

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva

PROGRAMA

VACINAÇÃO
DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Brasília-DF
Dezembro 2000

© 2000 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 200 exemplares.

Ministro de Estado da Saúde

José Serra

Chefe de Gabinete

Otávio Azevedo Mercadante

Secretário Executivo

Barjas Negri

Chefe de Gabinete

Silvandira Paiva Fernandes

Supervisor Administrativo do Fundo Nacional de Saúde

Sady Carnot Falcão Filho

Subsecretário de Assuntos Administrativos

Ailton de Lima Ribeiro

Subsecretário de Planejamento e Orçamento

Arinaldo Bonfim Rosendo

Coordenador-Geral de Orçamento e Finanças

Marcos de Oliveira Ferreira

Coordenador-Geral de Planejamento

Anoildo Felisdório dos Santos

Ministério da Saúde

Secretaria Executiva

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 3.º andar

Telefone: (61) 315 2133

CEP 70058-900 - Brasília-DF

Equipe Técnica da Coordenação-Geral de Planejamento

Carlos Alberto de Matos

Fernando Ferreira Daltro

Joelma Medeiros Henriques

José Rivaldo Melo de França

Márcia Batista de Souza Muniz

Marcus César Ribeiro Barreto – Responsável pela Elaboração

Vinícius Fernando Veiga

Gráficos

Suely Oliveira Campos

Colaboração

CGPNI/CÉNEPI/FUNASA/MS

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva
Programa Vacinação Doenças Imunopreveníveis / Ministério da
Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

60p.

ISBN 85-334-0331-3

1. Doenças Imunopreveníveis – Programa de vacinação – Brasil. I.
Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Planejamento. II.
Título.

CDU 614.47(81)

NLM WA 110

DB8

SUMÁRIO

1	Conceito	5
2	Funcionamento	7
2.1	Produção e Aquisição de Vacinas	7
2.2	Qualidade, Armazenamento e Distribuição	8
2.3	Vacinação	8
2.4	Captação de Dados	9
2.5	Vigilância e Controle dos Eventos Adversos Pós-Vacinação	9
2.6	Assessoria Técnica	9
2.7	Repasse Financeiro	10
3	Habilitação/Requisitos	12
3.1	Fundo a Fundo	12
3.2	Convênios	13
4	Responsabilidades	14
4.1	Da União	14
4.2	Dos Estados	15
4.3	Dos Municípios	15

5 Breve Avaliação	16
5.1 Metas Físicas - Indicadores	16
5.2 Metas Financeiras	33
6 Planejamento	34
6.1 Plano Plurianual – PPA 2000/2003	34
6.2 Programação Pactuada Integrada	38
7 Legislação	39
8 Glossário	53

1 Conceito

O Programa de Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis tem como objetivo prevenir e manter sob controle as doenças passíveis de imunização. Nesse contexto inserem-se o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Programa de Auto-suficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI).

O PNI foi formulado em 1973, sendo que a ênfase no fortalecimento institucional e a permanente atividade de vacinação veio por meio da legislação específica, sobre imunizações e vigilância epidemiológica, conforme Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975 e o Decreto 78.231, de 30 de dezembro de 1976.

O PASNI foi criado em 1985, para que fosse ampliada a produção nacional de imunobiológicos, tanto na capacidade de produção, como também diversificando as vacinas produzidas no país, além do estabelecimento de um Sistema Nacional de Controle de Qualidade dos Imunobiológicos, utilizados pelo Programa Nacional de Imunizações. Desde então foram realizados investimentos em infra-estrutura, capacitação profissional, desenvolvimento tecnológico e transferência de tecnologia.

