mulheres desta faixa etária devem manter em dia o esquema de vacinação com a dT (dupla adulto), ver observação 6.

Mulheres de 12 a 49 anos

(8) As vacinas são oferecidas durante a campanha nacional do idoso, em geral no primeiro quadrimestre de cada ano. A vacina contra pneumococos é administrada nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, etc. na ocasião da campanha. A vacina contra influenza requer uma dose a cada ano e a vacina contra pneumococos uma única dose, com reforço após 5 anos.

Entre as vacinações de rotina em menores de um ano, o país atingiu níveis adequados de cobertura vacinal a partir de 1998. Em 2001, foram atingidos os índices de 97% de cobertura com a vacina DPT (contra a difteria, a coqueluche e o tétano) e de 100% com as vacinas contra a pólio, a anti-sarampo e com a vacina BCG (contra formas graves de tuberculose na infância).

A vacina antigripe atingiu 87,3% de cobertura vacinal, uma das maiores do mundo, na faixa etária de 65 anos ou mais, no ano de 1999, imunizando 7,5 milhões de pessoas. A partir de 2000, a faixa etária foi ampliada para a partir de 60 anos, vacinando-se 1,8 milhões de pessoas a mais do que no ano anterior, num total de 9,3 milhões. No ano de 2001, foram vacinadas 10,8 milhões de maiores de 60 anos. Avaliando-se as internações por causas atribuíveis ao vírus influenza, no período de 1998 a 2000, na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), na faixa etária de 60 anos e mais, observa-se uma redução nas internações de cerca de 10%. Em 1998, foram realizadas 158.045 internações por essa causa em todo o país e, em 2000, 141.829.

De 1995 a 2001, a **Funasa**, disponibilizou cerca de 2,0 bilhões de doses de vacinas, saltando de 214 milhões de doses em 1995, para 305 milhões de doses em 2001, representando um acréscimo de 42,6%.

CAPÍTULO

Observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.



QUARTO

ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Histórico

No Brasil, a população indígena, estimada em 5 milhões de pessoas no início do século XVI, foi dizimada pelas expedições e, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida, impostas pela colonização e cristianização, como a escravidão, o trabalho forçado, os maus tratos, o confinamento e a sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos por missionários de forma integrada às políticas de governo. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis, que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras ao sistema produtivo nacional.

A assistência à saúde dos povos indígenas, continuou, no entanto, desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de “pacificação”.

Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural, em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), que, baseando-se no modelo de atenção do Susa, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVSs). Essas equipes

114

realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e à busca de tratamento, característicos da cultura dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Esses sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural. Constituem-se ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Para debater especificamente a saúde indígena, foram realizadas em 1986, 1993 e 2001, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, respectivamente. As duas primeiras resultaram de indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, tendo sido proposto, em ambas, a estruturação de um modelo de atenção diferenciado, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo-as em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações. A mais recente Conferência, teve como tema: “Construindo e Avaliando o Sistema de Saúde Indígena”.

Com a instituição da **Funasa**, por meio do Decreto nº 100, em 16 de abril de 1991, foi criada, em sua estrutura organizacional, a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), subordinada ao Departamento de Operações (Deope), com as seguintes atribuições:

- coordenar, no âmbito do SUS, as ações de prestação de serviços de atenção à saúde das populações indígenas;
- definir critérios, em co-gestão com o Departamento de Saúde da Fundação Nacional do Índio (Funai), para a elaboração de projetos específicos e de caráter estratégico, destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, de acordo com as peculiaridades étnicas e culturais que caracterizam os povos indígenas;
- promover a capacitação de recursos humanos especializados para a saúde indígena; e

- promover articulação entre as áreas governamentais e a busca de cooperação de associações civis e/ou religiosas, para assegurar suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficácia das ações e serviços de saúde.

No mesmo ano, a Resolução nº 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), tendo como principal atribuição assessorar o (CNS) na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da (Cisi) reformularam sua composição, passando então a contar com representantes de organizações indígenas.

Em 19 de maio de 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141 constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da Funai. A Comissão tinha as seguintes competências:

- analisar e aprovar os programas e projetos por órgãos governamentais e não-governamentais, examinados nos seus aspectos de adequação às diretrizes da política indigenista e de integração com as demais ações setoriais; e
- estabelecer prioridades para otimizar o uso dos recursos financeiros, materiais e humanos existentes.

Na prática, as determinações contidas no Decreto nº 1.141/1994 devolviam à Funai a coordenação geral das ações de saúde para aquelas populações. Tanto assim que, respaldada em suas competências legalmente instituídas, a CIS aprovou, por intermédio da Resolução de nº 2, em outubro de 1994, o então “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuía à Funai/MJ a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes e, ao Ministério da Saúde, as ações de caráter preventivo, como imunizações, saneamento básico, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a **Funasa** e a Funai dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando cada uma delas, a executar as ações, de forma fragmentada e, muitas vezes, conflituosa. Tanto a Funai quanto a **Funasa** já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, não definiam claramente objetivos e metas a serem alcançados e indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

116

Finalmente em 1999, com a edição da Medida Provisória nº 1.911/08, de 29/7/1999, convertida, posteriormente, na Lei nº 9.836, de 23/9/1999, que, por sua vez, foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27.9.1999, foram definidas as atuais responsabilidades do Ministério da Saúde, tendo sido determinado à Fundação Nacional de Saúde, como órgão executor, o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde daqueles povos. Foi criado também, por meio da Lei, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, derivado do Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizando um modelo assistencial diferenciado, regionalizado e hierarquizado. Esses instrumentos jurídicos encerraram então os conflitos de competência entre a **Funasa** e a Funai, no que diz respeito à atenção integral à saúde indígena.

Todo o atual processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas está definido, portanto, nas responsabilidades prescritas na legislação própria, especificando-se, entre outras providências, que:

- caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- o SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País;
- as populações indígenas terão direito a participar da formulação, acompanhamento e avaliação das Políticas de Saúde;
- dever-se-á, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional; e
- os estados, municípios e outras instituições governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Em 2000, com a reestruturação da **Funasa**, oficializada com a publicação de seu novo Estatuto e Regimento Interno, foi então criado o Departamento de Saúde Indígena (Desai), com a competência de planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a:

- I - proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública voltada para a assistência à saúde das populações indígenas;

- II - promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade;
- III - organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; e
- IV - ações e serviços desenvolvidos pelos distritos sanitários especiais indígenas, assegurando os serviços de atendimento básico nas terras indígenas.

Aspectos Sociodemográficos

A população indígena brasileira está atualmente estimada em mais de 410.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um desses povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, manifestada nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorâneas e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios de existência de 55 grupos que permanecem isolados, e que, com 12 deles, a Funai vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Sudeste e Sul do país.

Ainda que constituam uma parcela de apenas 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado;

4% no Amazonas e 3% em Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também a sua cultura, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, entre eles alguns cujo número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. Um desses exemplos encontra-se no estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos. Enquanto algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais, observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Aspectos Epidemiológicos

As diferenças culturais entre as várias etnias indígenas representam uma dificuldade na atenção à saúde desses povos. No pensamento indígena, a doença é vivida não como uma realidade individual, mas como uma doença coletiva, extensiva ao grupo de parentes. Para o índio, concepções coletivas sobre doença geram estratégias também coletivas, que é a forma como estão organizadas as práticas xamanísticas, constituindo, assim, um ponto de desencontro entre as práticas tradicionais indígenas e as da medicina.

Enquanto para a sociedade não indígena a explicação da causalidade da doença é elaborada pelo pensamento científico, na visão dos índios ela é atribuída à origem sobrenatural, não sendo associada a uma ação microbiana. Assim, geralmente, qualquer proteção proporcionada por



medicamentos ou imunobiológicos está aquém da importância atribuída aos procedimentos mágicos. A peculiaridade cultural dos povos indígenas indica que “doenças de branco” constituem uma realidade incompreensível para os índios. Esse mesmo nível de dificuldade de compreensão dá-se, também, com relação aos processos de natureza política, operacional ou administrativa.

Até o final do ano 2000, ainda não se dispunha de dados fidedignos sobre a situação de saúde da população indígena brasileira. Os dados disponíveis têm sido parciais e/ou qualitativos, gerados pela Funai, **Funasa** e diversas organizações que prestam serviços de atenção à saúde indígena no país. Embora precários, esses dados indicam, em diversas comunidades, taxas de morbidade e de mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e, conseqüentemente, a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

Morbidade

Os dados relacionados à morbidade da população indígena têm demonstrado alta incidência de malária, tuberculose, doenças do aparelho respiratório, doenças diarréicas e parasitárias, alcoolismo, desnutrição, afecções dermatológicas e doenças imunopreveníveis.

Ainda como fatores responsáveis pelo comprometimento da saúde dos índios, encontra-se a deterioração ambiental, a desorganização social e a alta suscetibilidade desses indivíduos, sendo esse último aspecto observado a partir de um contato com a “população não índia”.

No período compreendido entre 1995 e 1998, experimentou-se melhor coleta e sistematização dos dados registrados nas áreas indígenas, com maior articulação entre as instituições atuantes nessas comunidades, resultando no aumento da demanda e da correspondente cobertura assistencial aliada à elevação da qualidade dessa assistência. Isto contribuiu para o aumento expressivo da quantidade de diagnósticos de doenças e agravos, em números absolutos, quando comparado com períodos anteriores.

120

A partir de 1999, agregaram-se ao elenco de patologias citadas as doenças sexualmente transmissíveis, contribuindo negativamente para um quadro sanitário caracterizado pela elevada ocorrência de agravos, em sua maioria evitáveis e/ou passíveis de controle, mas que, felizmente, estão começando a ser reduzidos, graças ao estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas. Nesse sentido, observa-se que, para o conjunto das doenças do aparelho respiratório, doenças diarréicas, parasitárias e dermatológicas, houve um significativo aumento do número de atendimentos, associado a melhor sistematização dos dados registrados na área, resultantes de maior articulação entre as instituições atuantes nas comunidades e a organização dos serviços que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A tuberculose, por sua manifestação clínica tardia e insidiosa e com necessidade de tratamento prolongado, tem sido, historicamente, uma doença que acomete com muita frequência e severidade as comunidades indígenas.

O abandono de tratamento ocorre com frequência tanto no atendimento domiciliar e ambulatorial, quando ocorre após o desaparecimento dos sintomas, quanto no atendimento hospitalar, onde o afastamento das atividades cotidianas provoca o abandono em grande número de casos.

A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

Embora não se disponha de uma série histórica confiável sobre o comportamento da tuberculose na população indígena, no período entre os anos de 1996 e 1998, observa-se um incremento na incidência dessa doença nas áreas indígenas. Assim é que, mesmo precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população não índia do país. O coeficiente de incidência anual de tuberculose na população ianomâmi brasileira passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991, para 881.4 por 100.000 pessoas, em 1994 e, em 1998, para 525.6 por 100.000. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Nesse período houve também uma maior organização dos serviços de notificação e investigação, resultante de melhorias no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), associado a um possível aumento



efetivo da incidência, o que resultou no incremento de registro de casos de tuberculose, acompanhando a tendência no comportamento dessa enfermidade no Brasil.

A malária continua representando um grande problema para as populações indígenas, nas Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil. Em 1998, a análise específica da incidência de malária mostra um incremento de 58% no Índice Parasitário Anual (IPA), em relação ao ano anterior. Possivelmente, esse fato resultou da ocorrência de um surto da doença no Amapá, associado à melhoria significativa da notificação desses casos na Amazônia Legal. Nesse período, houve também uma expansão da rede diagnóstico, da ordem de 60%, o que contribuiu para uma detecção maior e mais precoce dos casos. Soma-se a esses fatos o desenvolvimento de grandes projetos econômicos, muitos deles realizados nas proximidades de terras indígenas, o que contribuiu para aumentar o número de casos, cujo controle, embora de difícil operacionalização, envolvem aspectos geopolíticos, ecológicos, ambientais, econômicos e culturais.

Em 2000, a taxa de incidência de tuberculose da população indígena foi de 164,3 por 100.000. Já em 2001, o registro foi de 110,2 por 100.000 e em 2002, de 108,6 por 100.000.

Essa redução da taxa de incidência, muito embora recente, sinaliza a transformação causada pela estruturação do sistema de atenção à saúde indígena, contribuindo com a melhoria da condição de saúde dessa população.

A Aids também é uma doença que tem ameaçado um grande número de comunidades indígenas. Desde 1986, começaram a ser registrados os primeiros casos entre índios brasileiros, número que vem aumentando com o passar dos anos, encontrando-se doentes em todas as regiões indígenas. Dos 52 casos conhecidos até dezembro de 2001, oito foram notificados no ano de 1998. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito desses pacientes, associados à inexistência ou insuficiência de informações sobre os mecanismos de transmissão do vírus naqueles povos, bem como a falta de medidas de prevenção da doença, demonstra a situação vulnerável a que está submetida essa população, diante da tendência de interiorização da epidemia no país.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, conseqüentemente, na alimentação: a hipertensão



122

arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais freqüentes em diversas comunidades.

Mortalidade

As causas de mortalidade da população indígena no período de 1997 a 1998 evidenciam que cerca de 80% dos óbitos se deveram a três principais variáveis: “doenças infecciosas e parasitárias”, “desconhecidas” e “causas externas”. Para os óbitos registrados por causas desconhecidas, houve uma redução de aproximadamente 40% no mesmo período, o que sugere uma melhora no diagnóstico e tratamento dos agravos e/ou uma melhor sistematização das informações correspondentes.

As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando, sobretudo estados como Mato Grosso do Sul e Roraima.

De acordo com dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/**Funasa**, quase 50% dos óbitos ocorreram entre menores de cinco anos, tendo como causas mais freqüentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição.

O relatório baseou-se nos dados consolidados do material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referindo-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, demonstrou um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) no período é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela Funai.

A mortalidade registrada por tuberculose na população índia, no ano de 1998, foi de 22,7% do total de óbitos por doenças infecto-parasitárias, correspondendo a 2,2% dos óbitos por todas as demais causas, ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose.

Entre os ianomâmi de Roraima, por exemplo, o coeficiente de mortalidade infantil, em 1998, foi de 141 por mil nascidos vivos, sendo o de mortalidade geral, da ordem de 20,4 por mil nascidos vivos, para o mesmo ano. Esses indicadores, se analisados em pequenas comunidades, mostram que mais de 50% da população indígena infantil faleceu no espaço de um ano, como foi observado ao norte da Serra Parima, na região do Tucuxim. Ainda nesse mesmo ano, merece atenção a ocorrência de quatro casos de Aids e dois de febre amarela, todos com 100% de letalidade.

A partir do ano de 2000, especificamente após a reestruturação da **Funasa**, momento em que se passou a trabalhar a integralidade da assistência à saúde indígena, os dados relativos à situação de saúde dos povos indígenas sofreram significativas alterações, tanto pela melhoria na notificação dos casos das doenças, quanto pela própria atuação e redefinição da lógica da atenção.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A inexistência de uma Política Setorial no SUS que atendesse à diversidade dos povos indígenas comprometia o acesso adequado às ações de saúde, impossibilitando o exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição, no que diz respeito ao atendimento de saúde diferenciado aos índios.

Na formulação dessa política seria fundamental abarcar as especificidades desses povos, interligando de forma eficiente alternativas no sentido de suprimir a precariedade geral das condições de saúde, com taxas de morbimortalidade muito superiores às da população brasileira em geral.

Desde 1986, quando da I Conferência Nacional de Saúde do Índio, já havia recomendação no sentido de estruturar institucionalmente a atenção à saúde da população indígena. Com o estabelecimento constitucional da competência da União em legislar e tratar sobre as questões indígenas, os Ministérios de Saúde e da Justiça, por intermédio da Portaria Interministerial nº 316, de 11/4/1991, aprovaram o Projeto de Saúde ianomâmi.

A partir de sua instituição em 1991, a **Funasa**, por intermédio da Coordenação de Saúde Indígena (Cosai), priorizou a organização de equipes regionais voltadas para articulação, planejamento e execução das intervenções de saúde à população indígena, coordenando projetos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde daqueles povos.

A II Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993, reafirmou a importância da estruturação de um modelo de atenção diferenciado, baseado na organização de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

O período compreendido entre 1994 a 1998 foi caracterizado pela mudança qualitativa requerida pela Saúde Indígena, imposta pelas diretrizes

1 2 3

124

estabelecidas na Lei nº 8.080/1990, que ressaltou as especificidades étnicas e culturais das populações indígenas. De igual modo, seus direitos constitucionais de território próprio, aliado aos princípios instituídos na legislação setorial, representaram as bases para desencadear um processo que superasse os procedimentos setorizados e dispersos, praticados pelas diversas instituições envolvidas com as questões indígenas.

Em 1999, as características excepcionais demandadas pela atenção à saúde dos povos indígenas determinaram a necessidade de uma ampla e permanente articulação intra e intersetorial, de forma coordenada, envolvendo os gestores das diversas instâncias do Sistema Único de Saúde, por intermédio de um planejamento pactuado no âmbito de cada Dsei, capaz de resguardar o princípio da responsabilidade do gestor federal pela promoção e facilitação desse processo, assim como assegurar o efetivo controle social e o respeito às práticas indígenas tradicionais. Nesse ano, foi formulada, pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, uma proposta amplamente discutida com os atores envolvidos (organizações e lideranças indígenas, universidades, ONG, secretarias municipais e estaduais de saúde, e outros) e aperfeiçoada em mais de 16 seminários com participação de todos os povos indígenas até então conhecidos.

Na atualidade, a política de saúde indígena tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de suas práticas curativas e o direito desses povos à sua cultura.

Diretrizes

Para o alcance dos propósitos da Política de Saúde Indígena, são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de distritos sanitários especiais e pólos-base, na esfera local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam:

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; e
- controle social.

Organização dos Serviços de Atenção à Saúde Indígena

O atual modelo de organização de serviços de saúde dos povos indígenas corresponde ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no âmbito do SUS, caracterizando assistência diferenciada, regionalizada e hierarquizada.

Está organizado na forma de distritos sanitários especiais indígenas (Dsei), situados em 24 Estados brasileiros em articulação com o Sistema Único de Saúde e atende às seguintes condições:

- considera os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes;
- deve ser construído coletivamente, a partir de um processo de planejamento participativo; e
- possui instâncias de controle social formalizadas em todas as esferas de gestão.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei)

O Dsei corresponde a uma unidade organizacional da **Funasa** e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada.

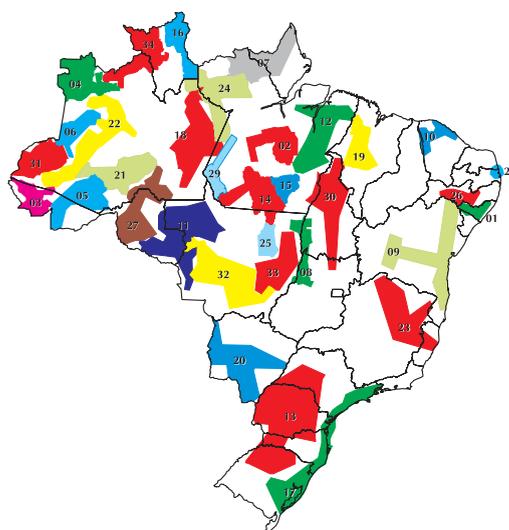
Como modelo de organização de serviços, é orientado para um espaço etnossocial dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem de-

126

limitado. Contempla um conjunto de atividades técnicas, administrativas e gerenciais necessárias à prestação de assistência, visando a medidas racionalizadoras e qualificadas de atenção à saúde, que contribuem para a reordenação da rede de serviços de saúde e das práticas sanitárias.

Os territórios distritais foram delimitados num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. De igual modo, para sua implantação, foram realizadas várias discussões e debates com ampla participação de lideranças indígenas, agências indigenistas, antropólogos, universidades, missões religiosas, secretarias municipais e estaduais de saúde, diversas instituições governamentais, bem como, organizações não-governamentais prestadoras de serviço às comunidades indígenas.

A definição dessas áreas pautou-se não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitou a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de estados e/ou municípios onde estão localizadas as terras indígenas.



Fonte: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003.

Localização dos distritos sanitários especiais indígenas:

- 01 - Alagoas e Sergipe – AL/SE
- 02 - Altamira – PA
- 03 - Alto Rio Juruá – AC
- 04 - Alto Rio Negro – AM
- 05 - Alto Rio Solimões – AM
- 06 - Alto Rio Purus – AC/AM/RO
- 07 - Amapá e Norte do Pará – AM/PA
- 08 - Araguaia – GO/MT/TO
- 09 - Bahia – BA
- 10 - Ceará – CE
- 11 - Cuiabá – MT
- 12 - Guamá-Tocantins – MA/PA
- 13 - Interior Sul – PR/RS/SC/SP
- 14 - Caiapó do Mato Grosso – MT/PA
- 15 - Caiapó do Pará – PA
- 16 - Leste de Roraima – RR
- 17 - Litoral Sul – PR/RJ/RS/SC/SP
- 18 - Manaus – AM
- 19 - Maranhão – MA
- 20 - Mato Grosso do Sul – MS
- 21 - Médio Rio Purus – AM
- 22 - Médio Rio Solimões e Afluentes – AM
- 23 - Minas Gerais e Espírito Santo – ES/MG
- 24 - Parintins – AM/PA
- 25 - Parque Indígena do Xingu – MT
- 26 - Pernambuco – PE
- 27 - Porto Velho – AM/MT/RO
- 28 - Potiguará – PB
- 29 - Rio Tapajós – PA
- 30 - Tocantins – PA/TO
- 31 - Vale do Rio Javari – AM
- 32 - Vilhena – MT/RO
- 33 - Xavante – MT
- 34 - Ianomâmi – AM/RR

Cada Distrito conta com uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e devidamente articulada com a rede do SUS. A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existente

nas terras indígenas, a qual está sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada local. A aldeia ou comunidade indígena deve dispor da atuação do agente indígena de saúde, cujas atividades estão vinculadas a um posto de saúde, que dispõe de uma estrutura física simplificada.