O domínio de conhecimentos epidemiológicos específicos é necessário para a elaboração de estratégias de erradicação de surtos, controle de endemias e para a fabricação de vacinas, ocorrendo de forma gradual e sendo resultante de um somatório de fatores de âmbito nacional e internacional, que convergiram para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes no país, destacando-se os seguintes:

Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), concluída em 1973, e a certificação do desaparecimento da doença emitida pelos peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), deu ao Brasil uma experiência considerável no campo da imunização e da Vigilância Epidemiológica;

Plano Nacional de Controle da Poliomielite, culminando com o Certificado de erradicação da transmissão autóctone do polivírus selvagem no Brasil, outorgado pela OMS/OPAS em 1994, realizou experiências de aplicação

simultânea de vacinas e mobilizou, desde 1971, uma estrutura abrangendo tanto órgãos federais como estaduais, inclusive com a campanha de vacinação contra o sarampo no ano de 1973 realizada em vários estados brasileiros. Esta mobilização legou ao programa uma forma mais ampla e dinâmica, com a distribuição de competências nos diversos níveis de governo;

Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, foi de importância estratégica, na época, para a organização de um sistema de produção e suprimento de medicamentos, inclusive os imunobiológicos;

Plano Decenal de Saúde das Américas, aprovado na III Reunião dos Ministros de Saúde em setembro de 1972, enfatizou a necessidade da coordenação de esforços, para controlar as doenças evitáveis por imunização em todo o continente, criando-se um compromisso para a busca da integralidade e a uniformidade das ações em todo o território nacional.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)/MS, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGNPI), é a referência nacional para as questões relacionadas às imunizações e o seu desenvolvimento é orientado por normas técnicas, referentes à conservação, armazenamento, transporte, distribuição e à administração dos imunobiológicos, assim como aos aspectos de planejamento, programação e avaliação. O programa abrange todo o território nacional, por meio de uma estrutura concatenada nos níveis federal, estadual e municipal.

A CGNPI/FUNASA/MS coordena as atividades de imunização desenvolvidos rotineiramente na rede de serviços e, para tanto, traçou alguns objetivos prioritários, são eles:

contribuir para a manutenção do estado de erradicação da poliomielite.

contribuir para a erradicação do sarampo, controle da difteria, do tétano neonatal e acidental, da coqueluche, das formas graves da tuberculose, da rubéola – em particular a congênita –, da caxumba, da hepatite B, da febre amarela e das meningites causadas por *Haemophilus influenzae b*.

contribuir para o controle de outros agravos, coordenando, planejando, analisando e avaliando o suprimento e a administração de imunobiológicos indicados para situações ou grupos populacionais específicos, tais como:

- vacina contra a meningite meningocócica tipo A, B e/ou C;
- vacina contra pneumococos;
- vacina inativa contra *Haemophilus influenzae* tipo b;

- vacina contra a raiva humana – célula diploide;
- vacina contra varicela;
- vacina tríplice acelular;
- imunoglobulina anti-hepatite B;
- soro e imunoglobulina antitetânica;
- vacina e imunoglobulina antivaricela Zoster;
- soro e imunoglobulina anti-Rábica;
- soros antipeçonhentos para acidentes provocados por serpentes, aranhas e escorpiões;
- soro antilonômia;
- vacina contra hepatite A;
- vacina contra *influenzae*;

2 Funcionamento

2.1 Produção e Aquisição de Vacinas

As vacinas nacionais e importadas são adquiridas FUNASA/MS, sendo em média 20 produtos fornecidos integralmente pelo mercado interno, representando 70% do total. O Brasil importa 100% das necessidades das vacinas contra pólio oral, *Haemophilus b*, meningite B/C, rubéola e tríplice viral, e parte dos quantitativos das vacinas contra o sarampo, tríplice bacteriana, meningite A/C e hepatite B. Dentre os laboratórios nacionais e que integram o Projeto de Auto-suficiência Nacional em Imunobiológicos destacamos os seguintes:

Instituto Butantan – SES/SP, produzindo a vacina dupla adulto dT, vacina dupla infantil DT, vacina tríplice bacteriana dtp, BCG-ID, vacina recombinante contra hepatite B, e dos soros antipeçonhentos, antitetânico, antidiftérico e anti-rábico;

Biomanguinhos – FIOCRUZ/MS, produzindo vacinas contra sarampo, febre amarela, cólera, febre tifóide e meningite A/C;

Fundação Ataulpho de Paiva, produzindo a vacina BCG;

Fundação Ezequiel Dias – SES/MG, produzindo soros antipeçonhentos;

Instituto de Tecnologia do Paraná, produzindo vacinas contra raiva de uso humano e veterinário, e a tríplice bacteriana;

Instituto Vital Brasil – SES/RJ, produzindo vacinas anti-rábica, soros antipeçonhentos e soro antitetânico;

Instituto de Biologia do Exército – IBEX, produzindo plasma;

Indústria Química do Estado de Goiás – IQUEGO, produzindo plasma.

2.2 Qualidade, Armazenamento e Distribuição

O controle de qualidade das vacinas é garantido pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da FIOCRUZ, que é o órgão de referência técnica, sendo analisados todos os lotes de imunobiológicos, tanto nacionais como importadas.

O armazenamento é feito no Centro Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI)/FUNASA/MS, com uma capacidade de armazenagem de 2.388 m³ em duas câmaras positivas para vacinas bacterianas e uma negativa para as vacinas virais. Toda a área é informatizada e possui controle de temperatura, segurança e iluminação.

A distribuição dos imunobiológicos é realizada pelo CENADI, para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), onde ficam armazenados em câmaras frias, projetadas por técnicos da FUNASA, com assessoria da OPAS em rede frio. Os imunobiológicos são redistribuídos para as Regionais ou para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), conforme cronograma de distribuição, observando as características e estratégias de cada estado.

2.3 Vacinação

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) têm o papel de coordenar dentro do seu estado, estruturando e operacionalizando as ações de vacinação.

A execução das ações de vacinação cabe aos municípios, a depender das suas condições de gestão e das características de cada região.

Além das vacinações de rotina, são realizadas anualmente duas Campanhas Nacionais de Vacinação, cujo carro chefe é a vacinação contra a poliomielite. Como essas campanhas são realizadas de forma maciça, abrangendo todo o território nacional, conseqüentemente alcançando elevados índices de cobertura, são também aplicadas simultaneamente outros tipos de vacinas, a depender do perfil epidemiológico de cada região. Desde 1999 o PNI está realizando uma terceira campanha, objetivando a imunização de idosos contra a gripe, tétano e difteria (O calendário básico de vacinação 2000/2001 encontra-se detalhado no quadro 12).

Convém destacar também a parceria com o Ministério da Defesa, na execução da tarefa de vacinação em áreas de difícil acesso, principalmente na região norte e fronteiras.

2.4 Captação de Dados

Os dados referentes aos quantitativos das vacinações são captados através do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI/PNI), sendo primeiramente consolidados em nível local, nos distritos sanitários, ou regionais de saúde, seguindo para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), aonde são consolidados por estado e enviados via sistema para a Fundação Nacional de Saúde, aonde sofrem uma consolidação nacional e posterior avaliação.

2.5 Vigilância e Controle dos Eventos Adversos Pós-Vacinação

Com o Sistema de Vigilância de Eventos associados à vacinação é possível detectar a incidência de reações indesejáveis provocadas pelas vacinas, de acordo com as características do produto utilizado e peculiaridades da pessoa que o recebe, permitindo subsidiar a padronização de condutas, tanto em relação a esses eventos, quanto em termos de normas e procedimentos de vacinação.

Os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) têm papel importante para o Sistema de Vigilância e Controle dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, no sentido de garantir o acesso a vacinas, soros e imunoglobulinas, a uma clientela especial da população, que por motivos biológicos são impedidos de usufruir dos benefícios dos produtos oferecidos na rotina.

2.6 Assessoria Técnica

O Comitê Técnico Assessor, de caráter consultivo, denominado Autoridade Nacional em Imunobiológicos, tem por finalidade assessorar o Ministério da Saúde na identificação de prioridades, na formulação de diretrizes nacionais na área de pesquisa, produção, aquisição, distribuição e uso de imunobiológicos, sempre fundamentado em avaliações sistemáticas e atualizações técnico-científicas. É composto por representantes do Ministério da Saúde e membros de sociedades médicas com interesse científico em áreas ligadas à imunizações.