A assistência e promoção à saúde nas próprias comunidades indígenas, realizada pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), vem resultando em impacto significativo nas condições de saúde e de qualidade de vida dessa população, onde o perfil epidemiológico tem sido marcado por altas taxas de incidência e de letalidade por doenças respiratórias, diarreicas, imunopreveníveis, malária e tuberculose, todas passíveis de controle.

Assim, as ações de saúde realizadas pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) incluem:

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- acompanhamento de gestantes;
- atendimento padronizado aos casos de doenças mais frequentes (infecções respiratórias, diarreia, malária);
- acompanhamento de pacientes crônicos;
- primeiros socorros;
- promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;
- acompanhamento da vacinação; e
- acompanhamento e supervisão a tratamentos de longa duração.

Pólos-base

Seguindo o fluxo de organização dos serviços de saúde, essas comunidades contam com outra instância de atendimento, que são os pólos-base, os quais se constituem na primeira referência para os AIS que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Nesse último caso, corresponde a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município.

128

Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe, além de prestar assistência à saúde; realiza a capacitação e supervisão dos AIS. Está estruturado como Unidade Básica de Saúde e conta com atuação de equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem.

A resolução de grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e dos pólos-base tem evitado a evolução de doenças para formas graves ou severas, uma vez que a detecção e resolução dos casos passa a ser precoce e mais eficiente. Com isso, tem havido melhora da condição de saúde, além de significativa redução de gastos com transportes para remoção de pacientes e com tratamentos de maior complexidade.

As demandas que superam a capacidade de resolução na esfera dos pólos-base são resolvidas das mais variadas formas, de acordo com as realidades locais, bem como com a infra-estrutura disponível no âmbito do SUS, ou seja:

- serviço especializado de apoio diagnóstico e terapêutica - situado na sede do próprio município ou no mais próximo, oferecendo médico especialista e/ou serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (ex.: serviço de eletrocardiografia);
- hospital local — de pequeno porte com baixa complexidade e resolução (ex.: algumas clínicas básicas e equipamentos de terapia e diagnóstico);
- hospital regional — de médio porte, complexidade e resolução (ex.: clínicas básicas com algumas especializadas, bem como serviços de diagnóstico e terapia mais complexos); e
- hospital geral/especializado — de grande porte com alta complexidade e resolutividade.

Essa rede opera de forma integrada e obedece aos mecanismos de referência e contra-referência de pacientes e informações. Sua localização geográfica definida permite a articulação com os respectivos pólo-base, de modo a visibilizar o recebimento de incentivo, por meio de diferenciação de financiamento estabelecido, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS o que pode corresponder a 30% a mais do que pelo atendimento prestado aos pacientes não índios.



Casas de Saúde do Índio

Embora denominadas Casas de Saúde (Casai), essas estruturas não executam ações médico-assistenciais, funcionando basicamente como locais de recepção e apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS, encontrando-se localizadas em municípios de referência e algumas nas capitais dos estados.

A estrutura dessas Casas vem sendo readequada, de modo a atender às especificidades da saúde indígena, facilitando o acesso da população a um ou mais distritos sanitários, bem como ao atendimento secundário e/ou terciário de saúde, destacando-se as seguintes atividades:

- agendamento para os serviços especializados requeridos;
- alojamento a índios que necessitem continuar o tratamento após alta hospitalar, até o momento que passem a ter condições de retornar à aldeia;
- suporte a exames e a tratamentos especializados;
- prestação de serviço de tradução para os que não falam português; e
- viabilização de retorno à respectiva aldeia, mantendo articulação contínua com o correspondente Dsei de origem.

Ações de Saúde

Das atividades realizadas pelas equipes de saúde que têm atuado nas áreas indígenas, merecem destaque o volume significativo de exames laboratoriais, consultas médicas, odontológicas e de enfermagem.



Os índices de cobertura vacinal na população indígena, de uma maneira geral, vêm se ampliando. Entretanto, tais índices ainda encontram-se muito aquém do mínimo recomendado para todos os esquemas vacinais, sendo atribuído este fato aos seguintes problemas enfrentados pelas equipes de vacinação: infra-estrutura precária nas aldeias; difícil acesso às áreas e escassez de recursos humanos.

Ações de Saneamento Básico

No âmbito dos Dsei, as ações de saneamento vêm sendo desenvolvidas com base em critérios epidemiológicos, visando levar às áreas indígenas um saneamento aplicado ao planejamento distrital, capaz de disponibilizar àquelas comunidades os seguintes serviços:

- água de boa qualidade;
- destino adequado dos dejetos e lixo; e
- controle de insetos e roedores.

Preparação de Recursos Humanos

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, de forma complementar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.



Para a consecução das ações relativas à área indígena, o quadro a seguir apresenta, de forma consolidada, as metas físicas relativas a recursos humanos, projetadas para 2002, bem como as programadas e executadas para o ano 2000, pessoal contratado e os respectivos percentuais de treinamento realizados naquele exercício.

**Atenção à Saúde Indígena Recursos Humanos Contratados, em
Treinamento e Treinados no Ano 2000 e Metas de Contratação
para 2002 - Consolidado Brasil**

PROFISSIONAL	META		CONTRATADO	%	EM TREINAMENTO	%	TREINADO	%
	2002	2000						
MÉDICO	232	182	196	107,7	4	2,2	109	59,9
DENTISTA	162	120	174	145,0	0	0	108	90,0
ENFERMEIRO	317	252	322	127,8	4	1,6	219	86,9
AUX. ENFERMAGEM	889	732	1.048	143,2	26	3,5	672	91,8
AG. IND. DE SAÚDE	2.644	2.311	2.194	94,9	439	19,0	1.638	70,9
AG. IND. DE SANEAMENTO	320	161	217	134,8	106	65,8	119	73,9
OUTROS	897	825	1.572	190,5	0	0	652	79,0
TOTAL	5.461	4.583	5.723	124,9	579	12,6	3.517	76,7

Nota: Os percentuais apresentados estão correlacionados aos recursos humanos contratados no ano 2000.

Desde 1999, vem sendo implementado o Programa de Formação dos agentes indígenas de saúde, concebido como parte do processo de implantação dos Dsei, que tem contribuído para a normalização das ações concernentes à atuação desses agentes ante a política de saúde indígena.

A formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) vem se dando em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de equipe multidisciplinar vinculada aos pólos-base. O processo foi elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio e superior.

As equipes multidisciplinares vêm sendo submetidas a treinamento introdutório que contempla conceitos antropológicos, análise do perfil epidemiológico regional e capacitação pedagógica que as habilite a executarem a formação dos AIS.

Entre 2001 e 2003, a **Funasa** promoveu a formação de 882 profissionais de nível superior em “capacitação pedagógica” para aplicação dos módulos de formação dos AIS. Para a “avaliação” foram capacitados 76 profissionais.

132

Monitoramento das Ações de Saúde Indígena

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito dos Dsei, no ano de 1999, iniciou-se a implantação do Sistema de Informações de Saúde Indígena (Siasi), do qual constam informações sobre os dados estatísticos referentes ao contingente populacional e sua distribuição geográfica, o acompanhamento dos recursos destinados pela **Funasa** à saúde indígena, bem como a identificação das principais doenças que afetam cada uma das 210 etnias indígenas brasileiras, identificadas até o ano 2000.

O Siasi é um sistema modular de implantação gradual que visa interligar os 300 pólos-base de assistência, os 34 Dseis, as sedes estaduais e nacional da **Funasa** e as sedes de todas as entidades parceiras e conveniadas da **Funasa**, disponibilizando uma mesma base de dados e permitindo a sua alimentação rápida. O sistema funciona em base local (Siasi-Local) instalada nos pólos-base ou na sede das prestadoras de serviços havendo geração de lotes de informação para alimentação do banco de dados nacional. Esta opção de sistema local foi feita com o objetivo de permitir construção de uma capacidade física em âmbito nacional para transmissão de dados de áreas remotas, principalmente na Amazônia, baseada em comunicação por satélite. Uma vez instalada a capacidade de transmissão de dados, o Siasi-Local será substituído pelo Siasi-web, permitindo alimentação instantânea (on line).

O Siasi coletará e disponibilizará também, informações que atendam às necessidades de cada esfera gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, bem como, a organização dos serviços no Dsei, particularmente no que diz respeito ao acesso, cobertura e efetividade.

As informações extraídas do Siasi servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, com vistas a subsidiar o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, bem como deverá facilitar a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações. O fluxo de informações vem sendo pactuado com os municípios de referência e/ou estados, tendo sido assegurado a qualquer usuário o acesso permanente ao banco de dados desse Sistema.

O Siasi deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas no aspecto técnico, social e político, visando à coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

Articulação com Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Os princípios que permeiam todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas são o respeito às concepções, valores e práticas relativos à saúde e ao processo de cura, próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação desses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

Os sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

O reconhecimento de diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção, promoção e educação para a saúde, adequadas ao contexto local.

Promoção ao Uso Adequado e Racional de Medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendidas a dispensação e a prescrição —, devem partir, em —, primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Dse e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

- descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas;

134

- promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos, incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;
- avaliação e adaptação dos produtos padronizados de intervenção terapêutica e os respectivos esquemas de tratamento, baseados em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais, como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteiras;
- controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;
- promoção de ações educativas no sentido de garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação; e
- autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

Promoção de Ações Específicas em Situações Especiais

Para efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômicos e sociais de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids, o suicídio e os desastres ambientais, entre outros.

Essas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

- prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e

pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

- prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais e cooperação técnica com os países vizinhos;
- exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influências de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social, tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, entre outros, com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;
- acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;
- prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e Aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores dessas doenças;
- combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativista, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos; e
- desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

Promoção de Ambientes Saudáveis e Proteção à Saúde Indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e ainda que esses se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos



freqüentes com a sociedade, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para a população indígena.

Nessa perspectiva, observa-se que, se por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compunham a alimentação tradicional nas aldeias; por outro lado, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

Grande parte da demanda de assistência à saúde decorre da qualidade da água e da disponibilidade de alimento adequado por parte das comunidades indígenas, o que requer investimentos preventivos e articulação interinstitucional para sua solução. Assim sendo, as prioridades ambientais da Política de Atenção à Saúde são:

- preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância para as comunidades que não dispõem de água potável;
- construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas;
- apoio à economia de subsistência e manutenção do cultivo de espécies tradicionais;
- reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional indígena; e
- controle de poluição de nascentes e cursos d'água, que estejam situados ou não em áreas indígenas.

Articulação Intersetorial

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em âmbito intra e intersetorial. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e Ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

Os mecanismos de articulação tanto intra quanto intersetorial deverão fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações. Dentro dessa perspectiva, o órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas



buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução da política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde das populações.

A **Funasa**, enquanto órgão executor da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, conta com parcerias para a condução dessa política. Os mecanismos de articulação intersetorial, na atualidade, têm envolvido os seguintes órgãos e respectivas responsabilidades:

Fundação Nacional do Índio (Funai), órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça.

Ministério da Educação, numa estreita cooperação com o Ministério da Educação é de importância vital para a execução dessa política, destacando-se a necessidade de definição de currículos básicos para as escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos, como componente básico na formação dos Agentes Indígenas de Saúde. O envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas, são indispensáveis.

Ministério Público Federal, cuja participação tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, os quais devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a elas destinadas.

Ministério da Saúde

Os direitos indígenas estão assegurados constitucionalmente e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto nº 3.146, de 27 de agosto de 1999, em seu artigo. 3º, a Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da **Funasa**, em articulação com as secretarias de assistência à saúde e de políticas de saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- promover a articulação intersetorial e intra-setorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde;

138

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país; e
- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (Desai), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Essas secretarias devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/**Funasa**, haja vista ser indispensável a integração das ações previstas nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Dever-se-á dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas, como o câncer cérvico-uterino, diabetes e outras afecções, que têm afetado grande parte da população indígena no país.

Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi)/CNS

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), que assessorá o Conselho Nacional de Saúde, conta com a participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas e tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em esfera nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei nº 8.080/1990, tendo a participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

Controle Social

O modelo de saúde concebido para as populações indígenas preconiza a participação de seus usuários, especialmente por intermédio de

conselhos locais e distritais de saúde, pelas conferências nacionais de atenção à saúde dos povos indígenas, Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde.

Os conselhos distritais de saúde são instâncias de controle social, de caráter deliberativo e constituídos de acordo com a Lei n.º 8.142/1990, observando, em sua composição, a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos. Essas instâncias são formalizadas pelo presidente da **Funasa**, mediante portaria publicada no *Diário Oficial*.

Os conselhos locais são constituídos por representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos pólos-base, incluindo lideranças, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Esses representantes são escolhidos pelas comunidades de cada região, com indicação formalizada pelo chefe do Dsei. Todos os conselheiros participam das etapas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de atenção à saúde indígena.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional, na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos conselhos municipais de saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de comissões temáticas ou câmaras técnicas, de caráter consultivo, junto aos conselhos estaduais de saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O controle social, no âmbito nacional, é exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (Cisi).

No decorrer do ano 2002, concluiu-se a implantação, de todos os conselhos locais e distritais de saúde indígena previstos. A atribuição fundamental dos conselhos distritais é a aprovação do Plano Distrital de Saúde, acompanhamento e avaliação de sua execução, inclusive a aplicação dos recursos. Para os conselhos locais, a maior atribuição é identificar as necessidades específicas dos povos indígenas em relação aos agravos de saúde que os acometem.



CAPÍTULO

Há mais de 60 anos, a atuação do setor de saúde vem buscando a integração entre as políticas públicas de saúde e de saneamento, a partir da definição de prioridades com base nos indicadores de saúde, mediante soluções descentralizadas, organizadas a partir dos municípios. Contudo, o país ainda não possui política consolidada de saneamento, apenas diretrizes, programas e projetos, sem um fio condutor comum.



QUINTO

ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Ações de Engenharia de Saúde Pública

Há mais de 60 anos, a atuação do setor de saúde vem buscando a integração entre as políticas públicas de saúde e de saneamento, a partir da definição de prioridades com base nos indicadores de saúde, mediante soluções descentralizadas, organizadas a partir dos municípios. Contudo, o país ainda não possui política consolidada de saneamento, apenas diretrizes, programas e projetos, sem um fio condutor comum. Atualmente, a política nacional de saneamento está sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Desenvolvimento Urbano da Presidência da República (Sedu), contando com mais três ministérios em atuação nessa área: Saúde, Meio Ambiente e Minas e Energia.

O Ministério da Saúde, por intermédio da **Funasa**, tem direcionado apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de ações de saneamento a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para prevenção e controle de doenças, prioritariamente em municípios com população de até 30 mil habitantes. Essas ações consistem nos seguintes programas: sistemas de abastecimento de água; saneamento básico; sistemas de esgotamento sanitário, sistemas de tratamento e destinação de resíduos sólidos, serviços de drenagem para o controle da malária, melhoria habitacional para controle da doença de Chagas e construção de melhorias sanitárias domiciliares, saneamento em áreas indígenas, unidades de controle de zoonoses e de fatores biológicos de risco, rede de frio para conservação de imunobiológicos e estudos e pesquisas. Na operacionalização desses programas, a **Funasa** tem como princípios que devem fundamentar sua atuação:

- a intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e saneamento — o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação das ações de saneamento devem ser feitos em conjunto com o setor de saúde em todas as suas fases, de forma a maximizar o impacto positivo sobre as condições sanitárias da população;

142

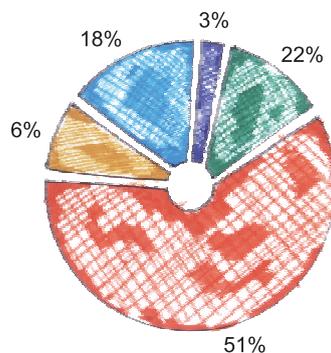
- a universalidade do acesso — os serviços de saneamento são básicos para a saúde pública, conseqüentemente, devem ser acessíveis a toda a população, independente do grau socioeconômico e de sua localização, urbana ou rural;
- a integralidade das ações de saneamento — os serviços de saneamento devem ser abrangentes; e
- a participação e controle social — os serviços e as ações de saneamento devem ser geridos com a participação da sociedade, por meio dos diversos mecanismos de controle social existentes, a fim de garantir a sustentabilidade das ações implementadas.

Tal arcabouço tem por objetivo a melhoria do quadro sanitário nacional, bem como a redução de doenças que encontram, nas baixas condições de salubridade do ambiente, o fator essencial para o desenvolvimento e disseminação junto à população.

A atuação do setor saúde em saneamento tem ainda o caráter de fomentar políticas e ações, pesquisas, informações e apoio aos Programas Especiais do Governo Federal, como o Programa Comunidade Solidária (PCS), Programa Comunidade Ativa (PCA), Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna (PRMI) e Programa Nacional de Combate à Seca. Além disso, realiza ações de cooperação técnica e propõe modelos de gestão para estados e municípios na busca da organização, estruturação e manutenção dos serviços implantados.

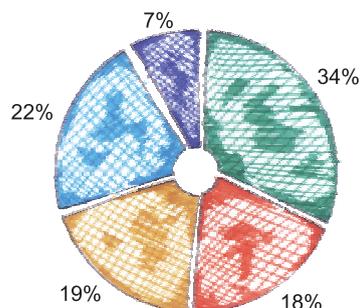
No período de 1995-2001, foram aplicados recursos da ordem de R\$ 2,6 bilhões em saneamento, sendo 34% para água, 22% para saneamento básico, 19% para esgotamento sanitário, em torno de 18% para ações domiciliares e outros 7% para melhorias habitacionais, resíduos sólidos, drenagem e saneamento em área indígena, conforme os gráficos a seguir.

Percentual de Recursos Aplicados em Saneamento por Região - 1995 a 2001



Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Percentual de Recursos Aplicados em Saneamento por Ação - Brasil, 1995 a 2001



Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

De 1995 a 1999, a **Funasa** teve as ações direcionadas prioritariamente ao atendimento aos municípios que se enquadravam na categoria de pequeno porte (menos que 30 mil habitantes). A cobertura de ações de

144

saneamento a cargo da **Funasa** também se direcionou às populações diferenciadas como as comunidades indígenas, os assentamentos rurais, as vilas de seringueiros e vilas e povoados localizados na região conhecida como polígono das secas.

Ao final do período, 1999, essas ações alcançaram 4.653 municípios, de um total de 5.507, representando, portanto, 84,5% do país, onde se concentravam cerca de 47,2 milhões de habitantes, ou seja, 30% da população brasileira.

Para fins de financiamento e apoio técnico, eram considerados alguns aspectos, como os problemas relacionados e agravados pela insuficiência ou pela falta de estrutura em saneamento; os valores consignados no Orçamento Geral da União (OGU) e as emendas parlamentares com aporte de recursos; a participação dos municípios nos programas e projetos especiais do Governo Federal: Programa Comunidade Solidária (PCS), Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI); Programa de Combate à Seca no Nordeste Brasileiro e Programa Comunidade Ativa (PCA) e Atenção à Saúde Indígena.

Ainda em 1999, a distribuição dos recursos financeiros em saneamento, da **Funasa**, por região foi a seguinte: Nordeste com 41,69%, o Norte com 24,45%, o Sudeste com 19,55%, o Centro-Oeste com 10,66% e o Sul com 3,64%.

As regiões Norte e Nordeste exigem atuação prioritária diante do perfil epidemiológico do país e do quadro desfavorável dos serviços de saneamento, inferior à média brasileira.

Ainda em 1999, foram realizados estudos no sentido de aprimorar critérios e procedimentos para a apresentação de planos de trabalho visando à solicitação de recursos financeiros na área de saneamento, mediante realização de convênios, que possibilitassem a maximização da utilização dos recursos, otimizando o cumprimento das metas das ações programadas.

Durante o ano de 2000, foram empenhados recursos para estados e municípios na ordem de R\$ 282 milhões, incluindo neste montante R\$ 141 milhões (50% do total) decorrentes de emendas parlamentares, que consistiram na distribuição de recursos para 1.199 municípios, beneficiando 333.867 famílias.

A partir de 2001, procurou-se direcionar a aplicação dos recursos financeiros da **Funasa** em municípios/localidades que apresentassem indicadores epidemiológicos relacionados a doenças de veiculação

hídrica. Isto se deu por intermédio da Portaria **Funasa** nº 176/2000, de 28.3.2000, que estabeleceu critérios epidemiológicos, sanitários e ambientais, garantindo maior transparência na aplicação dos recursos e impacto na redução de doenças. Durante o ano 2001, houve revisão e o aperfeiçoamento da referida portaria com vistas à adoção dos mesmos critérios epidemiológicos para repasse de recursos previstos também para emendas parlamentares (Portaria **Funasa** nº 1/2002), e, em 2003, nova revisão, aperfeiçoando mais os referidos critérios, dando origem à Portaria **Funasa** nº 106/2004.

Aspectos Sociodemográficos

Assim, as ações da **Funasa** na área de saneamento básico — sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares — passaram a ser direcionadas aos municípios com, pelo menos, um dos seguintes indicadores epidemiológicos, relacionados com a falta ou a inadequada condição de saneamento:

- mortalidade proporcional por diarreia em menores de um ano acima da média Brasil; ou
- transmissão autóctone de esquistossomose, cólera, tracoma ou febre tifóide.

Vale destacar a implantação do Projeto Alvorada, concebido em 2001, pelo Governo Federal, para reduzir as desigualdades regionais e elevar a qualidade de vida das populações mais carentes do país. A estratégia desse projeto foi implantar nas regiões de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), programas que pudessem contribuir diretamente para a geração de renda, acesso à educação e melhoria das condições de saúde da população. O indicador utilizado (IDH) considera três dimensões para medir o grau de desenvolvimento dos municípios, microrregiões, estados e países: esperança de vida, nível educacional e rendimento real ajustado. Varia entre 0 e 1 e classifica o grau de desenvolvimento humano em baixo (IDH menor ou igual a 0,5), médio (IDH maior que 0,5 e menor ou igual a 0,8) e elevado (IDH maior que 0,8).