2.7 Repasse Financeiro

❖ Convênios

Rede de Frio

Com o objetivo de assegurar a qualidade dos sistemas de conservação de imunobiológicos para manter a eficácia das vacinas e soros ofertados à população, a FUNASA/MS financia, por meio de convênios, para estados e municípios, a melhoria das suas capacidades instaladas. Segundo a Portaria n.º 176, de 28 de março de 2000, são financiáveis a construção, reforma e/ou ampliação de câmaras frigoríficas, aquisição de refrigeradores, *freezers* e outros equipamentos necessários. Os projetos deverão prever energia disponível para a manutenção dos equipamentos em funcionamento em tempo integral, bem como a sua sustentabilidade, contemplando aspectos referentes a capacitação de pessoal, manutenção, administrativos, tecnológicos e financeiros.

- As câmaras frias positivas regionais ou municipais quando o atendimento for para uma população superior a 2 milhões de habitantes.
- As câmaras frias negativas regionais ou municipais quando o atendimento for para uma população superior a 5 milhões de habitantes.

São prioridades, por ordem:

1. Centrais estaduais de armazenagem e distribuição de imunobiológicos.
2. Centrais regionais de armazenagem e distribuição de imunobiológicos.
3. Município com rede de frio inadequada.
4. Município com maior população.
5. Município com maior dificuldade de acesso.

❖ Transferências Fundo à Fundo

Campanhas de Vacinação

Devido a importância estratégica das campanhas de vacinação, a FUNASA/MS repassa recursos específicos para a operacionalização

das mesmas nos Estados da Federação, descentralizados na modalidade fundo a fundo.

Controle de Endemias

Prosseguindo com o processo de descentralização, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, regulamenta a NOB–SUS 01/96, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, inclusive as ações de vacinação. Com essa nova sistemática os estados e municípios poderão gerir os seus recursos no que concerne a combate e controle das doenças transmissíveis, de acordo com os aspectos epidemiológicos e peculiaridades de cada região. Esses recursos serão administrados nos estados e municípios pelos seus respectivos gestores de forma autônoma, o que priorizará a sua aplicação nas suas reais necessidades, respeitadas as metas estabelecidas na Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/EDC).

Agora, sem a burocracia dos convênios, os recursos serão transferidos diretamente para os fundos estaduais e municipais de saúde, de acordo com o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle Doenças (TFECD) para os estados e municípios certificados, estabelecendo um fluxo mais rápido e constante, evitando a descontinuidade na execução das ações.

A transferência dos recursos é realizada fundo a fundo, independente de convênios ou instrumentos congêneres, segundo as condições estabelecidas na NOB–SUS 01/96, Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, Portaria n.º 950, de 23 de dezembro de 1999 e na PPI.¹

❖ Remuneração por Serviços Prestados

Os procedimentos de vacinação são também consolidados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e pagos pelo Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios por tipo e quantidade de doses aplicadas, a título de Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA).

3 Habilitação/Requisitos

3.1 Fundo a Fundo

Os requisitos para a certificação dos estados, do Distrito Federal e municípios, para o recebimento de recursos financeiros transferidos fundo a fundo de forma

¹ Para maiores detalhes, consultar a cartilha *Controle de Endemias*

regular e automática, destinados às ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis, inclusive as ações de vacinação, estão arrolados na **Cartilha Controle de Endemias**, e transcritos para esta, como se segue:

❖ **Habilitação dos estados e Distrito Federal**

São condições para a certificação dos estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:

formalização do pleito pelo gestor estadual do Sistema Único de Saúde (SUS);

apresentação da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD) para o estado, aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;

comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

A solicitação de certificação dos estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

❖ **Habilitação dos municípios**

Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica (PAB) ou Plena de Sistema Municipal (PSM), solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

formalização do pleito pelo gestor municipal;

comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;

programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade;

comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

3.2 Convênios

A celebração de convênio envolve duas etapas: na primeira, a habilitação propriamente dita, momento em que o conveniente é qualificado; na segunda, o conveniente já qualificado encaminha a solicitação de projeto específico.