No âmbito da **Funasa**, os programas eleitos para o Projeto Alvorada, na área de saneamento, foram os de abastecimento de água, melhorias sanitárias domiciliares e esgotamento sanitário. Aos valores aprovados pelo Orçamento Geral da União para esse fim, em 2001, somaram-se recursos da ordem de R\$ 1,4 bilhões aplicados em 20 estados brasileiros.

145

146

A atuação nessas áreas justifica-se pelas seguintes razões:

- necessidade imperiosa de alterar o perfil epidemiológico, especialmente das áreas mais pobres, onde a carência ou inadequação dos serviços de saneamento apresenta correlação direta com a prevalência de doenças;
- resgate da dívida social do estado para com essas localidades, devido ao modelo centralizador vigente nas décadas de 1970/1980 ter concentrado as ações nas áreas urbanas de médio e grande porte, comprometendo o atendimento da população dos pequenos municípios e comunidades rurais;
- áreas economicamente deprimidas, onde os índices de cobertura dos serviços de saneamento são menores, podendo constituir-se em risco epidemiológico potencial; e
- redução das desigualdades regionais, oferecendo oportunidades de desenvolvimento econômico e social.

Em relação à forma de aplicação dos recursos, direta ou sob a forma de convênios, verifica-se uma inversão no período 1995/2000. Em 1995, cerca de 75% dos investimentos eram realizados por aplicação direta, enquanto apenas 25% eram repassados por convênios. Em 2000, essa relação inverteu-se. A aplicação direta resumiu-se a aproximadamente 5%, cujos recursos foram destinados basicamente ao saneamento em áreas indígenas. O restante, 95%, foram feitos mediante convênios com estados e municípios. Em 2001, 99,3% dos investimentos realizaram-se por meio de convênios e a aplicação direta resumiu-se a menos de 1%. Isso representa uma mudança no perfil de atuação da **Funasa**.

A **Funasa**, como coordenadora dos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica e ambiental, exigiu a superação dessa deficiência, atuando como órgão de excelência na área de saneamento. O momento atual requer que o órgão passe a produzir, analisar e difundir dados e informações, capacitando-se no uso de novas tecnologias, além de promover a realização de pesquisas, bem como o assessoramento a estados e municípios, fomentando ações de saneamento. A crescente consciência sobre as relações existentes entre setores que funcionam de forma estanque exige ainda que se procurem formas de integrar as informações da área de saneamento com as de saúde, meio ambiente, agricultura, energia, entre outras.

Nesta direção, por intermédio do Decreto nº 3.450, de 9 de maio de 2000, foi aprovado o novo Estatuto da **Funasa**, pelo qual foi criado o Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp), tendo como

competência coordenar, planejar e supervisionar a execução das atividades relativas à:

- proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública na área de saneamento;
- formulação de planos e programas de saneamento e engenharia voltados para prevenção e o controle de doenças em consonância com as políticas de saúde e de saneamento;
- cooperação técnica a estados e municípios;
- implantação de sistemas e serviços de saneamento em áreas indígenas;
- análise, elaboração e fiscalização de projetos de engenharia, quando relativos aos edifícios públicos sob responsabilidade da **Funasa**; e
- acompanhamento e análise de projetos de engenharia relativos a obras financiadas com recursos da **Funasa**.

A partir de 2003, com a reestruturação do Ministério da Saúde e da **Funasa** (Decretos nºs 4.726/2003 e 4.727/2003, respectivamente), a área de saneamento ambiental teve as suas atribuições ampliadas, passando a fomentar ações de saneamento em áreas consideradas de interesse estratégico, como comunidades de remanescentes de quilombos, assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas, etc.

Ampliação da população atendida com água tratada

Merecem especial atenção a implantação e ampliação pelos municípios dos sistemas de abastecimento de água, quantitativa e qualitativamente adequados à proteção e promoção da saúde, com vistas à redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica, principalmente a infantil, e outras como cólera, esquistossomose, diarreias e hepatites.

O atendimento da população com água tratada, em 2001, correspondeu a 767.000 famílias beneficiadas por intermédio de 601 convênios firmados com estados e municípios.

No gráfico a seguir, apresenta-se o número de famílias beneficiadas no período de 1995 a 2001, bem como a previsão de famílias a serem atendidas quando da conclusão das obras iniciadas em 2002.

Ao longo do período, fica evidente o aumento da cobertura das ações de abastecimento de água, principalmente pelo estabelecimento de

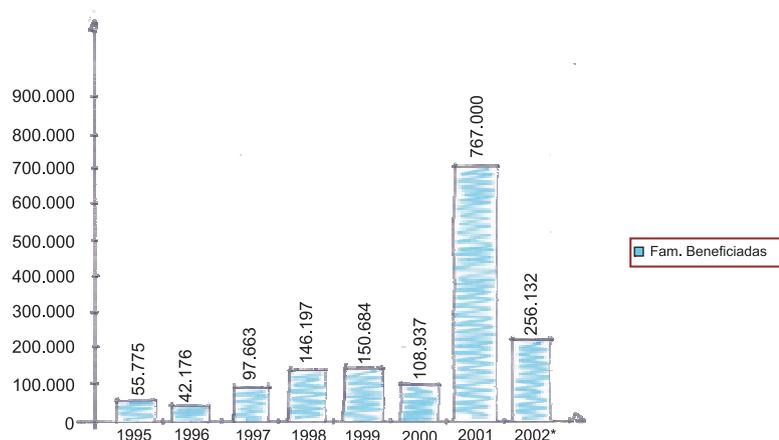
147

148

critérios epidemiológicos para o atendimento de municípios/localidades que apresentassem indicadores relacionados a doenças de veiculação hídrica.

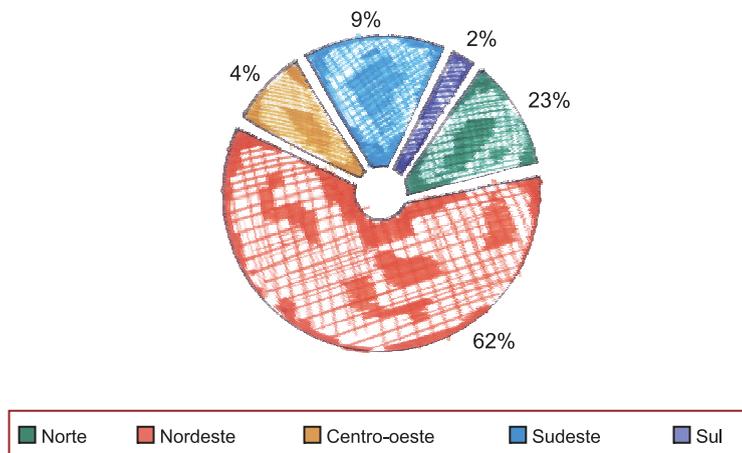
A partir de 2001, o crescimento deve-se à incorporação de recursos do Projeto Alvorada.

Abastecimento de Água Número de Famílias Beneficiadas 1995 a 2002



* Previsão de famílias a serem beneficiadas ao término das obras.
Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Recursos Aplicados em Abastecimento de Água por Região - 1995 a 2002



Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Ampliação da população atendida com melhorias sanitárias domiciliares

A ação de melhorias sanitárias domiciliares contempla o saneamento intradomiciliar, ou seja, o atendimento às necessidades básicas de saneamento das famílias por meio da execução de benfeitorias e melhorias das condições de higiene do domicílio, tendo como público a população carente residente em subhabitacões, de modo a prevenir e controlar doenças de veiculação hídrica provocadas pelas baixas condições de salubridade do ambiente e pelas inadequadas práticas de higiene da população.

Na operacionalização das ações, são executadas obras de saneamento, como: instalações sanitárias nos diversos usos de água, ligação à rede pública de água ou outra alternativa (poço raso, cacimba, mina, nascente), reservatório, cisterna, banheiro, lavatório, pia de cozinha e lavanderia. Nessa operacionalização, consiste o esgoto domiciliar em construção de fossas sépticas, sumidouros, privadas higiênicas, entre outros, sendo desenvolvidas concomitantemente ações de educação e informação em saúde e participação comunitária.

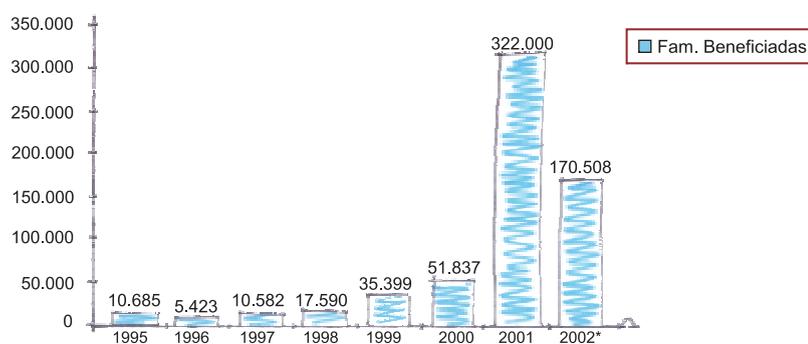
Em 2001, para o atendimento de melhorias sanitárias domiciliares nos municípios com situação epidemiológica indicativa de necessidade dessa ação, nos municípios com baixo IDH, foram assinados 972 convênios com estados e municípios, vindo beneficiar 322.000 famílias.

O número de famílias beneficiadas com ações de melhorias sanitárias domiciliares (MSD) teve, a partir de 2001, um incremento bastante significativo, que objetivava a redução das desigualdades socioeconômicas do país.

As ações de MSD compreendem construção de banheiros, lavanderias comunitárias, pias de cozinha, tanques e demais instalações domiciliares que contribuem com a redução de doenças e outros agravos.

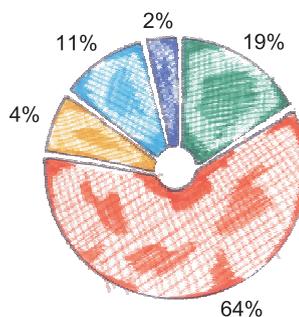
150

Melhorias Sanitárias Domiciliares Número de Famílias Beneficiadas 1995 a 2002



* Previsão de famílias a serem beneficiadas ao término das obras.
Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Recursos Aplicados em Melhorias Sanitárias Domiciliares por Região - 1995 a 2002



Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Ampliação da população atendida com coleta e tratamento de esgoto

Esta ação está voltada para a implantação e ampliação de sistema de coleta, tratamento e disposição final de efluentes domésticos e industriais das sedes municipais, visando impedir o contato da população com dejetos contendo microorganismos nocivos à saúde e responsáveis pela transmissão de diversas doenças, tais como: cólera, esquistossomose, diarreias, bem como a proteção de mananciais de abastecimento de água e preservação do meio ambiente.

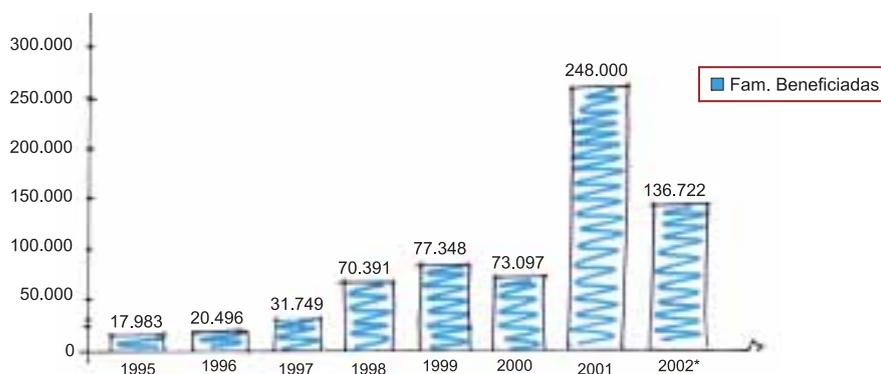
Em 2001, foram assinados 167 convênios com estados e municípios, beneficiando 248.000 famílias, em localidades com situação epidemiológica indicativa da necessidade dessa ação: municípios com baixo IDH, definidos pelo Projeto Alvorada.

Assim como as ações de abastecimento de água e MSD, o atendimento da população com coleta e tratamento de esgoto teve uma ampliação em 2001, em virtude do Projeto Alvorada.

O fato de os recursos aplicados em esgotamento sanitário serem inferiores aos investidos em abastecimento de água deve-se à situação sanitária e ambiental das regiões em que a **Funasa** atua, em sua maioria municípios/localidades que apresentam indicadores epidemiológicos relacionados a doenças de veiculação hídrica, ou por má qualidade ou escassez de água.

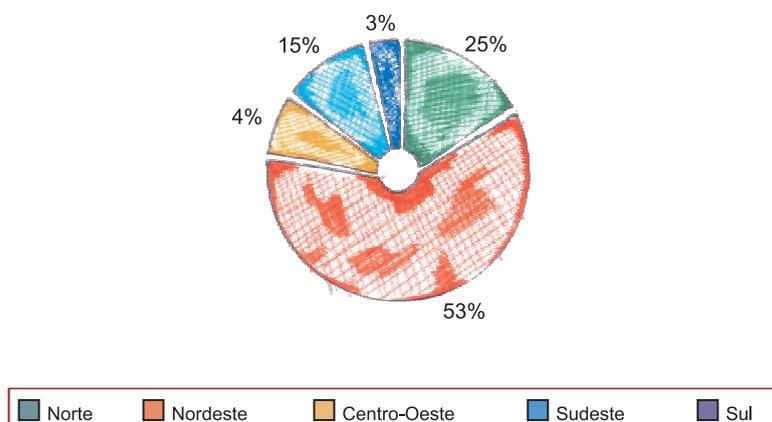
Espera-se que, no futuro, o quadro se inverta: a medida que a cobertura da população atendida com água tratada aumenta, mais investimentos serão necessários para a coleta e tratamento de esgoto.

Esgotamento Sanitários Número de Famílias Beneficiadas 1995 a 2002



* Previsão de famílias a serem beneficiadas ao término das obras.
Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

152

**Recursos Aplicados em Esgotamento Sanitário
por Região - 1995 a 2002**

Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Tratamento e destinação de resíduos sólidos

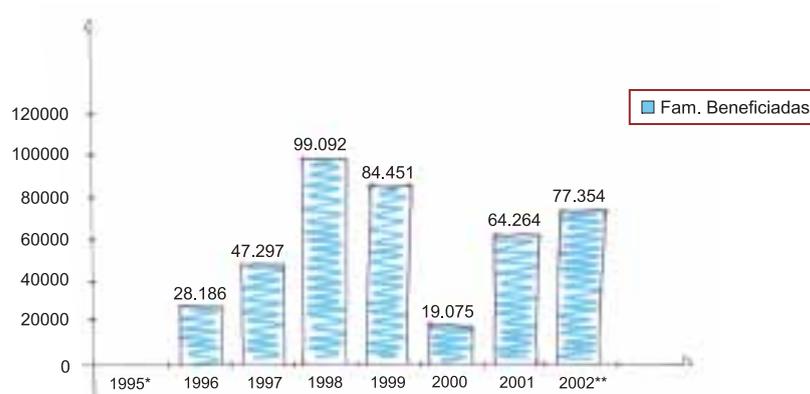
Esta ação é voltada ao atendimento de pequenos municípios, visando à estruturação de sistema de tratamento e disposição final de resíduos domiciliares e limpeza urbana.

Objetiva evitar a degradação do meio ambiente, em especial a deterioração de cursos d'água utilizados, ou com potencialidades, para o abastecimento público de água e melhoria da saúde da população, impedindo a proliferação de vetores que encontram em baixas condições de higiene ambiental, a situação ideal de desenvolvimento.

Em 2001, mediante convênios foram transferidos a municípios recursos no montante de R\$ 7,2 milhões, beneficiando 64.264 famílias.

Os anos de 1998 e 1999 tiveram um número maior de famílias beneficiadas com ações de implantação, ampliação ou melhoria de sistemas de tratamento e destinação de resíduos sólidos, graças à implementação do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), já que a aplicação dos recursos desse programa se destinava a municípios com infestação do *Aedes aegypti*, cujos principais criadouros estão relacionados ao acondicionamento e destinação inadequada dos resíduos sólidos.

Resíduos Sólidos Número de Famílias Beneficiadas 1995 a 2002

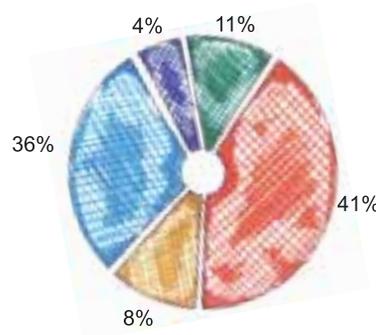


* Sem informação disponível.

** Previsão de famílias a serem beneficiadas ao término das obras.

Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Recursos Aplicados em Tratamento e Destinação de Resíduos Sólidos por Região - 1995 a 2002



Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Saneamento Básico

O Programa de Saneamento Básico contempla as diversas ações de saneamento financiadas pela **Funasa**, mas destina-se, prioritariamente, a localidades com população de até 30.000 habitantes.

154

De 1995 a 1999, quando os critérios e procedimentos para aplicação de recursos financeiros, constantes na Portaria **Funasa** n.º176/2000, não estavam ainda estabelecidos, essa ação voltava-se para comunidades de pequeno porte, situadas em sua maioria fora das sedes municipais, ou seja, distritos vilas e povoados, geralmente localidades rurais, e incorporavam as ações de saneamento em áreas indígenas.

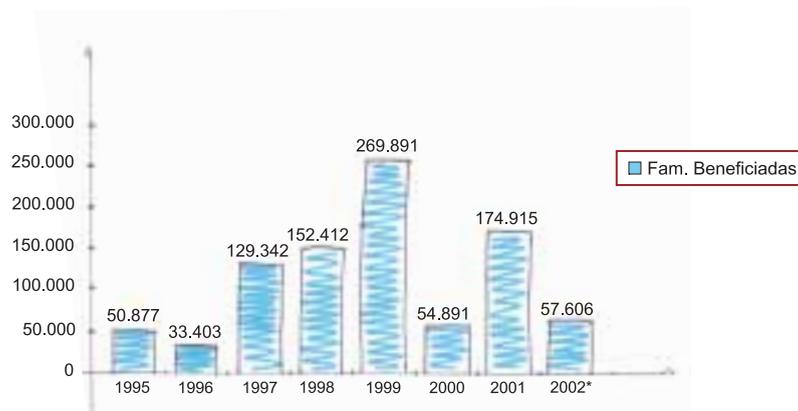
Sua operacionalização constitui-se de implantação/implementação de sistemas simplificados de abastecimento de água e de solução adequada de dejetos, utilizando tecnologias simplificadas, segundo condicionantes locais.

O número elevado de famílias beneficiadas, em 1999, deve-se a emendas parlamentares feitas ao orçamento da **Funasa**, naquele ano.

Os recursos aplicados em 2001, no Programa de Saneamento Básico em Pequenas Localidades, beneficiaram 174.915 famílias, perfazendo um montante de R\$ 157 milhões de reais.

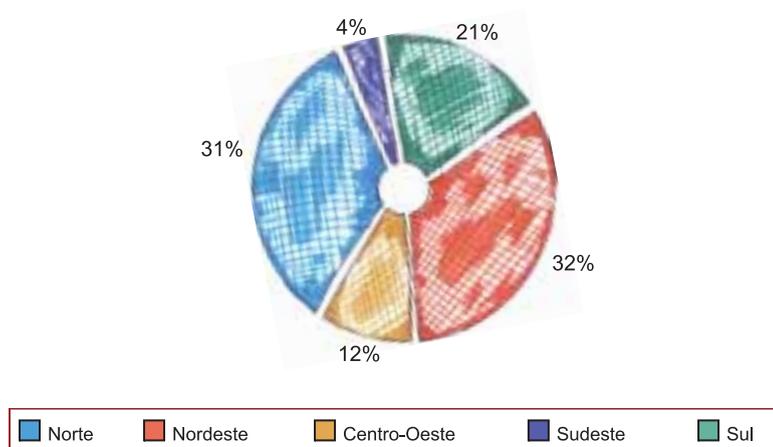
Este programa, por contemplar ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares, foi, ao longo do período, o que mais apresentou pleitos de parlamentares e, por conseguinte, emendas ao Orçamento da União. A partir de 2002, com a implementação da Portaria **Funasa** n.º 1, de 2.1.2002 (alteradas pelas Portarias **Funasa** n.º 225/2003 e n.º 106/2004), que estabelecem critérios epidemiológicos, sanitários e ambientais para a aplicação de recursos financeiros da **Funasa**, também para repasses previstos por emendas parlamentares, espera-se garantir maior transparência na aplicação de recursos e, principalmente, impacto na redução de doenças e outros agravos.

Saneamento Básico Número de Famílias Beneficiadas 1995 a 2002



* Previsão de famílias a serem beneficiadas ao término das obras.
Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Recursos Aplicados em Sameamento Básico por Região - 1995 a 2002



Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Melhoria de Habitação Rural para Controle de Doença de Chagas

Esta ação visa à melhoria nas condições de moradia da população residente em áreas rurais, onde existam alta prevalência da doença de Chagas.

As atividades consistem na restauração ou reconstrução de moradias, objetivando reduzir a proliferação de vetores transmissores da doença, triatomíneos, uma vez que, notadamente, algumas espécies encontram condições favoráveis de sobrevivência e proliferação, no contato com o homem, animais, e em subhabitações, tais como: casas de pau-a-pique e taipa.

No período de 1995 a 1998, as ações foram desenvolvidas em 12 estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Tocantins, sendo a Paraíba, Rio Grande do Norte e Bahia os maiores beneficiários.

A doença teve sua incidência reduzida em anos recentes e, em 2001, os estados da Paraíba, Pernambuco, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo já foram certificados pela Opas, pela interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas por *Triatoma infestans*, estando os estados de Tocantins e Piauí em processo de certificação.

156

Integração Saúde e Saneamento

A melhoria da saúde da população passa pelo incremento da cobertura e da qualidade dos serviços de saneamento ofertados. Uma política clara para o setor possibilitaria a extensão desses benefícios na velocidade reclamada pela sociedade.

Apesar dos esforços empreendidos pelos governos nas últimas décadas para expansão dos serviços de saneamento, a situação do setor está reconhecidamente longe de ser satisfatória.

Esse quadro se agrava quando se observam as desigualdades regionais e sociais que marginalizam as populações mais carentes no acesso aos serviços de saneamento.

A interação desses dois setores passa pelo estabelecimento de critérios epidemiológicos para a priorização e direcionamento dos recursos aplicados no setor, visando ao atendimento de obras cuja carência por serviço de abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares constituam fatores principais para o surgimento de doenças de veiculação hídrica.

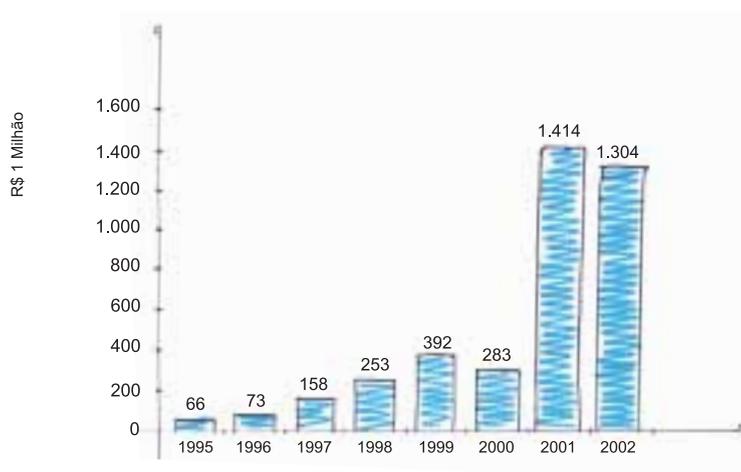
Considera-se, nesse sentido, como fundamental a participação do setor de saneamento no acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos diversos prestadores desse serviço, de forma a assegurar sua qualidade, seu impacto sobre a situação sanitária e sua extensão da cobertura a toda a população.

O sucesso da nova forma de atuação da **Funasa** na área de saneamento será obtido, essencialmente, por sua capacidade de atuar de forma integrada com outros órgãos de setores do governo. Isto se justifica pela própria natureza da saúde, cujos determinantes estão fortemente relacionados com fatores ambientais diversos, que envolvem tanto o ambiente físico como o meio social e econômico.

É importante destacar que as atividades da **Funasa** na área de saneamento ambiental foram consideradas como estratégicas pelo Governo Federal, tendo sido incorporadas aos Planos Plurianuais 2000-2003 e 2004-2007, que destinaram recursos a serem aplicados pela Fundação Nacional de Saúde, objetivando melhorar as taxas de cobertura dos sistemas de água, esgotos e resíduos sólidos, principalmente em municípios de pequeno porte.

A aplicação de recursos em saneamento, no período de 1995 a 2001, evidencia a importância das ações de saneamento para a melhoria da qualidade de vida das populações beneficiadas. O gráfico demonstra a evolução dos recursos alocados no período, passando de 66 milhões executados em 1995 para uma previsão da ordem de 1,3 bilhões no exercício de 2002.

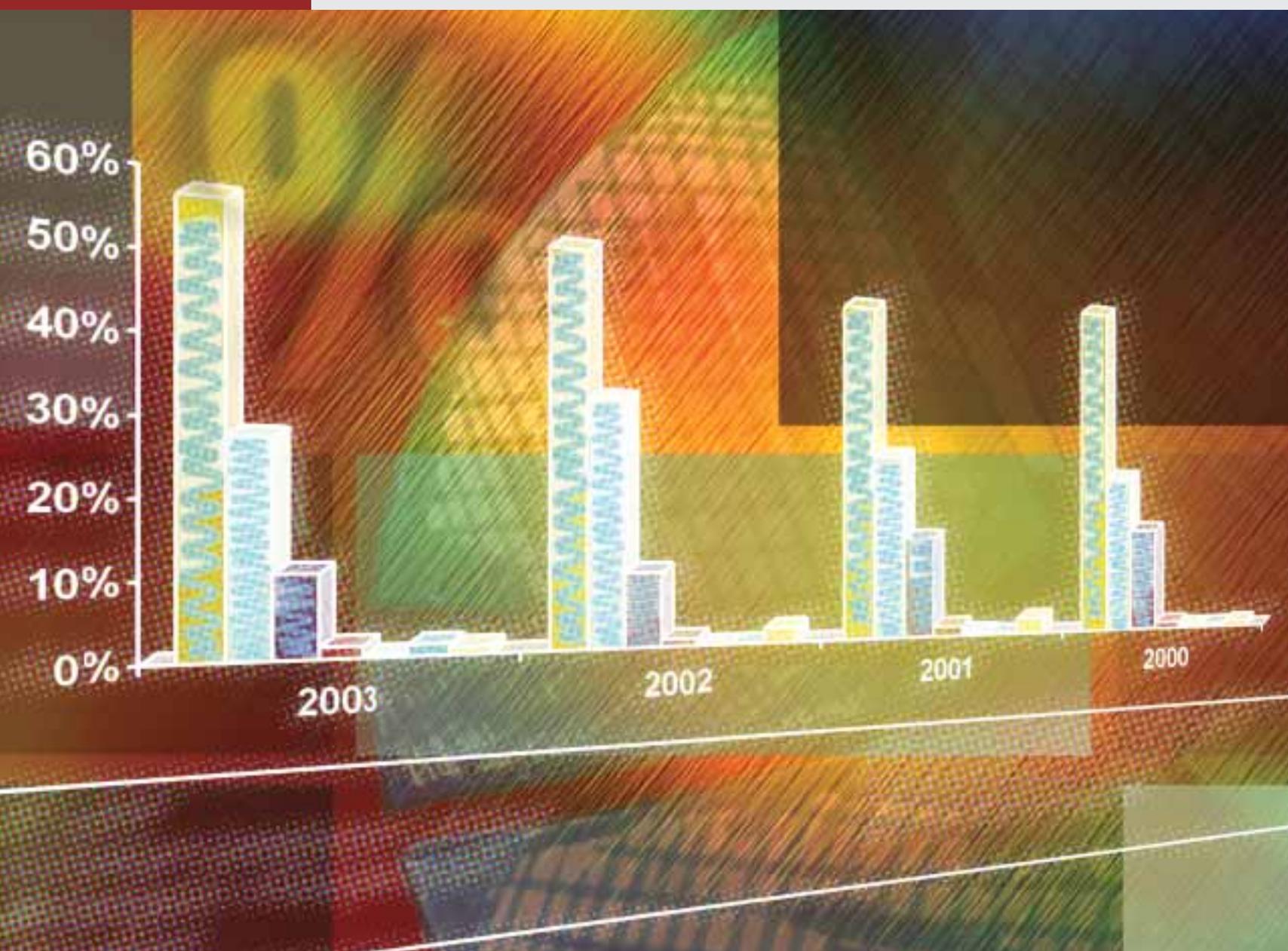
Recursos Aplicados em Saneamento no Período de 1995 a 2001 e Previsão Orçamentária para 2002



Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

CAPÍTULO

Neste capítulo será possível identificar algumas características dos referidos programas, seus objetivos básicos e, ainda, as transformações verificadas por ocasião da edição das Leis de Diretrizes Orçamentárias correspondentes a cada um dos exercícios do período aqui abordado.



SEXTO

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O presente capítulo tem por objetivo demonstrar o volume de recursos orçamentários executados, no período de 1995 a 2002, oriundos dos principais programas finalísticos da **Funasa**, naquele período excetuando-se, portanto, o custo com pessoal.

Além da demonstração pretendida, que retratará a magnitude das ações a cargo da Fundação Nacional de Saúde, será possível identificar algumas características dos referidos programas, seus objetivos básicos e, ainda, as transformações verificadas por ocasião da edição das Leis de Diretrizes Orçamentárias correspondentes a cada um dos exercícios do período aqui abordado.

As transformações verificadas a cada ano no orçamento da **Funasa** decorrem dos avanços alcançados na consolidação do Sistema Único de Saúde, especialmente quanto à descentralização das ações de saúde, na medida em que define claramente as obrigações e responsabilidades dos gestores de cada um das três esferas de governo e, ainda, de um modelo de gestão que exige a efetiva participação de cada um deles, de forma pactuada, nas ações e metas a serem alcançadas (PPI-ECD).

Seguem, então, os demonstrativos da execução orçamentária do período aqui tratado, agrupados por programas e/ou projetos atividades afins.

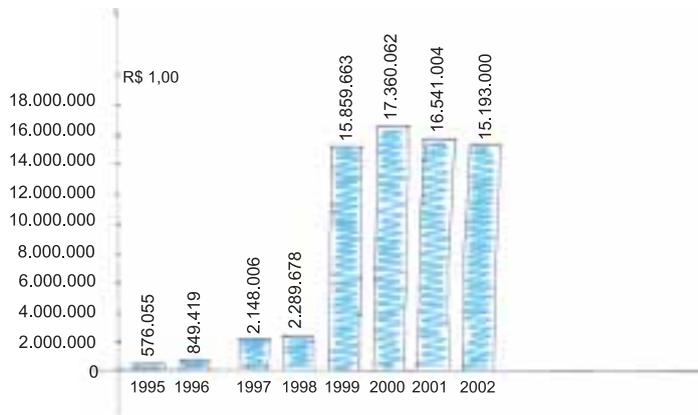
160

Vigilância Epidemiológica

A **Funasa** trabalhou, até 2002, para a promoção e disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivou o estabelecimento de sistemas de informação e análises que permitiam o monitoramento do quadro sanitário do país e subsidiaram a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos.

O volume de recursos orçamentários executados no período pode ser assim representado, consideradas as principais atividades relativas à Vigilância Epidemiológica:

Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus)

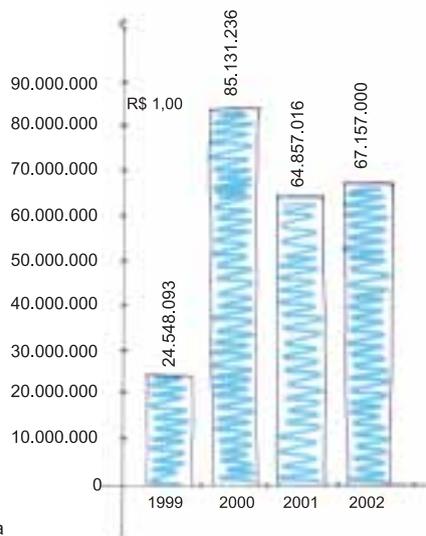
Com o objetivo de fortalecer as estruturas em caráter nacional, prever, detectar e prevenir a introdução e a reemergência de doenças, o Ministério da Saúde, por intermédio da **Funasa**, firmou um acordo de empréstimo com o Banco Mundial, em 1999, no valor de U\$ 600 milhões, destinados à estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

A execução iniciou-se no segundo semestre de 1999 e os recursos foram utilizados nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde, Saúde Indígena e Controle de Doenças na Amazônia Legal, com aquisição de equipamentos de informática e comunicação,

veículos, melhorias nos laboratórios de saúde pública, treinamentos e capacitações de técnicos dos estados e dos municípios, realização de estudos e pesquisas, entre outros.

Assim estão distribuídos, por exercício, os recursos correspondentes ao Projeto Vigisus:

Estuturação do VIGSUS 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Operacionalização da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

Em 1999, a **Funasa** iniciou um processo de avaliação de toda a rede nacional de laboratórios, que resultou em uma proposta para a reestruturação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Com essa finalidade, foram investidos recursos significativos em estrutura física, bem como na capacitação de profissionais das unidades laboratoriais de saúde pública dos estados e municípios. Foram capacitados cerca de 2 mil profissionais e equipados vários laboratórios, o que permitiu uma melhor resposta às demandas das ações de vigilância em saúde.

Em 2002, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 15, de 03.01.2002, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), que é constituído por quatro redes nacionais de laboratórios:

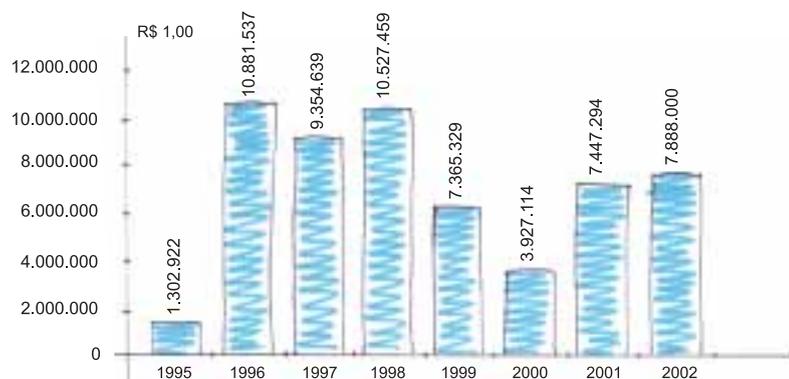
- laboratório de vigilância epidemiológica;
- laboratório de vigilância ambiental em saúde;

162

- laboratório de vigilância sanitária; e
- laboratório de assistência médica de alta complexidade.

O Sislab é organizado de forma hierarquizada e tem suas ações executadas nas esferas nas esferas federal, estadual e municipal, em consonância nas esferas com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Recursos Aplicados na Operacionalização da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Controle de Doenças Endêmicas por Vetores e de Reservatórios

A partir de 1999, a gestão de epidemiologia e controle de doenças foi descentralizada para as 27 unidades da federação, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.399/1999, de 15.12.1999, que, entre outros aspectos:

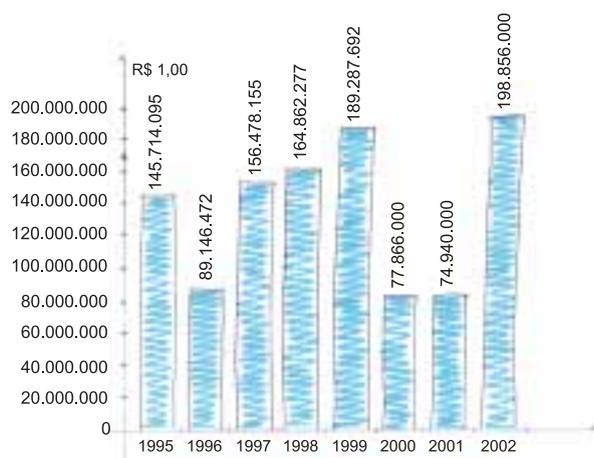
- definiu as competências da união, estados e municípios, no que se refere à gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças;
- estabeleceu o processo de programação e acompanhamento das ações;
- definiu o processo de certificação de estados e municípios; e
- definiu a sistemática do financiamento das áreas de epidemiologia e controle de doenças.

A Portaria GM/MS nº1.399/1999, considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica (NOB)/SUS/1/1996 estabeleceu, ainda, o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) para cada unidade da Federação, no que concerne ao financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

O TFECD para cada UF, observados os estratos a que pertençam, conforme perfil epidemiológico (Estrato I: AC, AM, PA, RO, RR e TO; / Estrato II: AL, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PB, PE, PI, RJ, RN e SE / Estrato III: DF, SP, SC, PR e RS), é obtido mediante o somatório das parcelas de valor *per capita* multiplicado pela população de cada UF, valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área da UF e contrapartidas do estado e dos municípios ou do DF, conforme o caso.

A conclusão do processo de descentralização das ações de saúde permitiu o redirecionamento dos recursos para as áreas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, que passaram a atuar segundo o novo modelo de gestão do SUS no controle de doenças endêmicas por vetores e reservatórios, cujo correspondente programa teve, no período de 1995 a 2002, assim alocados os recursos orçamentários:

Recursos Aplicados em Ações de Controle de Doenças Endêmicas por Vetores e de Reservatórios 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Observação.: Nos exercícios de 2000 a 2002, foram excluídos os valores correspondentes a melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas, demonstrados no item correspondente a saneamento básico.

164

Diagnóstico e Tratamento de Casos de Malária

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, lançou no mês de julho de 2000 o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (Piacm), no qual foram priorizadas ações de controle da malária em 254 municípios da Amazônia Legal, mediante a realização de ações conjuntas pelos gestores federal, estaduais e municipais. O Governo Federal aplicou nos estados e municípios, no primeiro ano do Plano, recursos para a aquisição de equipamentos e veículos, capacitação de recursos humanos, intensificação das ações de controle vetorial e tratamento adequado dos casos dessa doença. Além dos recursos do Piacm, o Ministério da Saúde realiza repasses de forma direta e permanente, a estados e municípios, para financiamento das ações de epidemiologia e controle da doença.

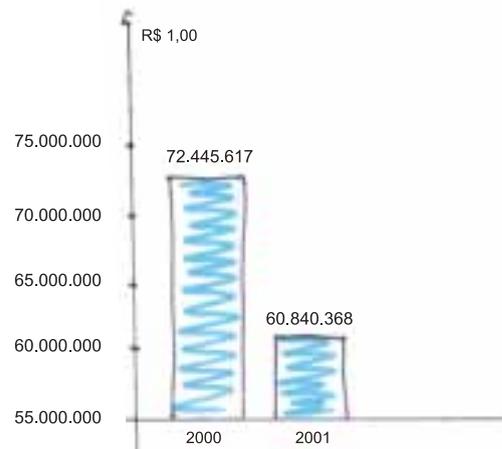
No período de 1989 a 1996, esta ação integrava o Projeto de Controle da Malária da Bacia Amazônica (Pcman), que tinha por objetivo a redução da prevalência da malária até níveis que não mais constituíssem problema de saúde pública, e a diminuição do risco de recrudescimento em áreas onde a transmissão foi interrompida.

Encerrado em 1996, as ações desenvolvidas pelo PCMAM passaram a ser desenvolvidas pelas áreas de Saneamento Básico, Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, consideradas, a título do que ocorreu com o PCDEN, as características do SUS, especialmente quanto à descentralização das ações de saúde.

Como resultado do Piacm, em 2001 foram registrados 383 mil casos da doença, 252 mil casos a menos que dois anos antes, com uma redução de 40%. Estima-se que com a implementação do Piacm foram evitados 800 mil novos casos de malária no período 2000-2001. Nas áreas indígenas a redução alcançada foi de 63%.

Além dos recursos orçamentários abaixo representados, que correspondem ao programa de diagnóstico e tratamento dos casos de malária, a **Funasa** executou recursos orçamentários relativos ao programa de drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas de malária, dentro das ações de saneamento.

Diagnóstico e Tratamento de Casos de Malária 2000 a 2002



* Em 1997, 1998, 1999 e 2002 as ações diagnóstico e tratamento da malária, foram custeadas por outros projetos.
Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Controle da Dengue

Em 1996, o Ministério da Saúde reavaliou a situação e considerou necessária a mudança de estratégia de combate ao vetor, elaborando o Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa). A efetiva implementação desse plano ocorreu a partir de 1997, com a celebração de convênios municipais e estaduais. No período de 1997 a 2000, foram celebrados convênios com 3.869 municípios, 26 estados e o Distrito Federal, resultando na cobertura de aproximadamente 140 milhões de pessoas. Esse esforço representou o atendimento de 97% dos 1.544 municípios nas áreas de maior incidência da doença e a cobertura da população de outros 3.325 municípios com ações preventivas.

Durante o ano de 2001, o PEAa foi submetido a uma avaliação internacional, com a participação da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e representantes de todos os continentes com ocorrência de dengue. Ainda naquele ano foi elaborado e implantado o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), que teve as seguintes ações desenvolvidas:

- aquisição e distribuição de 2.082 veículos, nos 25 estados incluídos pelo Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD);

166

- aquisição de 321 microscópios para apoiar a vigilância entomológica do *Aedes aegypti* nos municípios prioritários; aquisição de 143 pulverizadores de Ultra Baixo Volume e 704 pulverizadores costais de Ultra Baixo Volume para utilização nas ações de bloqueio de transmissão da dengue;
- capacitação de 89.000 Agentes Comunitários de Saúde do PACS/PSF para atuar na divulgação de ações preventivas contra focos domésticos do mosquito *Aedes aegypti* e na vigilância de casos suspeitos de dengue;
- contratação e capacitação do Grupo-Tarefa composto por 30 supervisores estaduais para apoiar as secretarias estaduais de saúde na implantação do PIACD nos 657 municípios prioritários; e
- desenvolvimento e implantação de novo modelo de vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais de saúde e nas secretarias municipais de saúde das capitais, utilizando aplicativos informatizados para aumentar a sensibilidade da vigilância e a capacidade de detecção de surtos, bem como proporcionar informações capazes de subsidiar a tomada de decisão sobre a intensificação das ações de controle.

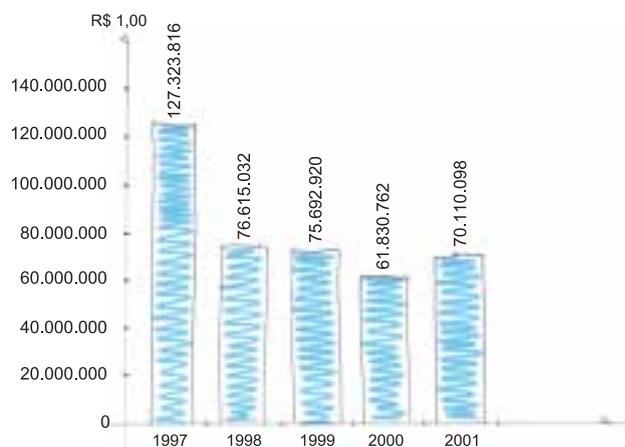
A partir de julho de 2002, foi instituído o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), com a incorporação das lições e experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, e enfatizando a necessidade de mudanças nos modelos anteriores ao PNCD tem por característica os seguintes aspectos fundamentais:

- a elaboração de programas permanentes;
- o desenvolvimento de campanhas de informação e mobilização das pessoas, de maneira a se criar uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor;
- o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença;
- a melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor;
- a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF);

- a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, etc.;
- a atuação multissetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; e
- o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas nos estados e municípios.