1ª Etapa - Habilitação

Os documentos² deverão ser entregues nos Serviços/Divisão de Convênios/MS, presente nas Unidades da Federação, exceto os das entidades sediadas em Brasília, que deverão ser entregues na Coordenação de Convênios da FUNASA/Presidência.

Caberá às unidades de convênios do MS em cada unidade da federação a formalização do cadastramento e o exame da documentação legal de habilitação.

2ª Etapa - Solicitação

Nessa etapa, a documentação³ deverá ser apresentada em cada unidade da federação, nas unidades de convênios localizadas nos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, ou no Fundo Nacional de Saúde, a quem caberá a formalização dos processos e a manifestação quanto aos indicativos de oportunidade, conveniência ou prioridade.

² Documentação necessária, consultar Quadro 1

³ Documentação necessária, consultar Quadro 2

4 Responsabilidades

4.1 Da União

Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde/MS, a coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país e as estratégias para sua aplicação.

As ações inerentes ao Programa Nacional de Imunizações, de forma complementar à atuação dos estados, e suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual.

A participação direta ou indireta das atividades de vacinação quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

A assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios.

A aquisição, controle de qualidade e distribuição dos imunobiológicos.

A Gestão do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), incluindo a consolidação dos dados provenientes dos estados.

A elaboração da normatização técnica e critérios de utilização de imunobiológicos.

Elaboração de Indicadores das ações de imunização para análise e monitoramento.

Coordenação da investigação dos eventos adversos associados a vacinação.

Definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD), bem como o assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na elaboração da PPI/ECD, de cada estado.

Fiscalização, supervisão e controle da execução das ações previstas na PPI/ECD.

Participação do financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

4.2 Dos Estados

A Coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

A execução das ações inerentes ao PNI de forma complementar à atuação dos municípios, e suplementar, quando constatada a insuficiência da ação municipal.

A assistência técnica aos municípios.

Provimento de equipamentos de proteção individual, seringas, agulhas e equipamentos específicos nos termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A gestão dos estoques estaduais de vacinas, inclusive com abastecimento aos municípios.

A consolidação dos dados provenientes das unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), bem como a análise e envio dos dados ao nível federal dentro dos prazos estabelecidos.

A normatização técnica complementar a do nível federal para o seu território.

Definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD) em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA/MS.

Fiscalização, supervisão e controle das ações previstas na PPI/ECD.

Participação do financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

4.3 Dos Municípios

A execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações

de bloqueio e a notificação, bem como a investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação.

As ações de capacitação de recursos humanos.

A gestão dos estoques municipais de vacinas, inclusive com abastecimento dos executores das ações de vacinação.

A Gestão do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) dentro da sua área de abrangência, e o envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos.

Participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde (SES), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na definição da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD) em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA/MS.

Participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

5 Breve Avaliação

5.1 Metas Físicas – Indicadores

❖ **Evolução da cobertura de vacinação em menores de 1 ano – Rotina**

As coberturas vacinais nos últimos 10 anos, sofreram oscilações com tendências ao incremento ao longo desse período. Até 1996 só a BCG manteve uma cobertura acima do mínimo esperado, apresentando índices absolutos a partir de 1995. A partir de 1997 e 1998 se destacaram as vacinas contra o sarampo e a tríplice – DPT respectivamente. A vacinação contra poliomielite, que apesar de alcançar coberturas elevadas, ainda sofre um reforço de duas campanhas de vacinação em massa por ano.

Convém destacar também, a vacinação contra hepatite B, que em 1998 foram aplicadas 4,6 milhões de doses em crianças menores de 1 ano, porém, com uma cobertura vacinal ainda baixa, por necessitar de 3 doses para imunizar. Já em 1999, com a seqüência da vacinação, foram aplicadas 10,5 milhões de doses, sendo 2,7 milhões de 3^{as.} doses, conseguindo-se assim, um percentual de cobertura bastante elevado.