As ações previstas destinaram-se, dessa forma, a complementar a capacidade operativa dos estados, bem como a implantação da vigilância virológica em esfera nacional e o monitoramento da resistência de vetores, estando assim representados os recursos orçamentários alocados no período de 1997 a 2001:

Recursos Aplicados na Prevenção e Controle da Dengue - 1997 a 2001



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Sistema Nacional de Informações sobre Saúde

Historicamente, a construção dos sistemas de informações era voltada para a centralização e verticalização, que se demonstrava na organização e disponibilidade dos bancos de dados nacionais. O que se verificava, a partir dessa concepção, era o acúmulo de dados, com pequena utilização para apoio à tomada de decisão e poucas informações integradas para dar conta da complexa situação de saúde nas diferentes regiões do país.

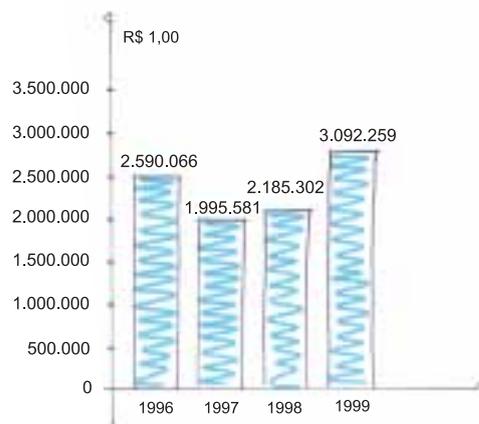
168

Com a implantação do SUS, os Sistemas de Informação em Saúde, entendidos como instrumentos de gestão, têm que ser diferentes. Os indicadores escolhidos devem refletir a concepção de saúde que norteia o Sistema Único e devem subsidiar as análises necessárias ao seu desenvolvimento, bem como a facilitação da tomada de decisões por parte dos gestores.

Nesse sentido, consideráveis esforços estão sendo realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Datasus, SAS e SVS, para fortalecer as grandes bases de dados nacionais. No âmbito do Reforsus, vem sendo implantada a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), que busca desenvolver a capacidade informacional, em todos os níveis, para operação dos cinco maiores sistemas: SIH, SIA, SIM, Sinasc e Sinan. Complementarmente, há a iniciativa da Rede de Informações para a Saúde (Ripsa), que visa articular as principais instituições responsáveis pela produção de indicadores e dados básicos de interesse para a saúde, objetivando a análise da situação de saúde e suas tendências.

Entre as atividades em curso, busca-se estabelecer padrões para compatibilizar os diferentes sistemas, possibilitando o uso integrado de dados, e transformar aqueles que anteriormente eram processados de modo centralizado e de utilização restrita ao âmbito federal, em sistemas de base municipal, por meio da alteração de fluxos e do uso de recursos de informática.

Recursos Aplicados na Operacionalização do Sistema Nacional de Informação sobre Saúde 1995 a 1999



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Vigilância Ambiental em Saúde

Este programa destinava-se, quando de responsabilidade da **Funasa** a prover os recursos necessários à execução das ações relativas ao Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde sobre fatores Biológicos, Físicos e Químicos Determinantes e Condicionantes de Agravos à Saúde, instituído a partir do ano de 2000, cuja gestão esteve a cargo da **Funasa** até o ano de 2002, passando à SVS a partir do ano de 2003.

A vigilância ambiental em saúde configura-se como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental, de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos), da qualidade da água para consumo humano, de contaminantes ambientais químicos e físicos que possam interferir na qualidade da água, ar e solo, e dos riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes com produtos perigosos.

As funções fundamentais da vigilância ambiental em saúde referem-se aos processos de produção, integração, processamento e interpretação de informações visando ao conhecimento dos problemas de saúde existentes, relacionados aos fatores ambientais, sua priorização para tomada de decisão e execução de ações relativas às atividades de promoção, prevenção e controle recomendadas e executadas por este sistema e sua permanente avaliação.

Deve-se salientar que o volume de recursos expressos no gráfico abaixo corresponde à execução orçamentária de Programas afins, ou seja, no período de 1995 a 1998 os valores estão relacionados ao Programa denominado “Controle de Zoonoses e Acidentes por Animais Peçonhentos”, e, no ano de 1999, ao Programa “Coordenação Nacional de Vigilância Ambiental”.

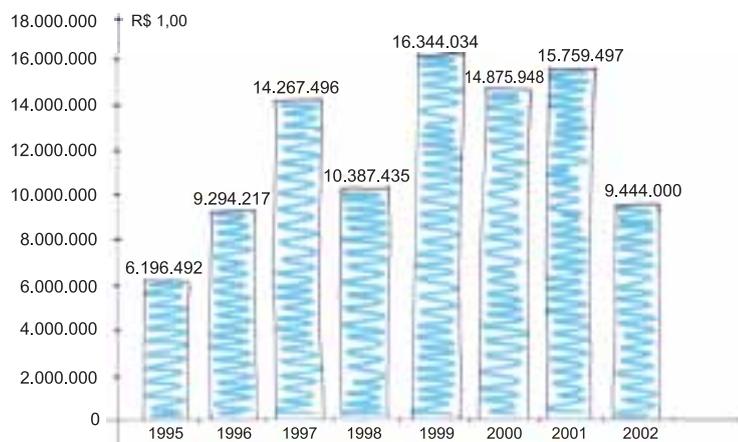
A partir do ano de 2000, o Orçamento da União passou a consignar os recursos destinados a estas ações no Programa/projeto-atividade denominado Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde sobre fatores Biológicos, Físicos e Químicos Determinantes e Condicionantes de Agravos à Saúde.

O montante de recursos aplicados, até 2002, em vigilância ambiental em saúde pode ser considerado como se segue.

169

170

Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Ações de Imunização

A **Funasa** teve como responsabilidade, até 2003, coordenar o Programa Nacional de Imunizações (PNI), cujo objetivo principal é o controle e a erradicação de doenças tais como, a poliomielite, o sarampo, a difteria, a coqueluche, a febre amarela, a hepatite B, a rubéola congênita e as formas graves de tuberculose, mediante a imunização sistemática da população.

São 40 tipos de imunobiológicos disponibilizados, em todo Brasil, nos Postos de Saúde, centros de referência de imunobiológicos especiais e nas unidades hospitalares, compreendendo:

- 23 vacinas;
- quatro tipos de imunoglobulinas (derivado de sangue com anticorpos específicos para determinada doença - hepatite B, raiva humana, tétano e varicela);
- uma vacina animal contra raiva canina;
- três tipos de soros heterólogos (diférico, rábico e tetânico); e
- nove tipos de soros antiofídicos.

Deve-se salientar que, não obstante o crescimento, em valores absolutos, das despesas correspondentes aos programas relacionados com as ações

de imunização, houve uma redução sensível dos custos relativos à aquisição de soros e vacinas, graças a novas metodologias aplicadas aos procedimentos licitatórios, que passaram a considerar memórias de preços e quantidades praticadas no quadriênio 1998-2002.

Para ilustrar o resultado positivo da estratégia que vem sendo implementada pelo Ministério da Saúde na aquisição de imunobiológicos, qual seja, a realização de licitações internacionais por intermédio da Opas e a absorção de tecnologia de fabricação de algumas vacinas importantes em parceria com laboratórios oficiais, apresentam-se a seguir dois exemplos significativos:

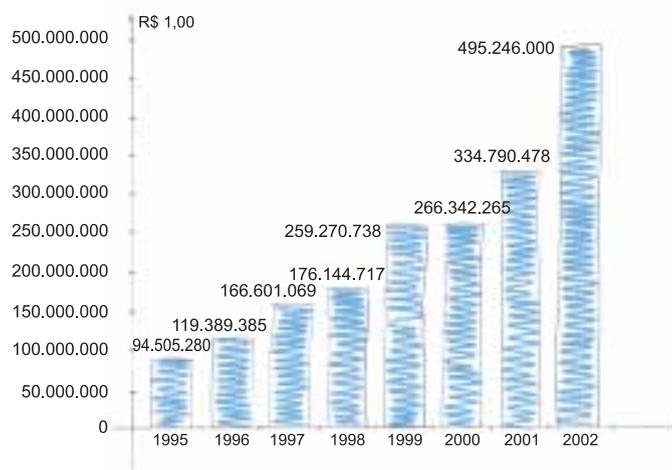
Exemplo 1 - A vacina contra o vírus influenza (gripe), aplicada na população a partir dos 60 anos de idade, teve redução no preço de 57,14%. Em 1998, era adquirida de produtores europeus por US\$ 4,20 a dose. A partir do ano de 2000, após a assinatura de contrato de transferência de tecnologia firmado com o laboratório francês Avents-Pasteur, essa vacina passou a ser produzida no Brasil pelo Instituto Butantan. O preço unitário pago pelas 4.925.480 doses adquiridas em 2002 foi de US\$ 1,91.

Exemplo 2 - A vacina contra raiva canina também teve forte redução no preço unitário. Em 1998, a dose dessa vacina custava US\$ 0,39 no mercado internacional e, em 2002, o preço unitário pago pelas 26 milhões de doses foi de US\$ 0,20, representando uma redução de 48% em relação a 1998.

No gráfico que se segue estão consignados os valores correspondentes à execução orçamentária no período de 1995 a 2002 dos seguintes programas:

- ações de normatização e coordenação das ações de imunização da população;
- fomento à produção nacional de imunobiológicos;
- imunobiológicos para prevenção;
- controle das doenças imunopreveníveis;
- aquisição e distribuição de medicamentos;
- multivacinação de crianças de zero a cinco anos de idade; e
- vacinação do idoso com 60 anos de idade ou mais.

172

Recursos Aplicados em Ações de Imunização e Vacinação da População - 1995 a 2002

Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

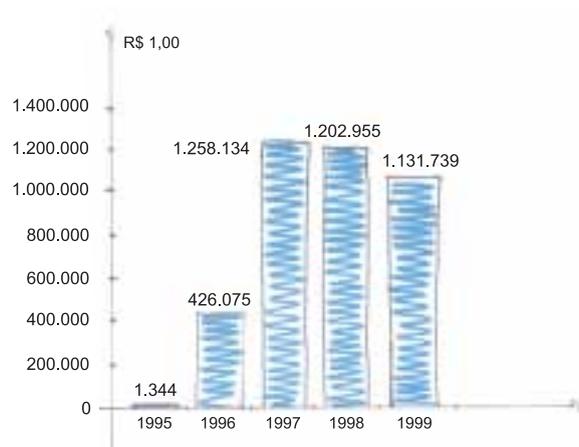
Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas**Estudos e Pesquisas em Epidemiologia**

No período compreendido entre os anos de 1995 a 1999, a **Funasa** contava com um programa específico para o custeio das ações relacionadas aos estudos e pesquisas em vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, que naquele período eram direcionados pelas seguintes diretrizes:

- direcionamento das pesquisas, nos seus centros e instituto, para o atendimento das prioridades definidas pela área de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- fomento a estudos e pesquisas nas áreas de epidemiologia, prevenção e controle de doenças e de outros agravos; e
- atuação em parceria com outros órgãos e entidades públicas e privadas também dedicadas à pesquisa em saúde.

Naquele período, os recursos orçamentários dedicados àquele programa foram aplicados como se segue:

Recursos Aplicados em Estudos e Pesquisas em Epidemiologia - 1995 a 1999



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

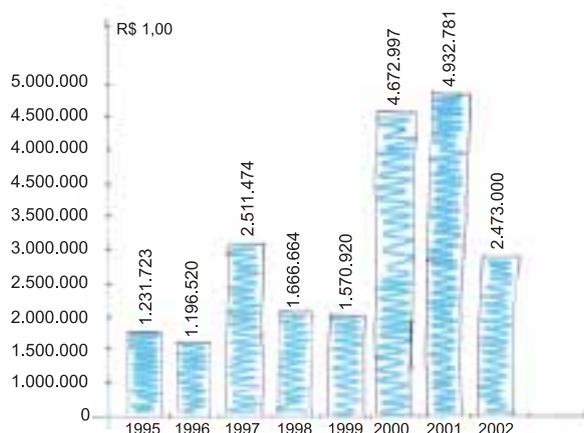
A partir do ano de 2000, com a reestruturação da **Funasa**, os recursos orçamentários destinados a estudos e pesquisas passaram a compor o orçamento de programas tais como: Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental em Saúde, cuja gestão passou a ser direcionada às características e necessidades de cada um deles.

Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF)

No gráfico que se segue estão consignados os recursos alocados ao CRPHF, que tem como competência ser referência nacional da área de Pneumologia Sanitária, prestando apoio técnico e científico às ações de controle das doenças pulmonares, desenvolvendo atividades de vigilância epidemiológica, desenvolvimento de pesquisas, cursos e treinamentos, educação em saúde, manutenção de redes de laboratórios e de sistema de informação e de distribuição de insumos.

174

Recursos Aplicados em Pesquisas em Tuberculose e Outras Pneumopatias de Interesse Sanitário do Centro de Referência Professor Hélio Fraga 1995 a 2002



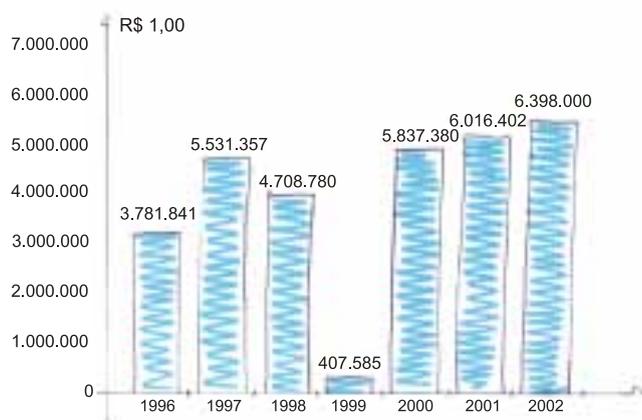
Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Os recursos orçamentários alocados no Cenp destinam-se aos seguintes objetivos:

- realizar pesquisas de campo para determinar o estado atual das populações de primatas e sua dinâmica;
- realizar pesquisa de campo para determinar as áreas geográficas mais suscetíveis a capturas, protegendo esses habitats, sem que as populações corram risco de extermínio;
- avaliar os efeitos do impacto das situações ecológicas sobre os habitats dos primatas;
- realizar estudos para determinação e implantação das colônias de primatas para reprodução em cativeiro e sua utilização em pesquisas científicas, e para garantir a preservação de espécies ameaçadas de extinção;
- proporcionar condições para realização de pesquisas nacionais e estrangeiras que envolvam primatas não humanos; e
- promover intercâmbio com centros similares no exterior.

Recursos Aplicados em Pesquisas Biomédicas e Preservação de Espécies Ameaçadas de Extinção no Centro Nacional de Primatas - 1996 a 2002



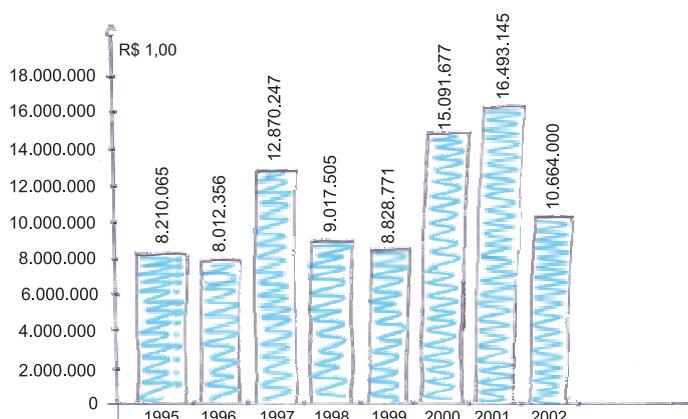
Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Instituto Evandro Chagas (IEC)

As atividades do IEC estão relacionadas às pesquisas nas áreas da biomedicina, com abrangência na Amazônia, especialmente nos estados e municípios que compõem a Região Norte, aí incluídas as seções de arboviroses, bacteriologia e micologia, hepatopatas, parasitologia, patologia, virologia, ecologia humana, meio ambiente e biotérios. Essas pesquisas vêm contribuindo para aperfeiçoar/atualizar conhecimentos e, conseqüentemente, melhorar o entendimento das doenças típicas da região. O desempenho do IEC diante dos resultados dessas pesquisas e prestação de serviços de laboratório em saúde pública continua sendo de significativa relevância, em esfera nacional e internacional, bem como fonte de informações para estudos e análises de órgãos públicos das esferas federal, estadual e municipal e instituições de ensino.

176

Recursos Aplicados em Pesquisas no Campo de Medicina Tropical e Meio Ambiente do Instituto Evandro Chagas - 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Ações de Saneamento

O Ministério da Saúde, por intermédio da **Funasa**, tem direcionado apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de ações de saneamento, a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para prevenção e controle de doenças, prioritariamente, em municípios com população de até 30 mil habitantes. Essas ações consistem dos seguintes programas: saneamento básico em comunidades indígenas, construção e ampliação de sistemas de abastecimento de água, construção e ampliação de sistemas de esgotamento sanitário, destinação e tratamento de resíduos sólidos, drenagem em área endêmica de malária, melhoria habitacional para controle da doença de Chagas e implantação de melhorias sanitárias domiciliares. Na operacionalização desses programas, a **Funasa** busca a intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e saneamento e utiliza critérios de natureza epidemiológica e ambiental para a distribuição dos recursos orçamentários, sempre por meio da celebração de convênios com os municípios elegíveis, critérios esses estabelecidos pela Portaria **Funasa** nº 106/2004.

A atuação da **Funasa** em saneamento tem ainda o caráter de fomentar ações, pesquisas, informações e apoio aos programas especiais do Governo Federal. Além disso, realiza ações de cooperação técnica e propõe modelos de gestão para estados e municípios na busca da organização, estruturação e manutenção dos serviços implantados.

No período de 1995-2001, foram aplicados recursos da ordem de R\$ 2,6 bilhões em saneamento, aí considerados os recursos oriundos do Projeto Alvorada, lançado em 2001, e que tem como objetivo reduzir as desigualdades regionais, por meio da melhoria das condições de vida das áreas mais carentes do Brasil. O indicador utilizado para medir o grau de desigualdades é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Pnud.

No primeiro momento, foram analisadas as disparidades entre as Unidades da Federação, quando foram identificados os 14 estados com IDH inferior à mediana do país: AC, AL, BA, CE, MA, PA, PB, PE, PI, RN, RO, RR, SE e TO. Já na ocasião da apresentação do conjunto de programas que deveriam compor essa primeira fase, sob nome de Plano de Apoio aos estados de Menor Desenvolvimento Humano, restou estabelecido que o próximo passo seria a identificação das áreas mais vulneráveis dos estados com IDH acima da mediana.

Dessa análise resultou a identificação de 390 municípios com baixo desenvolvimento humano, ou conforme classificação do Pnud, todos os municípios pertencentes às microrregiões com IDH menor ou igual a 0,5. Foram selecionados, também, os municípios com IDH-M abaixo de 0,5 pertencentes às microrregiões com IDH-M superior a 0,5. Essas microrregiões ou municípios estão situados nos estados do AM, AP, ES, GO, MG, MT, PR, RS e SP.

Os recursos orçamentários foram executados como se segue:

Construção e Ampliação ou Melhoria dos Sistemas de Abastecimento de Água para o Controle de Agravos

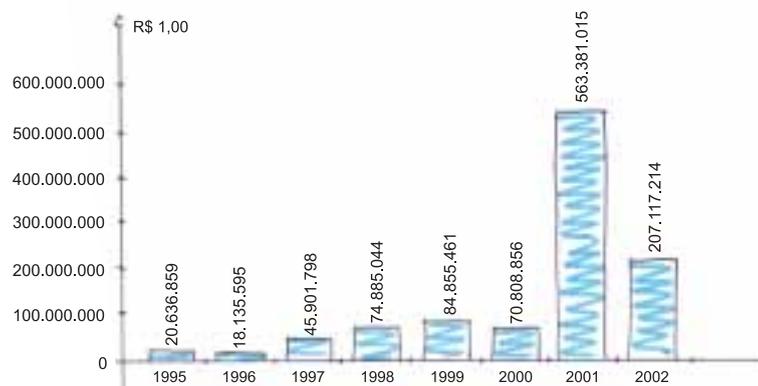
Esta ação tem por objetivo fomentar a implementação, ampliação e estruturação de sistemas de abastecimento de água, em localidades que possuem indicadores relacionados às doenças de veiculação hídrica, como: esquistossomose, cólera, tracoma, febre tifóide e diarreia.

O aumento significativo, a partir de 2001, dos recursos orçamentários destinados a este programa está relacionado à implantação do Projeto Alvorada, que, entre outras ações integradas de estado, compreendia a intensificação de ações de responsabilidade da **Funasa** dirigidas a municípios com baixo IDH, objetivando proporcionar às respectivas populações condições de vida mais favoráveis.

O incremento orçamentário a esta ação é identificado no quadro abaixo:

1 7 7

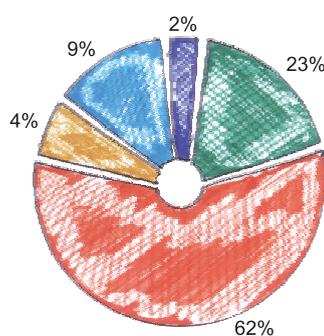
Recursos Aplicados na Construção e Aplicação ou Melhorias dos Serviços de Abastecimento de Água para Controle de Agravos - 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Não por acaso o volume mais significativo de recursos está alocado, historicamente, como demonstrado no gráfico a seguir, nas Regiões Norte e Nordeste, justamente aquelas que têm apresentado no decorrer do período de 1995 a 2002 deficiências mais acentuadas em saneamento básico, deficiências essas refletidas nos correspondentes Índices de Desenvolvimento Humano, que se apresentam abaixo da média nacional.

Recursos Aplicados em Abastecimento de Água por Região - 1995 a 2002

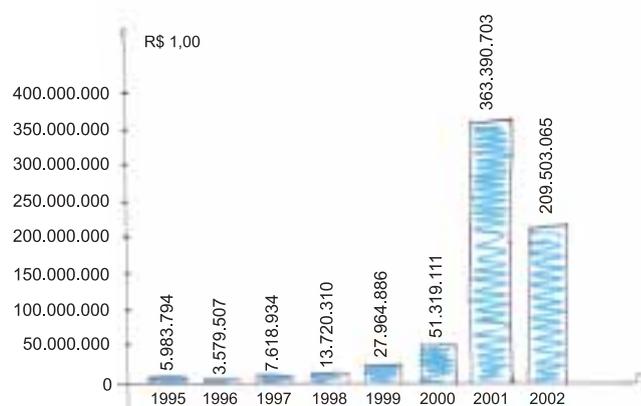


Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Controle de Agravos

Esta ação destina-se ao atendimento de populações carentes que não dispõem de instalações sanitárias intradomiciliares, compreendendo a execução de privadas, poços rasos, ligações de água, banheiros, fossas, tanques de lavar roupa, reservatórios para água, lavatórios, pias de cozinha, chafariz, lavanderia e banheiro.

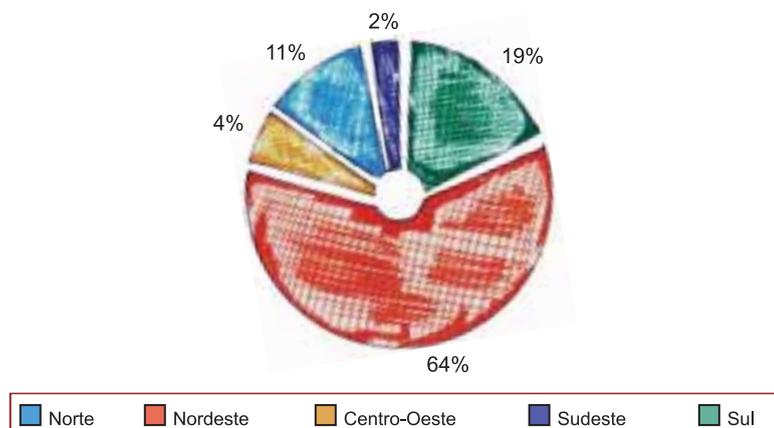
Recursos Aplicados em Melhorias Sanitárias Domiciliares para Controle de Agravos - 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

A seguir, apresenta-se a distribuição dos recursos, por região, no período de 1995 a 2002.

Recursos Aplicados em Melhorias Sanitárias Domiciliares por Região - 1995 a 2002*



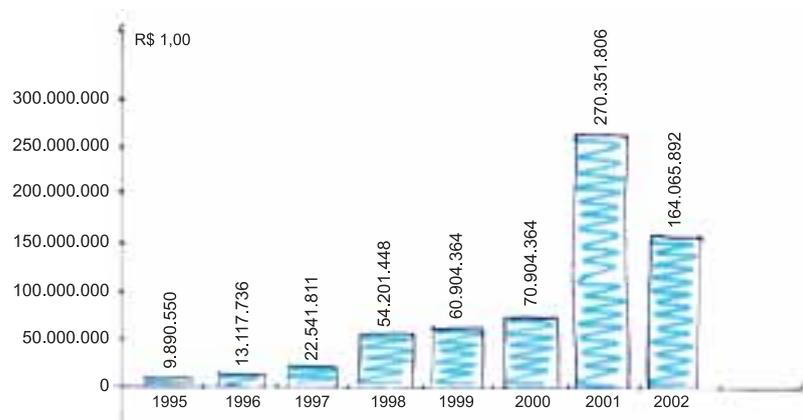
* Recursos aplicados até março de 2002
Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Construção e Ampliação ou Melhoria de Sistema de Coleta e Tratamento de Esgoto Sanitário

Esta ação visa contribuir para o controle das doenças infecto-parasitárias, decorrentes da inadequada destinação de dejetos, por meio de apoio a municípios com até 30.000 habitantes, em especial aqueles localizados nas Regiões Norte e Nordeste, em função do quadro sanitário mais desfavorável, capacitando-os em ações de implantação, operação e manutenção de sistemas coletivos de esgotamento sanitário.

180

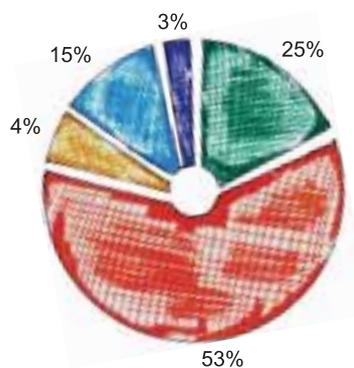
Recursos Aplicados na Construção ou Melhoria de Sistemas de Coleta e Tratamento de Esgoto Sanitário para Controle de Agravos - 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Também integrante do Projeto Alvorada, esta ação passou a contar, a partir de 2001, com um significativo acréscimo em seu orçamento, sendo a distribuição daqueles recursos por região, no período de 1995 a 2002, assim representada:

Recursos Aplicados em Esgotamento Sanitário por Região - 1995 a 2002*

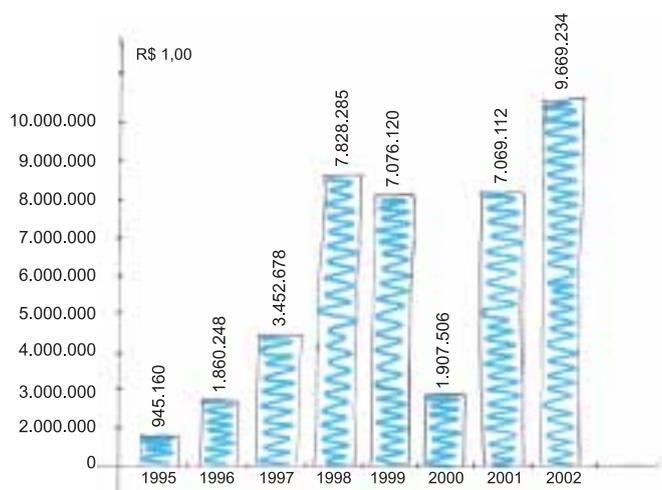


*Recursos Aplicados até março de 2002.
Fonte: Cgofi/Deadm/Funasa

Implantação e Ampliação ou Melhoria de Sistemas de Tratamento e Destinação Final de Resíduos Sólidos para o Controle de Agravos

Esta ação consiste no apoio a municípios para a implementação de sistemas de tratamento e destinação de resíduos sólidos, contemplando aspectos técnicos relativos ao acondicionamento, armazenamento, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos, buscando assim contribuir para a redução de doenças causadas pela destinação inadequada desses resíduos, objetivando a proteção do meio ambiente, incluindo os recursos hídricos.

Recursos Aplicados na Implantação e Ampliação ou Melhoria de Sistemas de Tratamento e Destinação Final de Resíduos Sólidos para Controle de Agravos - 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

A partir de 2001, quando da avaliação do Programa de Controle da Dengue, houve um aumento no volume de recursos para essa finalidade, e, em 2002 o montante do orçamento aprovado para execução de ações relativas a resíduos sólidos foi de R\$ 7,5 milhões.

As dificuldades de erradicar um mosquito domiciliado, que se multiplica nos vários recipientes que podem armazenar águas de chuvas, produzidos nos lixos das cidades (garrafas, latas e pneus), têm exigido um esforço substancial do setor saúde, com um gasto estimado em um milhão por dia.

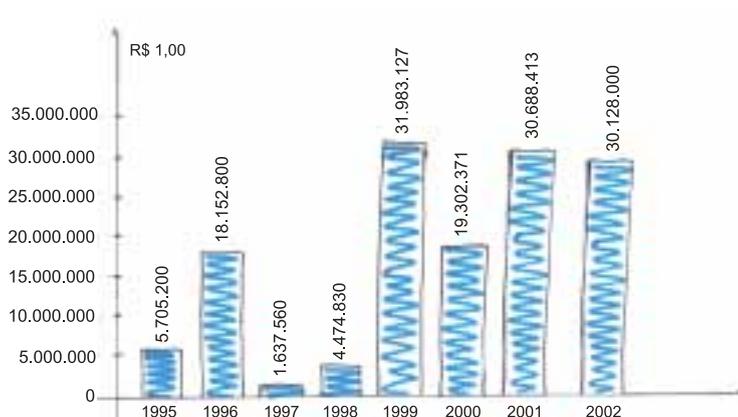
A articulação com outras políticas públicas, como a limpeza urbana, uma maior conscientização social sobre a necessidade das comunidades manterem seu ambiente livre do mosquito e o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica são necessidades prementes para que seja solucionado esse grave problema de saúde pública.

182

Melhoria Habitacional para Controle da Doença de Chagas

Esses recursos buscam o atendimento às populações residentes em áreas endêmicas da doença de Chagas. As ações constituem-se em melhorias que visam restaurar ou reconstruir casas que servem de esconderijo ao barbeiro, inseto hospedeiro do *Triatoma infestans*.

Recursos Aplicados na Melhoria de Habitações Rurais em Áreas Endêmicas por Doença de Chagas 1995 a 2002

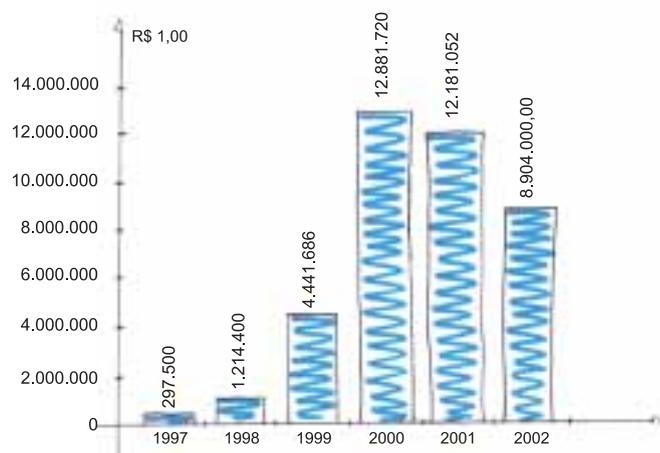


Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Drenagem e Manejo Ambiental em Áreas Endêmicas de Malária

O objetivo desta ação é reduzir as condições naturais favoráveis à proliferação do vetor transmissor da malária, possibilitando a interrupção do ciclo de transmissão da doença. São desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, situadas na Amazônia Legal, onde se encontram registrados a quase totalidade dos casos de malária do país. As principais atividades são: aterros, drenagem (excluindo águas pluviais), desmatamento e limpeza de criadouros, construção de bueiros, construção, limpeza e retificação de canais, reforço de margens, escavação e retificação de leitos de cursos de água.

Recursos Aplicados em Drenagem Ambiental de Áreas Endêmicas de Malária - 1997 a 2002

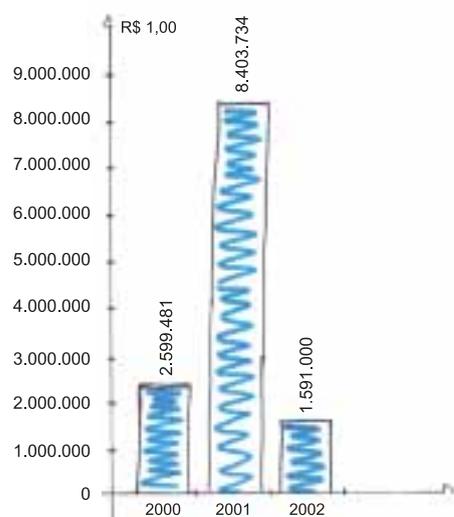


Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Saneamento Básico em Comunidades Indígenas

As ações de saneamento propostas neste programa buscam atender às populações indígenas, com ênfase no abastecimento de água, melhorias sanitárias e destinação final adequada de resíduos sólidos, assim como ações voltadas para a capacitação de agentes indígenas de saneamento.

Saneamento Básico em Comunidades Indígenas 2000 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Atenção à Saúde das populações indígenas

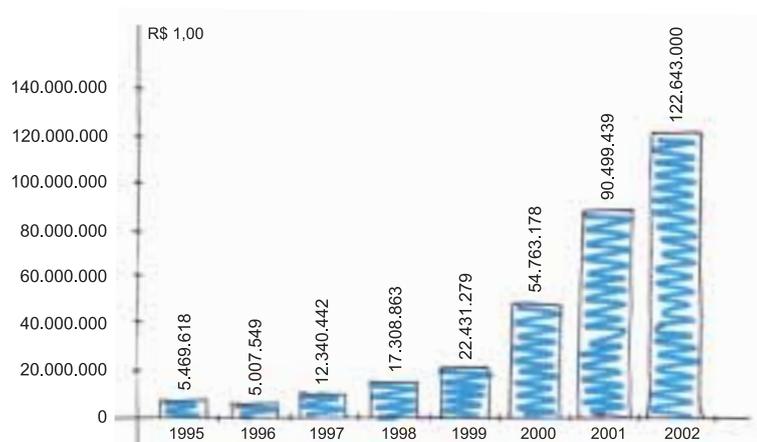
De 1995 a 1999, as ações de saneamento básico dirigidas às comunidades indígenas eram desenvolvidas, como visto no item correspondente à Saúde do Índio, em conjunto com outras ações de saneamento, passando a contar com orçamento próprio a partir da instituição, em 2000, do correspondente Subsistema de Saúde Indígena, integrante do SUS.

Também como visto no capítulo correspondente à Saúde Indígena, a **Funasa**, que até meados de 1999 atuava somente com atividades de natureza preventiva, passou a responder pela integralidade das ações de saúde para essa população.

O volume de recursos alocados na atenção à saúde dos povos indígenas pode ser assim demonstrado, e os valores correspondem ao total dos recursos aplicados nos seguintes projetos-atividade:

- implantação, modernização e adequação de unidades de saúde para atendimento à população indígena;
- assistência médico-sanitária às comunidades indígenas;
- funcionamento de unidades de saúde para atendimento à população indígena;
- atendimento à saúde em distritos sanitários especiais indígenas; e
- funcionamento dos distritos sanitários especiais indígenas.

Saúde Indígena Orçamento Executado - 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

Observação: Dos valores representados não constam aqueles oriundos de outros programas da **Funasa**, como o Programa de Prevenção e Controle de Doenças e Saneamento Básico, bem como recursos do Ministério da Saúde, relativos ao incentivo hospitalar e formação de equipe multidisciplinar para o atendimento à saúde indígena.

O crescimento acentuado do volume de recursos orçamentários alocados nestes programas, a partir do ano de 2000, corresponde ao momento em que as ações relativas à saúde indígena foram transferidas da Funai para a **Funasa**, e que houve, de fato, como relatado anteriormente, um incremento às ações de saúde direcionadas àquela população.

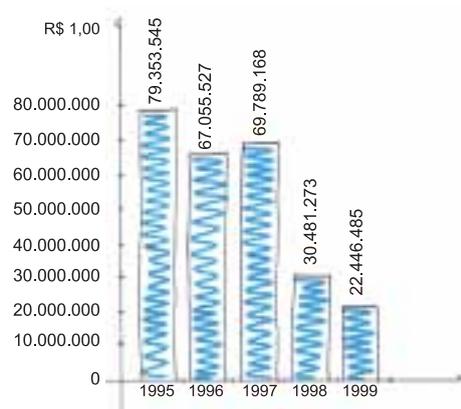
Unidades de Saúde

O processo de descentralização das unidades de saúde da **Funasa**, norteador a partir da definição dos critérios e incentivos financeiros definidos pela Portaria GM/MS nº 3.842, de 5.11.1998, e da correspondente regulamentação das normas e procedimentos, exigiu um trabalho intenso de negociação junto a estados e municípios, de forma a garantir não apenas a transferência física das unidades, mas também, a garantia da continuidade dos serviços oferecidos por cada uma delas.

Concluído o referido processo em 2000, a **Funasa** passou a atuar nos limites das competências estabelecidas pelo SUS, otimizando a utilização daqueles recursos, vez que passaram a ser geridos pelos estados e municípios.

De 1995 a 1999, foram executados os recursos orçamentários correspondentes à manutenção das unidades de saúde; a reforma, ampliação e manutenção de equipamentos daquelas unidades, assim como, também, os recursos necessários ao próprio processo de descentralização, consignados no programa denominado organização dos serviços de saúde do SUS, como se segue:

Manutenção, Reforma, Ampliação e Equipamentos das Unidades de Saúde e Organização dos Serviços de Saúde do SUS - 1995 a 1999



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

186

Evolução dos Recursos Orçamentários da Funasa no Período de 1995 a 2002

No período de 1995 a 2002 a **Funasa** passou por significativas mudanças, a fim de adequar-se às políticas e diretrizes implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Como visto, as transformações vivenciadas proporcionaram o ajuste da **Funasa** tanto às funções previstas na respectiva Lei Orgânica como, também, à própria forma de atuação, seja quanto ao modelo de gerenciamento hoje aplicado, seja quanto à natureza das relações com estados e municípios, e, portanto, do processo de reflexão, aperfeiçoamento e definição clara de sua missão e dos objetivos estratégicos.

Este processo de construção pode ser verificado a partir da análise do volume de recursos orçamentários executados no período, em cada um dos seus principais programas finalísticos.

Um exemplo disto é o constante decréscimo, como visto, dos montantes orçamentários destinados à manutenção de unidades de saúde, à reforma, ampliação e equipamentos de unidades de saúde e à Organização dos Serviços de Saúde do SUS, programas que existiram apenas até o ano de 1999, e que consumiram, de 1995 até aquele ano, R\$ 269.125.996,00.

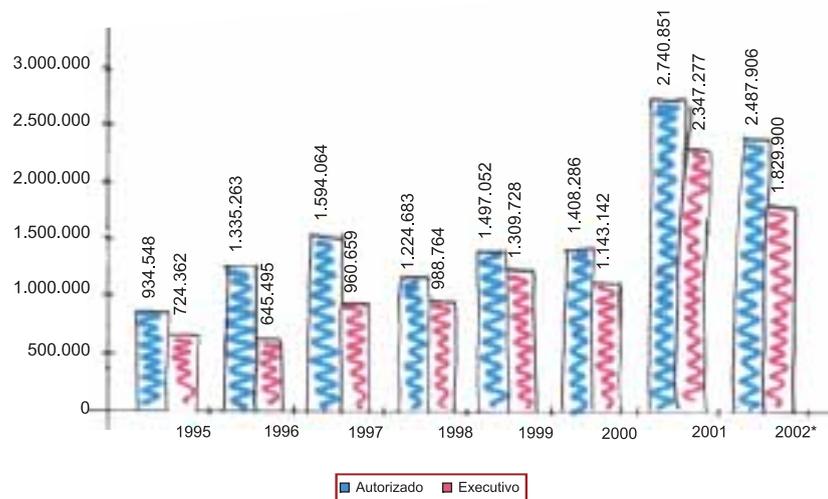
Por outro lado, e em razão da implantação do Projeto Alvorada, já mencionado anteriormente, a **Funasa** passou a contar, a partir de 2001, com um aporte significativo em seu orçamento, comparativamente a exercícios anteriores, da ordem de um bilhão de reais.

Prova do significativo incremento às ações de saneamento está representada no quadro abaixo, que identifica o volume de recursos aplicados nos respectivos programas desde 1995 até 2001.

Também a transferência da Funai para a **Funasa**, em 2000, das atribuições relativas à atenção à saúde dos povos indígenas constituiu um fator que proporcionou significativas alterações tanto na estrutura organizacional quanto em seu orçamento, dada a necessidade da **Funasa** passar a promover, a partir daquele ano, a integralidade das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas.

No quadro abaixo estão identificados os montantes de recursos orçamentários autorizados pelas respectivas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), no período de 1995 a 2002, e o efetivamente executado. Cabendo ressaltar que os recursos autorizados pela LDO não representam os recursos efetivamente disponibilizados.

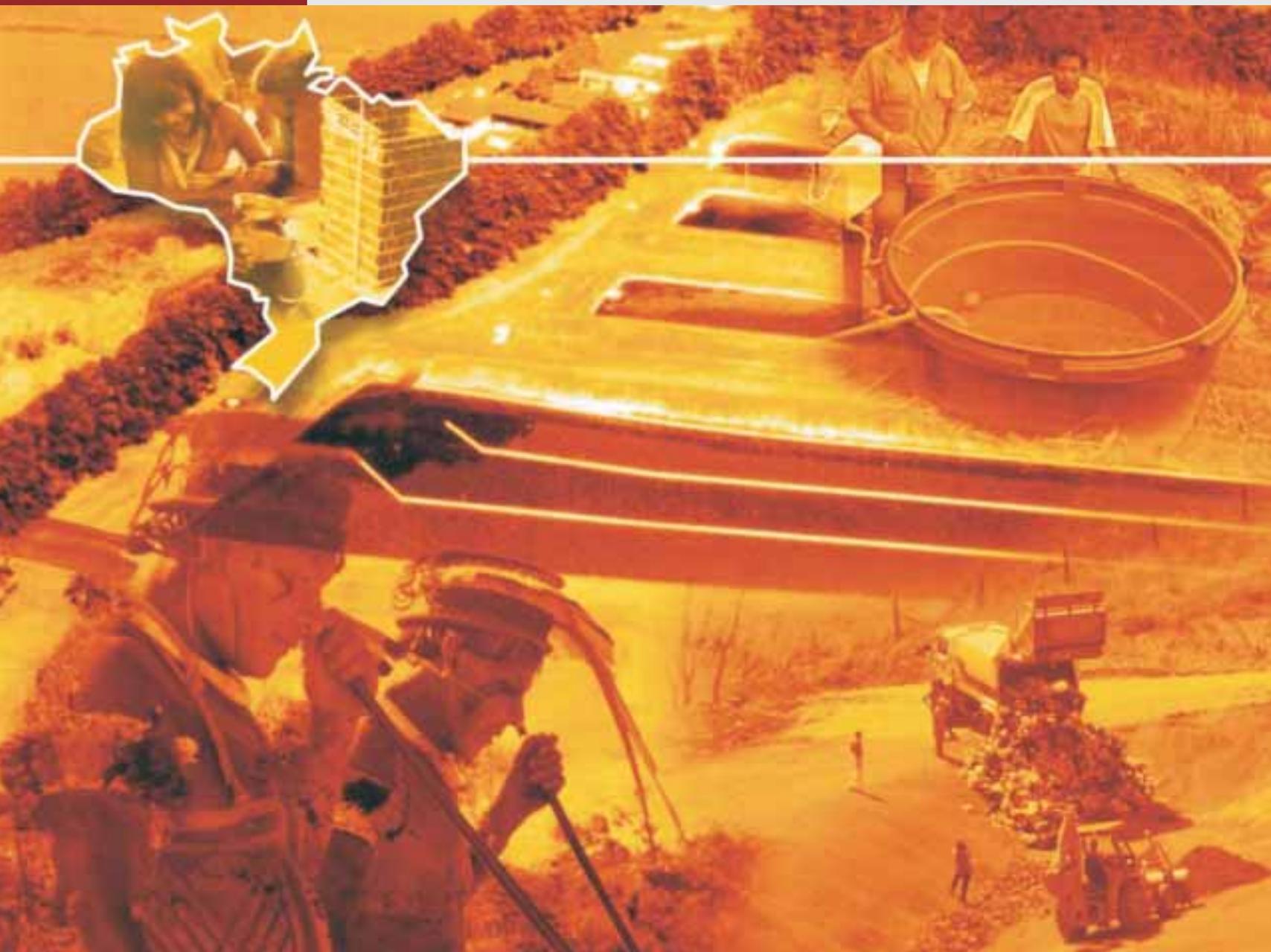
Evolução dos Recursos Orçamentários da Funasa (sem despesas com pessoal) - 1995 a 2002



Fonte: Cofin/Cgofi/Deadm/Funasa

CAPÍTULO

No âmbito da atuação da **Funasa** muito há de ser feito ainda, desde o esforço para o desenvolvimento de estudos e pesquisas, como para a incorporação de tecnologias de gestão, e para formação e capacitação de seus recursos humanos. Um rico processo está em curso, rumo à consolidação do Sistema Único de Saúde, da descentralização das ações.