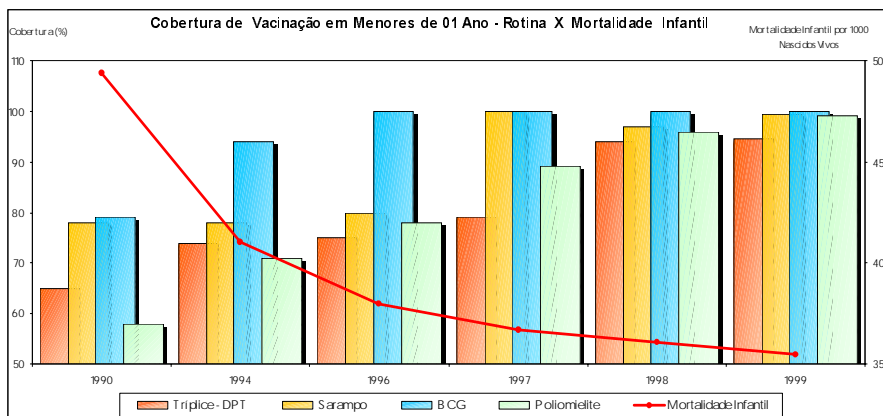
É importante salientar que o aumento da cobertura vacinal verificado nos últimos anos, juntamente com a implantação do Piso de Atenção Básica, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Combate às Carências Nutricionais, além de outros programas de saúde, impactou de forma decisiva, na redução da mortalidade infantil no Brasil.

Cobertura (%)

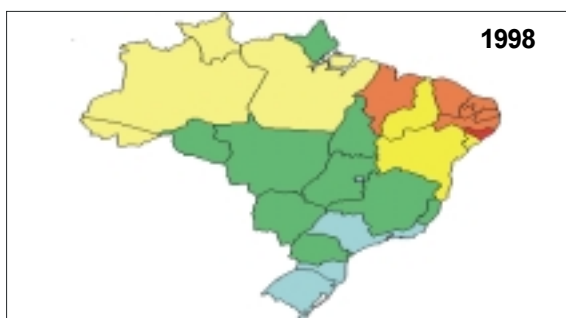
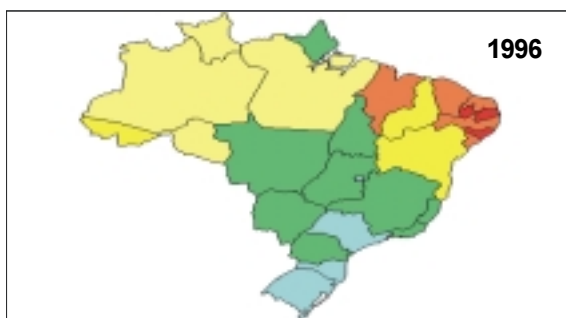
Vacina \ Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Triplice - DPT	65	78	71	75	74	84	75	79	94	94,5
Sarampo	78	85	91	85	78	90	80	100	96	99,3
BCG	79	87	90	98	94	100	100	100	100	100,0
Poliomielite	58	67	65	66	71	82	78	89	95	99,1
Hepatite B	-	-	-	-	-	31	33	11	15	83,5







Mortalidade por 1000 nascidos vivos

Indicador \ Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Mortalidade Infantil	49,4	47,0	44,8	42,8	41,0	39,4	38,0	36,7	36,1	35,5



► **Mortalidade Infantil por Estado (vide detalhamento, quadro 3)**



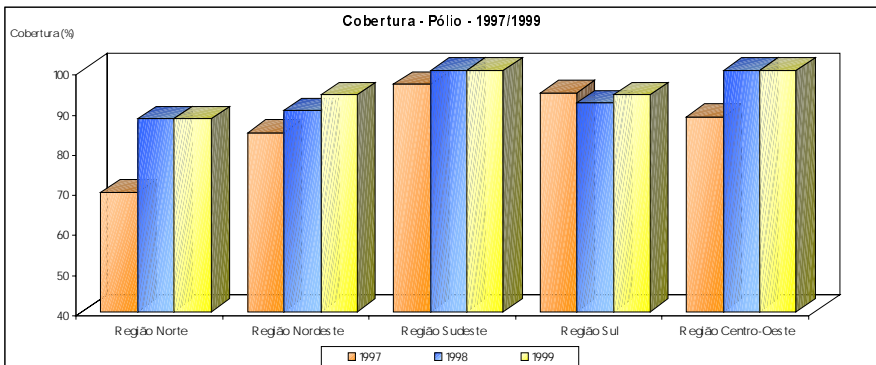
-  Menor que 26 por 1000 nascidos vivos
-  Maior ou igual a 26 e menor que 35 por 1000 nascidos vivos
-  Maior ou igual a 35 e menor que 45 por 1000 nascidos vivos
-  Maior ou igual a 45 e menor que 55 por 1000 nascidos vivos
-  Maior ou igual a 55 e menor que 65 por 1000 nascidos vivos
-  Maior ou igual a 65 por 1000 nascidos vivos

❖ **Evolução da cobertura de vacinação em menores de 1 ano – Rotina/ Grandes Regiões (Vide detalhamento, quadros 4, 5 e 6)**

Poliomielite

Cobertura (%)

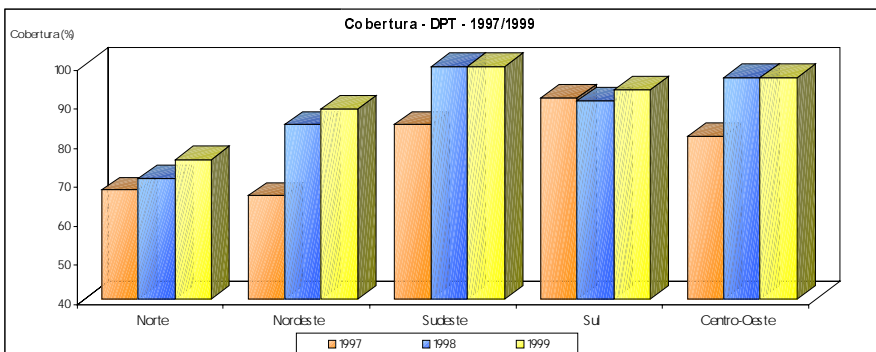
Ano Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1997	70	85	97	95	88
1998	88	90	100	92	100
1999	88	94	100	94	100



Tríplice – DPT

Cobertura (%)

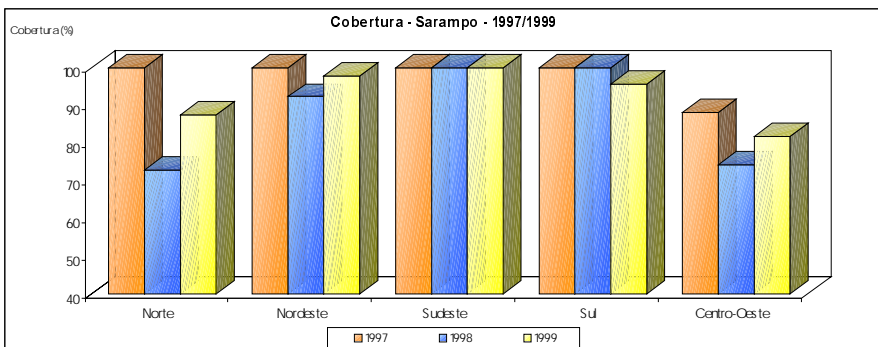
Ano Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1997	68	67	85	92	82
1998	71	85	100	91	97
1999	76	89	100	94	97



Sarampo

Cobertura (%)