SÉTIMO

A COMPLEXIDADE DAS AÇÕES DA FUNASA

As Ações de Controle de Doenças constituem a mais antiga face da Saúde Pública. Desde épocas imemoriais as sociedades, sob os mais diversos modos de produção da vida social, vêm tentando exercer controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade e que geram ameaças à saúde e à vida. Constata-se que as primeiras ações do campo da Vigilância não foram instituídas com o modo de produção capitalista, nem sob o domínio da medicina e que, desde a sua origem, visavam o controle sanitário do ambiente, dos alimentos, do exercício da medicina e farmácia e, gradativamente, de numerosos produtos, tecnologias e serviços — objetos de trocas comerciais — intrinsecamente envolvidos no complexo saúde-doença-cuidado.

Os povos antigos manifestavam preocupações com a prática médica e a possibilidade de exorbitância do seu poder; ademais, preocupavam-se não apenas com o estado de saúde, mas principalmente com a doença.

Na antigüidade, existiam funcionários específicos encarregados do abastecimento de água e drenagem das cidades, denominados *astynomi*, cujo significado em português — aquele que governa ou protege a cidade (Rosen, 1994) — indica aproximação da noção de proteção da saúde como função do poder público. Essa função se expressava na imposição de normas e na realização de atividades preventivas, repressivas e punitivas sobre condutas relacionadas com a saúde da coletividade (Costa, 1999).

As intervenções visando a esse controle se estruturaram com base nas concepções que prevalecem no entendimento dos problemas, surgindo os conceitos que fundamentam as ações (Rosen, 1994) e as regras de controle socialmente estabelecidas para modelar comportamentos individuais e coletivos, atinentes aos meios de manutenção da vida. Conceitos e saberes se articulam, revelando-se nas normas que vão sendo forjadas nos diversos períodos históricos, concomitante com o avanço do conhecimento técnico-científico, do desenvolvimento socioeconômico e de variáveis das configurações e organização do exercício do poder político nas sociedades. As normas de controle sanitário têm caráter multifacetário, com aspectos de dominação e de uma racionalidade ordenadora de deveres e direitos para a vida em coletividade. Assim, muitas vezes são impostas normas por alguma sociedade sobre outra, no curso dos interesses comerciais, mas as normas também podem representar conquista social.

190

É necessário salientar que as ações de prevenção e controle de doenças constituem tanto uma ação de saúde quanto um instrumento da organização econômica da sociedade. Com a intensa produção e circulação das mercadorias, os riscos à saúde ocorrem em escala ampliada (Costa, 1999).

Na atualidade, verifica-se uma crescente apropriação dos interesses difusos, cuja pertinência para a reflexão acerca da prevenção e controle de doenças decorre, especialmente, do fato de eles serem concebidos em torno da noção de qualidade de vida. Esses interesses reportam-se a áreas e temas de largo espectro social, além da qualidade de vida, ecologia, gestão da coisa pública, direitos humanos, defesa de etnias, defesa de minorias sociais e muitos outros temas.

Fatos negativos tendem a impulsionar mudanças nas práticas de controle, adotando-se medidas mais restritivas ao exercício de atividades de interesse da saúde, começando pela reformulação das normas sanitárias. Esses eventos também impulsionam o desenvolvimento científico e tecnológico. São exemplos a tragédia da talidomida na década de de 1960 e o acidente radioativo de Goiânia, na década de 1980.

A prevenção e controle de doenças constitui uma área da saúde pública, campo de saberes interdisciplinares e práticas sanitárias, técnicas e políticas. Revela-se espaço singular de articulações complexas entre o domínio político e o médico-sanitário, detendo especificidades que se expressam, entre outros aspectos, na exigência normativa para as práticas sobre os seus objetos de cuidado e para os próprios procedimentos institucionais e, ainda, nas particularidades dos seus processos de trabalho.

As especificidades que diferenciam a **Funasa** de outras instituições de saúde devem-se ao vínculo estreito com as práticas médico-sanitárias, da promoção e proteção à saúde.

As atribuições da **Funasa**, dada a natureza das ações de interesse da coletividade, além do conhecimento técnico-científico atualizado, devem pautar-se pelos princípios e regras do controle social.

Em face da missão da **Funasa**, de promoção à inclusão social por meio de ações de Atenção à Saúde Indígena e Engenharia de Saúde Pública, a efetividade das ações requer esforço de articulação intersetorial e integração intra-setorial e o uso concomitante de vários instrumentos, alguns dos quais ainda não foram incorporados totalmente às práticas sanitárias do país. Além de normas técnicas atualizadas e acompanhamento do seu cumprimento, há exigência de outros meios ou tecnologias de controle que se intercomplementam no saber e no fazer da prevenção e controle de doenças: vigilância epidemiológica de eventos adversos à saúde, monitoramento da qualidade do ar, da água, comunicação e educação em saúde, entre outros, são exemplos de instrumentos a serem

incorporados nas ações programáticas das diversas esferas de governo. Os vários instrumentos são necessários porque não basta normatizar, é preciso planejar, acompanhar, avaliar, informar e ouvir, estruturando-se canais de interlocução com os cidadãos, usuários, profissionais de saúde, instituições e entidades científicas e de defesa dos interesses coletivos e públicos, para que a **Funasa** tenha de fato uma atuação efetiva e ética, voltada para a concretização dos direitos de cidadania. A extensão do conjunto de atores sociais e a visibilidade nas práticas de Saúde Pública, mediante articulação intersetorial e ações informativas e de educação, poderão ampliar o arco de alianças para o enfrentamento dos conflitos típicos da área e para promover o crescimento da consciência sanitária social.

A tarefa de mudança da cultura institucional é o mais premente desafio, pois a atuação tradicional da **Funasa** no país não tem sido favorável à apropriação social de sua importância. Sua atuação concentrou-se na prestação de serviços. Mas, além dessa esfera de atuação, que obviamente teve alguma eficiência para cumprir suas finalidades, precisa planejar suas ações com base na análise da situação de saúde, com a identificação de problemas e necessidades de sua área de atuação. Nesse sentido, é preciso atentar que a análise da situação de saúde, tendo em vista o componente da vigilância epidemiológica, deve incorporar indicadores mais amplos que os tradicionais indicadores que são voltados para a descrição do perfil epidemiológico da população. Há muitas lacunas teórico-conceituais, metodológicas e gerenciais na área de saúde pública. O enfrentamento dessas questões necessita de criatividade e inovação devido ao paradigma dominante no campo da saúde, que é essencialmente centrado na doença.

Embora se suponha que os indicadores tradicionais da área assistencial não são suficientes para dar conta das necessidades em vigilância em saúde, não há porque minimizar sua importância. Há informações altamente relevantes para a análise da situação de saúde, tendo em referência diversos aspectos dos objetos de cuidado, ações e atividades, dispondo-se de informações nos Sistemas de Informação em Saúde.

A Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como um direito fundamental do ser humano. Adotando um conceito amplo, vinculou sua realização às políticas sociais e econômicas e ao acesso às ações e serviços destinados não somente à sua recuperação, mas também à sua promoção e proteção, provocando reordenamentos institucionais.

Do exercício crítico e criativo de reflexão acerca do objeto e finalidades da **Funasa**, problemas e necessidades na sua área de atuação, natureza dos seus elementos de cuidado, esfera de atuação, instrumentos para a ação e atores sociais, resultarão não apenas o cumprimento da responsabilidade legal dos agentes, mas, também, a elevação do padrão de suas práticas, na perspectiva da efetividade das ações para a promoção da saúde.

192

O exercício poderá começar com uma reflexão acerca da missão da **Funasa**: *“Promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas, com excelência na gestão e em consonância com o SUS”*.

No caso específico da **Funasa**, conquanto suas ações sejam de responsabilidade pública, isso implica, por um lado, no dever de os cidadãos e profissionais de saúde envolverem-se ativamente na defesa intransigente do direito à informação e à qualidade de produtos e serviços e, por outro lado, na obrigação da vigilância em dar visibilidade às ações, fundamentando-se em critérios técnico-científicos e em desenvolver novas práticas que incluam informações e ações educativas, a fim de instrumentalizar a participação dos atores sociais interessados na saúde.

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para a atuação da **Funasa**, em especial na área de atenção à saúde dos povos indígenas. Todos reconhecem que o desempenho de uma organização depende de seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom som por executivos de todos os setores, sendo muito conhecidas de todos os que trabalham no ramo da saúde, as declarações com esse teor dos dirigentes institucionais, em especial no início de suas gestões. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são postas em prática, seja por timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. É exatamente por isso que se disse antes que essa é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais.

O que se quer dizer é que a melhoria da gestão deve passar pela questão da capacitação da gerência. Considerando o reconhecimento do papel central dos profissionais da organização, o que implica, no plano institucional, a consolidação da prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio servidor, substituindo o controle no desempenho de atividades programadas pela responsabilização para com os objetivos institucionais.

São esses alguns requerimentos básicos da concepção gerencial para a organização no que diz respeito à área de recursos humanos.

Na área da saúde, é cada vez mais intenso o debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes ao setor. No Brasil, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciado em 1988, tem posto o tema em evidência, uma vez que os princípios e a legislação que norteiam o sistema enfatizam a importância das informações e indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais.

A produção de informações em saúde deve estar orientada de forma a permitir uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Parte-se do entendimento de que o estado de saúde de uma coletividade é a expressão de uma vasta gama de características e fatores próprios de seu meio econômico, social e ambiental. Isso significa que a informação em saúde deve abranger não apenas os dados produzidos pelo próprio setor, mas, também, aqueles produzidos por outras esferas de atuação.

O processo de transformação que a atualidade requer defronta-se com imensos desafios expressados em temáticas diversas. Essas questões exigem da **Funasa** intervenções de natureza mais complexa que as atividades até então desenvolvidas. Essa exigência recompõe conceitos e noções ainda pouco elaboradas, desde o próprio conceito de saúde, promoção, proteção e defesa da saúde, a serem conjugados com os princípios e diretrizes afirmadas para a constituição da saúde como um valor, um direito humano fundamental, ou seja, os princípios de universalização, equidade, integralidade, ética e responsabilidade pública, sob as diretrizes de descentralização, participação e controle social no Sistema Único de Saúde.

No âmbito da atuação da **Funasa** muito há de ser feito ainda, desde o esforço para o desenvolvimento de estudos e pesquisas, como para a incorporação de tecnologias de gestão, e para formação e capacitação de seus recursos humanos. Um rico processo está em curso, rumo à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Fato altamente relevante é o estabelecimento de critérios epidemiológicos sanitários, para a transferência de recursos para obras de saneamento, a estados e municípios, contribuindo para o entendimento de que ações de saneamento são básicas para a vigilância da saúde, representando, na verdade, grande instrumento da promoção e proteção à saúde.

Existem alguns nós críticos para fazer avançar a instituição, que se relacionam com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que necessita ser melhor trabalhada no âmbito dos estados e municípios. A problemática da formação e capacitação dos recursos humanos, acrescida da necessidade de serem considerados os aspectos inerentes às especificidades culturais, que exige a questão da informação.

O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) propiciará um trabalho consistente de cadastro dos objetos de cuidado, registro, acompanhamento e avaliação das ações, propiciando a identificação dos problemas e, por conseguinte, soluções para a consolidação do Subsistema Atenção à Saúde Indígena, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO



OITAVO

LEGISLAÇÃO

1808

Alvará de 23.11.1808

Alvará sobre regimentos e jurisdição do Físico-Mor e Cirurgião-Mor e seus delegados.

1846

Decreto nº 464, de 17.8.1846

Manda executar o regulamento do Instituto Vacínico do Império.

1850

Decreto nº 533, de 25.4.1850

Autoriza o governo a despender recursos para medidas tendentes a obstar a propagação da epidemia reinante, e nos socorros dos enfermos, necessitados, e a empregar, para este fim, as sobras da receita, e falta destes emitir apólices, ou fazer outra qualquer operação de crédito.

Decreto nº 598, de 14.9.1850

Concede ao Ministério do Império um crédito extraordinário de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendem a melhorar o estado sanitário da capital, e de outras províncias do império.

196

1851

Decreto nº 752, de 8.1.1851

Abre ao Ministério do Império um crédito extraordinário de 40.000.000 de contos de reis, para despesas com providências sanitárias tendentes a atalhar o progresso da febre amarela, a prevenir o seu reaparecimento, e a socorrer os enfermos necessitados.

Decreto nº 798, de 18.6.1851

Manda executar o regulamento do registro dos nascimentos e óbitos.

Decreto nº 826, de 26.9.1851

Abre ao Ministério do Império um crédito extraordinário para as despesas com a epidemia de bexigas, na província do Pará e em outras.

Decreto nº 828, de 29.9.1851

Manda executar o regimento da junta de Hygiene Pública.

Decreto nº 835, de 3.10.1851

Abre ao Ministério do Império um crédito extraordinário para as despesas com a junta de Hygiene Pública, no corrente exercício.

1878

Decreto nº 7.027, de 6.9.1878

Providências sobre a desinfecção das casas e estabelecimentos públicos ou particulares.

1904

Decreto Legislativo nº 1.151, de 5.1.1904

Reorganiza os serviços de higiene administrativa da União; promulga o Código Sanitário; organiza os serviços de saúde dos portos; institui uma seção de engenharia sanitária e institui no Distrito Federal o Juízo dos feitos da saúde pública. Fica conhecido como "Reforma Oswaldo Cruz."

Decreto nº 1.261, de 31.1.1904

Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola.

1907

Decreto nº 1.802, de 12.12.1907

Cria o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz), onde foram estabelecidas normas e estratégias para o controle dos mosquitos vetores da febre amarela.

1918

Decreto nº 13.000, de 1.5.1918

Cria o Serviço da Quinina Oficial, profilático da malária, inicial dos medicamentos do estado, necessários ao saneamento do Brasil.

Decreto nº 13.001, de 1.5.1918

Dispõe sobre a organização das comissões de médicos e auxiliares para o Serviço de Profilaxia Rural.

Decreto nº 13.055, de 6.6.1918

Adita providências aos Decretos nºs 13.000 e 13.001, de 1 de maio de 1918.

Decreto nº 13.139, de 16.8.1918

Modifica e amplia os Decretos nºs 13.001 e 13.055, de 1º de maio de 1918 e de 6 de junho de 1918, relativos ao Serviço de Profilaxia Rural no Distrito Federal e nos estados.

1920

Decreto nº 3.987, de 2.1.1920

Reorganiza os serviços de Saúde Pública; cria o Departamento Nacional de Saúde Pública; cria o Conselho Superior de Higiene e Saúde Pública do Brasil.

1917

198

Decreto nº 14.189, de 26.5.1920

Regulamenta o Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública.

Decreto nº 14.354, de 15. 9.1920

Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920.

1921

Decreto nº 15.003, de 15.9.1921

Faz modificações no regulamento aprovado pelo Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Fica conhecido como “Reforma Carlos Chagas.”

1930

Decreto nº 19.402, de 14.11.1930

Cria o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

1939

Decreto Lei nº 1.042, de 11.1.1939

Cria o Serviço de Malária do Nordeste (SMN) para intensificar o combate ao *anopheles gambiae*, introduzido em Natal/RN, em 1930. Foi estabelecido, com essa finalidade, novo convênio com a Fundação Rockefeller. O SMN vigorou até 1941, quando foi erradicado o mosquito.

1941

Decreto Lei nº 3.171, de 2.4.1941

Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, define sua competência, composição e cria: a Divisão de Organização Sanitária; Divisão de

Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Lepre; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Sete Delegacias Federais de Saúde, e dá outras providências.

1942

Decreto Lei nº 4.275, de 17.4.1942

Autoriza o então Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública a organizar o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em cooperação com o *Institute of Interamerican Affairs*, do governo americano.

1953

Lei nº 1.920, de 25.7.1953

Cria o Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Lei nº 1.944, de 14.8.1953

Torna obrigatória a iodação do sal de cozinha destinado a consumo alimentar nas regiões bocígenas do país.

Decreto nº 34.596, de 16.11.1953

Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de número 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.

1954

Lei nº 2.312, de 3.9.1954

Estabelece Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde. “art.1º - É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.”

199

200

1956

Lei nº 2.743, de 6.3.1956

Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que incorpora os programas existentes, antes subordinados ao Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma), órgãos do novo Ministério da Saúde. Ao DENERu cabe organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, bócio endêmico, bouba, tracoma e outras endemias existentes no país.

Decreto nº 39.814, de 17.8.1956

Delimita a área bocígena no Brasil; dispõe sobre o uso do sal iodetado, e dá outras providências.

1960

Lei nº 3.750, de 11.4.1960

Transforma o Sesp em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), vinculada ao Ministério da Saúde.

1961

Decreto nº 49.974-A, de 21.1.1961

Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde.

1965

Lei nº 4.709, de 28.6.1965

Altera a Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956, e cria a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), independente do DENERu.

1966

Decreto nº 59.153, de 31.8.1966

Cria a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), também subordinada diretamente ao Ministério da Saúde, e dá outras providências.

1969

Decreto Lei nº 904, de 1.10.1969

O Sesp passa a denominar-se Fundação de Serviços de Saúde Pública (Fsesp), que tem por finalidade promover, coordenar e, supletivamente executar atividades de prevenção e controle de doenças, no território nacional.

1970

Decreto nº 66.623, de 22.5.1970

Reorganiza administrativamente o Ministério da Saúde, criando a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), subordinada à Secretaria de Saúde Pública e incorporando o DENERu, a CEM e a CEV.

1972

Decreto nº 69.944, de 17.1.1972

Aprova o estatuto da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fundação Sesp), e dá outras providências.

1973

Portaria GM/MS nº 248, de 21.8.1973

Cria a Comissão Nacional de Profilaxia da Raiva, prevista na cláusula terceira, item II, do convênio firmado em 27 de julho de 1973, entre o Ministério da Agricultura, a Central de Medicamentos (Ceme) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS)/OMS, para execução do “Programa Nacional de Profilaxia da Raiva.”

201

202

Portaria GM/MS nº 311, de 9.11.1973

Institui o Programa Nacional de Imunizações (PNI); cria a Comissão Nacional de Profilaxia da Raiva para Execução do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva, no âmbito da Fsesp.

1974

Decreto nº 74.891, de 13.11.1974

Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde, na qual a Sucam passa a subordinar-se diretamente ao Ministério da Saúde, e dá outras providências.

1975

Decreto nº 76.165, de 27.8.1975

Aprova o Estatuto da Fsesp, que vigorou até 1991.

Lei nº 6.259, de 30.10.1975

Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica; sobre o Programa Nacional de Imunizações; estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

1976

Decreto nº 78.231, de 12.8.1976

Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica; sobre o Programa Nacional de Imunizações; estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

Decreto nº 78.248, de 16.8.1976

Extingue a exigência de atestado de vacinação contra a varíola.

Decreto nº 78.307, de 24.8.1976

Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, para o período de 1976-1979, e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 314, de 27.8.1976

Estabelece as doenças de notificação compulsória.

Decreto nº 79.056, de 30.12.1976

Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde; cria a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Snabs) e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (Snpes), e dá outras providências.

1977

Portaria GM/MS nº 85, de 4.4.1977

Aprova o modelo da Caderneta de Vacinação.

Portaria GM/MS nº 280, de 21.7.1977

Institui o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, com a finalidade de apoiar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Portaria GM/MS nº 452, de 1977

Define as vacinas obrigatórias para os menores de um ano, em todo o território nacional.

1979

Portaria Interministerial MS/MPAS nº 1, de 9.5.1979

Cria a Comissão Interministerial para o PNI.

Decreto nº 84.219, de 14.11.1979

Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), para o período 1980-1985, e dá outras providências.

204

1980

Portaria GM/MS nº 55, de 29.1.1980

Extingue a obrigatoriedade da vacinação contra varíola.

Portaria GM/MS nº 106, de 3.3.1980

Constitui o Grupo Instrumental de Coordenação incumbido de elaborar o Plano de Ação de Controle da Poliomielite, promover e coordenar o seu desenvolvimento no ambiente nacional.

1981

Portaria GM/MS nº 163, de 15.7.1981

Constitui grupo de trabalho, sob a denominação de Unidade de Sistema de Controle da Qualidade de Imunobiológicos (GT/CQI).

Portaria GM/MS nº 217, de 17.9.1981

Reconhece como Laboratórios Nacionais de Saúde Pública, em apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, aqueles que terão competência para tanto, atuando sob a supervisão da Divisão Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, bem como define suas competências, as unidades credenciadas para as atividades e respectivas áreas de abrangência.

1986

Resolução Ciplan nº 4, de 6.2.1986

Aprova o “Plano de Ação para a Erradicação da Transmissão da Poliomielite no Brasil.”

1987

Decreto nº 94.657, de 20.7.1987

Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (Suds), e dá outras providências.

1988

Decreto nº 96.186, de 21.6.1988

Dispõe sobre o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados (Suds), na área de competência do Ministério da Saúde e dá outras providências.

Constituição da República Federativa do Brasil, de 5.10.1988

Artigos 196 a 200, Seção II - da Saúde.

1990

Medida Provisória nº 151, de 15.3.1990

Dispõe sobre a extinção e dissolução de Entidades da Administração Pública Federal; transfere as atribuições, o acervo e os recursos orçamentários da Sucam para a Fsesp, que passa a denominar-se Fundação Nacional de Saúde (FNS); e dá outras providências.

Lei nº 8.029, de 12.4.1990

Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; autoriza o Poder Executivo a instituir a FNS, mediante incorporação da Fsesp e Sucam, e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 873, de 27.6.1990

Transfere da Sneys para a Sucam, o Programa de Controle da Hanseníase e outras dermatoses.

Lei nº 8.080, de 19.9.1990

Institui o SUS; 2. Define objetivos, competências e atribuições; 3. Define princípios e diretrizes; 4. Organização, direção e gestão; 5. Cria o subsistema de Atenção à Saúde Indígena; 6. Regula a prestação de serviços privados de assistência à saúde; 7. Define políticas de Recursos Humanos; 8. O financiamento do SUS; 9. Gestão financeira; 10. Planejamento e Orçamento; 11. Revoga as Leis nº 2.312/1954 e 6.229/1975.

206

Portaria GM/MS nº 1.331, de 5.11.1990

Transfere para a FNS, da Snabs, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Plano de Ação para Erradicação da Poliomielite, o Programa Nacional de Zoonoses, Sistema de Vigilância Epidemiológica, o Sistema de Informações sobre Mortalidade e o Sistema de Laboratórios de Saúde Pública; e, da Sneys, a Pneumologia Sanitária e a Dermatologia Sanitária.

Lei nº 8.101, de 06.12.1990

Altera o artigo nº 11 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, e incorpora à Fundação Nacional de Saúde as atividades de informática do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - Dataprev.

Lei nº 8.142, de 28.12.1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e da outras providências.

1991

Portaria GM/MS nº 46, de 17.1.1991

Transfere para a Fundação Nacional de Saúde, todas as atividades do Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni), da extinta Snabs.

Decreto nº 23, de 4.2.1991

Encarrega a Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp), da Coordenação dos Projetos Destinados à Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde do Índio.

Portaria Interministerial MS/MJ nº 316, de 11.4.1991

Aprova o Projeto de Saúde-ianomâmi, compreendendo o conjunto de medidas para promoção, proteção e recuperação da saúde dos índios ianomâmi e Maiongong, integradas ao objetivo de reequilíbrio da vida econômica, política e social desses grupos.

Decreto nº 100, de 16.4.1991

Institui a Fundação Nacional de Saúde (FNS), e dá outras providências.

Decreto nº 109, de 2.5.1991

Aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 389, de 6.5.1991

Cria o Comitê Técnico Assessor de Imunizações.

1993

Portaria GM/MS nº 699, de 24.6.1993

Organiza o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Snlsp); estabelece níveis de gestão, e dá outras providências.

Portaria Funasa nº 1.883, de 16.12.1993

Define a descentralização das ações e serviços de saúde da Fundação Nacional de Saúde (FNS), como prioridade político-institucional.

1994

Decreto nº 1.141, de 19.5.1994

Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas.

Portaria GM/MS nº 1.835, de 1.11.1994

Aprova o Regimento Interno dos Órgãos que compõe a Estrutura Regimental da Fundação Nacional de Saúde.

1995

Portaria GM/MS nº 163, de 15.2.1995

Aprova os códigos das unidades organizacionais integrantes da Estrutura Regimental da Fundação Nacional de Saúde (publicada no Boletim de Serviço do MS nº 7, de 17.2.1995, p. 3).

208

1997

Medida Provisória nº 1.549-32, de 11.7.1997

Art. 52 - Autoriza o Poder Executivo a transformar o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) da Fundação Nacional de Saúde, em Subsecretaria de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), vinculando-a à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

Lei nº 9.484, de 27.8.1997

Dispõe sobre a transferência da Escola de Enfermagem de Manaus, Unidade Organizacional da Fundação Nacional de Saúde, para a Fundação Universidade do Amazonas, e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 661, de 22.12.1997

Publica as Normas de Produção e Controle de Qualidade de Vacinas Bacterianas, de Soros e Vacina Anti-Rábica.

1998

Decreto nº 2.477, de 28.1.1998

Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Decreto nº 2.540, de 8.4.1998

Dispõe sobre o remanejamento dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas, e dá outras providências.

Decreto s/nº, de 1.9.1998

Transfere dotações consignadas ao Orçamento da Seguridade Social da União, destinadas ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), da Fundação Nacional de Saúde, para o Fundo Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 29.444.037,00.

Portaria GM/MS nº 3.635, de 18.9.1998

Transfere, da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, a coordenação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde relacionadas à pneumologia sanitária, subordinando técnica e administrativamente o Centro de Referência Professor Hélio Fraga, situado no Rio de Janeiro. Extingue a Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde (Cias), do Cenepi.

Portaria GM/MS nº 3.637, de 18.9.1998

Transfere da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a coordenação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde relacionadas à dermatologia sanitária.

Portaria GM/MS nº 3.911, de 30.10.1998

Revoga as Portarias GM/MS nºs 3.635 e 3.637, de 18 de setembro de 1998.

Portaria GM/MS nº 3.843, de 5.11.1998

Determina a transferência das seguintes unidades operacionais da Fundação Nacional de Saúde: I- Unidade de Assistência à Saúde, Unidades Mistas, Centros e Postos de Saúde: até o dia 31.12.1998; II - Oficina de Saneamento, até o dia 31.12.1998; III - Determina a transferência das atividades de epidemiologia, ainda existentes, das coordenações regionais da Fundação Nacional de Saúde para as secretarias estaduais de saúde.

Portaria Funasa nº 538, de 17.12.1998

Institui o Núcleo Estadual de São Paulo, em consequência, extingue a Coordenação Regional de São Paulo.

1999

Portaria GM/MS nº 130, de 12.2.1999

Institui e formaliza a distribuição de competências dos órgãos do MS, quanto ao Sistema Nacional de Informações em Saúde; designa a

210

FNS/cenepi como gestora dos sistemas Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Agravos de Notificação (Sinan), e Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API).

Portaria Funasa nº 125, de 18.2.1999

Estabelece que as atividades de vigilância epidemiológica, especialmente dengue, febre amarela, malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, peste, bócio, oncocercose e outras, executadas pelo Departamento de Operações (Deope) passam a integrar as atividades do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi); subordina, também às atividades do Cenepi o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), a Central e Armazenagem e distribuição de Imunobiológicos (Cenadi) e o Instituto Evandro Chagas (IEC).

Portaria Funasa nº 298, de 9.4.1999

Reestrutura a Unidade de Gerência de Projetos (UGP), na fase execução do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus).

Portaria Funasa nº 299, de 13.4.1999

Extingue a Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Distrito Federal, e dá outras providências.

Instrução Normativa Funasa nº 1, de 27.5.1999

Estabelece a Base Deliberativa e a Base Operacional do Comitê Central de Planejamento (Coplan), da Fundação Nacional de Saúde.

Instrução Normativa Funasa nº 2, de 27.5.1999

Aprova o Plano de Ação da Fundação Nacional de Saúde para o biênio 1999/2000.

Medida Provisória nº 1.911-8, de 29.7.1999

Art. 28-B - Transfere da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde, pessoal, patrimônio e orçamento vinculados às ações de atenção à saúde indígena.

Portaria Funasa nº 680, de 10.8.1999

Transfere as competências regimentais da Coordenação de doenças Transmitidas por Vetores, do Departamento de Operações (Deope), para o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi).

Portaria Conjunta Funasa/Funai nº 01, de 25.8.1999

Subordina administrativamente à **Funasa** os servidores ocupantes de cargos redistribuídos da Funai para a **Funasa**, que exercem atividades relacionadas com a saúde dos povos indígenas.

Decreto nº 3.156, de 27.8.1999

Dispõe sobre as condições para prestação de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do SUS, e dá outras providências

Portaria GM/MS nº 1.163, de 14.9.1999

Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Lei nº 9.836, de 23.9.1999

Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Portaria Funasa nº 852, de 30.9.1999

Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas; estabelece competências para os Dsei; institui estrutura e organização dos Dsei.

Portaria GM/MS nº 1.399, de 15.12.99

Regulamenta a NOB/SUS nº 1/1996, no que se refere às competências das três esferas de governo na área de epidemiologia e controle de doenças; define a sistemática de financiamento, e dá outras providências.

2000

Portaria Funasa nº 176, de 28.3.2000

Estabelece critérios e procedimentos para a aplicação de recursos financeiros.

212

Decreto nº 3.450, de 9.5.2000

Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde, e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 511, de 24.5.2000

Aprova os códigos e denominações das unidades organizacionais integrantes do estatuto da **Funasa**; delega competência ao presidente da **Funasa** para aprovação do respectivo regimento interno.

Decreto nº 3.496, de 1.6.2000

Aprova a Estrutura Regimental e Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do MS, e dá outras providências.

Instrução Normativa Funasa nº 3, de 17.7.2000

Estabelece procedimentos relacionados à cessão de servidores a estados, Distrito Federal e municípios, que executam ações na área de epidemiologia e controle de doenças.

Instrução Normativa Funasa nº 4, de 17.7.2000

Estabelece procedimentos relacionados à cessão de bens móveis e imóveis utilizados nas atividades de epidemiologia e controle de doenças a estados, Distrito Federal e municípios.

Portaria Funasa nº 410, de 10.8.2000

Aprova regimento interno da **Funasa**.

Portaria Funasa nº 473, de 31.8.2000

Institui o Núcleo de Resposta Rápida em Emergências Epidemiológicas, da **Funasa**.

Emenda Constitucional nº 29, de 13.9.2000

Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Portaria Funasa nº 584, de 7.11.2000

Institui os Comitês Regionais de Planejamento (Coreplan), e dá outras providências.

Portaria Funasa nº 608, de 23.11.2000

Altera a redação de dispositivos da Portaria Funasa nº 410, de 10 de agosto de 2000.

Portaria GM/MS nº 1.469, de 29.12.2000

Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências.

2001

Portaria GM/MS nº 95, de 26.1.2001

Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS01/2001) que amplia a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização e assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Portaria Interministerial MS/MDA nº 279, de 8.3.2001

Estabelece ação integrada do Ministério Saúde (MS) e Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), no Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM).

Portaria GM/MS nº 393, de 29.3.2001

Agenda Nacional de Saúde; estabelece eixos prioritários de intervenção para o ano 2001, sendo instrumento de orientação estratégica da Política de Saúde no Brasil; define responsabilidades.

Portaria Funasa nº 304, de 25.5.2001

Promove alterações na composição e competências do Coplan e dá outras providências.

Portaria Funasa nº 447, de 31.7.2001

Amplia, para o exercício de 2001, a aplicação dos critérios de elegibilidade para projetos destinados ao atendimento de municípios enquadrados nos critérios do Projeto Alvorada.

Instrução Normativa Funasa nº 1, de 25.9.2001

Regulamenta a Portaria GM/MS 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância ambiental em saúde.

Portaria GM/MS nº 1.943, de 18.10.2001

Define a relação de doenças de notificação compulsória em todo o território nacional.

Portaria GM/MS nº 1.986, de 25.10.2001

Adota vacinação obrigatória, contra febre amarela de trabalhadores das áreas portuárias, aeroportuárias, de terminais e passagens de fronteira.

Portaria Funasa nº 627, de 5.12.2001

Estabelece critério para a suspensão de transferência de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) e o cancelamento da certificação para gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças, na falta de alimentação de dados do Sinasc, por mais de 60 dias.

Instrução Normativa Funasa nº 2, de 6.12.2001

Estabelece procedimentos para a elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD).

Portaria Funasa nº 633, de 6.12.2001

Dispensa a exigência da apresentação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social (Pesms) de que trata a Portaria Funasa nº 176/2000, quando da celebração de convênios que tenham por objetivo a realização de ações de saneamento básico em áreas indígenas.

Portaria GM/MS nº 2.253, de 11.12.2001

Dispõe sobre a criação da Comissão Permanente de Saúde Ambiental, do Conselho Nacional de Saúde.

2002

Portaria Funasa nº 1, de 2.1.2002

Aprova os Critérios e Procedimentos para a Aplicação de Recursos Financeiros destinados a: Saneamento, Saúde Indígena, Vigilância Ambiental, Educação em Saúde e Pesquisa.

Portaria GM/MS nº 15, de 3.1.2002

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab); designa a **Funasa** como o Gestor da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental.

Portaria GM/MS nº 44, de 3.1.2002

Inclui ações de Epidemiologia e Controle de Doenças na Gestão da Atenção Básica de Saúde.

Portaria Funasa nº 10, de 15.1.2002

Aprova o Manual de Procedimentos de Segurança em Controle de Vetores; Anexo do capítulo VIII do Manual de Gestão de Insumos Estratégicos.

Portaria GM/MS nº 254, de 31.1.2002

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Portaria GM/MS nº 263, de 5.2.2002

Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido pelas três esferas de gestão; define na forma de anexo, as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais de cada esfera de direção do SUS.

216

Portaria GM/MS nº 373, de 27.2.2002

Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) nº 01/2002 - que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica.

Portaria Funasa nº 57, de 12.3.2002

Aprova a Estrutura Organizacional do Projeto Vigisus (estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde); adequa a Estrutura Organizacional da Unidade de Gerencia de Projeto (UGP), do Projeto (Vigisus).

Lei nº 10.424, de 15.4.2002

Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento correspondente e dá outras providências. Regulamenta a assistência domiciliar no âmbito do SUS.

Portaria GM/MS nº 1.147, de 20.6.2002

Altera os artigos 19 e 20 da Portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere aos critérios para a suspensão do repasse de recursos correspondentes aos convênios celebrados, aplicação das sanções e demais procedimentos correspondentes.

Instrução Normativa Funasa nº 1, de 5.9.2002

Institui o Subsistema Nacional de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis (Sidant).

Portaria Funasa nº 409, de 12.9.2002

Organiza, por doença de interesse para a saúde pública, as sub-redes de diagnóstico e vigilância laboratorial.

Instrução Normativa Funasa nº 2, de 24.9.2002

Regulamenta o funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie).

Portaria Funasa nº 443, de 3.10.2002

Define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira, pela Fundação Nacional de Saúde, nos casos que especifica, implanta o Sistema de Convênios (Siscon), e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 1.919, de 22.10.2002

Institui a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

Portaria GM/MS nº 2.124, de 25.11.2002

Estabelece proposta de Plano de Contingência de Abrangência Nacional, a ser executado de forma compartilhada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, para a organização da assistência aos pacientes com dengue, conforme as diretrizes apresentadas no anexo da Portaria.

Portaria Funasa nº 559, de 4.12.2002

Define o parâmetro que caracteriza situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor da Dengue.

Portaria Funasa nº 662, de 27.12.2002

Dispõe sobre o Atestado de Aptidão Sanitária para novos projetos de assentamentos do Incra e para licenciamento ambiental de empreendimentos, na região endêmica de Malária.

Portaria Funasa nº 663, de 27.12.2002

Institui o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária.

Portaria GM/MS nº 2.405, de 27.12.2002

Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas (PPACI), objetivando promover a segurança alimentar e nutricional, de forma sustentável, e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica à saúde prestada às populações indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças.

2003

Decreto nº 4.615 de 18.3.2003

Alterou o artigo 4º do Estatuto da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), aprovado pelo Decreto nº 3.450 de 09/05/2000, e deu outras providências;

Portaria nº 225 de 14.5.2003

Aprovou os critérios e procedimentos básicos para aplicação de recursos financeiros;

Decreto nº 4.726 de 9.6.2003

Aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde;

Decreto nº 4.727, de 9.6.2003

Aprovou o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), e deu outras providências;

Portaria GM/MS nº 1.721/03, de 2.9.2003

Definiu que a 12ª Conferência Nacional de Saúde seja denominada Conferência Sergio Arouca – 12ª CNS;

Portaria GM/MS nº 1.776, de 8.9.2003

Aprovou o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde – **Funasa**.

XII Conferência Nacional de Saúde (7 a 11.12.2003).

2004

Portaria GM/MS nº 70 de 20.1.2004

Aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena;

Portaria nº 106, de 4.3.2004

Aprovou critérios básicos para aplicação de recursos financeiros.

R

REFERÊNCIAS



BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Atuação do setor de saúde em saneamento.** Brasília: Funasa, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **PNI - Programa Nacional de Imunizações - 25 anos.** Brasília: FNS, 1998.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Critérios e procedimentos para aplicação de recursos financeiros.** Brasília: Funasa, 2000.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Descentralização da gestão dos serviços de saneamento.** Brasília: FNS, 1994.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Estudos epidemiológicos.** Brasília: Funasa, 2000.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Funasa compromisso com a saúde pública.** Folder Institucional.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília: Funasa, 1998.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Planejamento estratégico.** Brasília: Funasa, 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.** Brasília: Funasa, 2000.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Principais ações 1998 2001:** Engenharia de Saúde Pública. Brasília: Funasa, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD.** Brasília: Funasa, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Projeto Saúde Yanomami.** Brasília: FNS, 1991.

222

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório das atividades de saneamento**. Brasília: Funasa, 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório das atividades de saneamento 1995-2000**. Brasília: FNS, 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão 1999**. Brasília: Funasa, 2000.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão 2000**. Brasília: Funasa, 2001.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão 2001**. Brasília: Funasa, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saneamento** [on-line]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: ago. 2001.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde indígena - Principais ações 1998 à 2001** [on-line]. Disponível em: HYPERLINK <http://www.funasa.gov.br> <http://www.funasa.gov.br> Acesso em: jun. 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde indígena** [on-line]. Disponível em: HYPERLINK <http://Funasa.gov.br> <http://www.funasa.gov.br> Acesso em: jun. 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil**. Brasília: FNS, 1994.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil**. Brasília: Funasa, 2002.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Subsídio aos relatórios da Casa Civil**. Brasília: Funasa, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**. Brasília: MS, 2001. Textos Básicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mensagem Presidencial 1994-2000**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena:** etnodesenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília: MS, 2000.

CAMPOS, F.E., WERNECK, G. A F., TONON, L. M. **Vigilância sanitária:** cadernos de saúde volume 4. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

CAPANEMA, C., BOOMENY, H., et al. **Intelectuais e políticas.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

CARLOS Chagas e a Doença de Chagas. **Suplemento Pedagógico**, ano VIII, dez. 1979.

CONFERÊNCIA Nacional de Saúde para os Povos Indígenas **2.- Relatório Final.** 1993 out. 25-27; Luziânia, Brasil. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993.

DUARTE E.C., SCHNEIDER, M.C., PAES-SOUSA, R., RAMALHO, W.M., SARDINHA, L.M.V., SILVA JUNIOR, J.B., CASTILLO-SALGADO, C. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil:** um estudo exploratório. Brasília: Opas, Funasa, 2002.

FERRAZ, S. **Cidades saudáveis.** Brasília: Paralelo, 1999.

FÓRUM Nacional de Saúde Indígena I. 1993 abr. 22-26; Brasília, Brasil. Brasília: Funasa, 1993.

JORGE, M.H.P., GOTLIEB, S. L. D., LAURENTI R. **A Saúde no Brasil:** análise do período 1996 a 1999. Brasília: Parma, 2001.

MINISTÉRIO da Saúde Informa, v.1, n.5, p.1-10, ago. 2001.

MORAES H. F. **Sucam: sua origem, sua história.** 2a ed. Brasília: Sucam, 1990. vols. 1 e 2.

MORAES H. F. **Sucam: sua origem, sua história.** Brasília: Sucam, 1986. vols. 1 e 2.

PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PICANÇO, U., REZENDE, S. O Planejamento estratégico como instrumento de reorganização institucional: a experiência da Fundação Nacional de Saúde. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, v.12, n.3, p.5-9, jul/set 2001.

GALERIA DOS

GALERIA DE PRESIDENTES

TESTES GALERIA DE PRESIDENTES

PRESIDENTES

PRESIDENTES



226



Isabel Cristina Aparecida Stéfano

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 24 de abril de 1991 a 23 de dezembro de 1991.

Baldur Oscar Shubert

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 23 de dezembro de 1991 a 10 de março de 1992.





João Carlos Pinto Dias

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 10 de março de 1992 a 9 de novembro de 1992.

Haroldo Rodrigues Ferreira

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 9 de novembro de 1992 a 15 de outubro de 1993.





Cândido José Santiago Moraes

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 15 de outubro de 1993 a 17 de janeiro de 1994.

Álvaro Antônio de Melo Machado

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 17 de janeiro de 1994 a 18 de janeiro de 1995.





Edmundo Juarez

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 18 de janeiro de 1995 a 20 de fevereiro de 1997.

Elisa Viana Sá

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 20 de fevereiro de 1997 a 12 de dezembro de 1997.



230



Januário Montone

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 1997 a 26 de abril de 1999.

Mauro Ricardo Machado Costa

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 26 de abril de 1999 a 14 de janeiro de 2003.





Valdi Camarcio Bezerra

Presidente da Fundação Nacional de Saúde de 14 de janeiro de 2003 aos dias atuais.

231

C RÉDITOS

Elaboração

Gisela Mascarenhas

Gláucia Elisabeth de Oliveira

Paulo Lyra Barros Filho

Roberto Mauro de Oliveira Barbosa

Sheila Rezende

Colaboração

Risonize S. Uchoa

Ubirajara Picanço de Miranda Júnior

Valter Freitas

Mônica Damásio da Silva

Revisão

Regina Coeli Pimenta de Mello

Waldir Perreira

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Gláucia Elisabeth de Oliveira

Fotos

Banco de Imagens da FUNASA

Edmar Chapermen

Nelson Muchagata