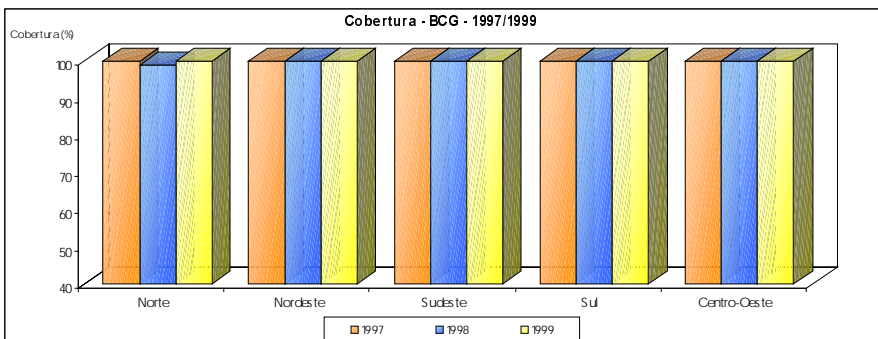
Ano Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1997	100	100	100	100	88
1998	73	92	100	100	74
1999	87	98	100	96	82



BCG

Cobertura (%)

Ano Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1997	100	100	100	100	100
1998	99	100	100	100	100
1999	100	100	100	100	100



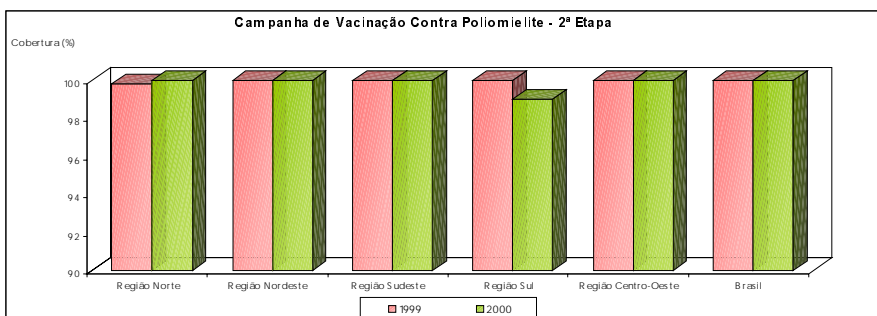
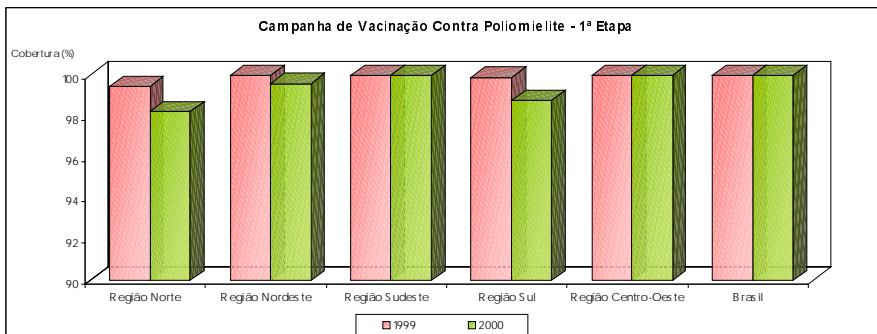
❖ **Campanha Nacional contra Poliomielite – Grandes Regiões (vide detalhamento, quadro 7)**

Com o compromisso de manter erradicada a Poliomielite, o **Ministério da Saúde**, por meio da **Fundação Nacional de Saúde**, além de manter altas coberturas nas vacinações de rotina, realiza duas campanhas a cada ano. Os números mostrados na planilha abaixo demonstram coberturas de 100% em ambas as campanhas. Apesar da poliomielite estar erradicada no Brasil desde 1989, a doença ainda é comum em 30 países, sendo, portanto, importante a manutenção das altas e homogêneas coberturas vacinais para evitar a reintrodução do vírus.

População Alvo: 0 - 4 Anos

População Alvo e Vacinados em Milhões

Região	CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA PÓLIO									
	2000					1999				
	POPULAÇÃO		1ª Etapa		2ª Etapa		POPULAÇÃO		2ª Etapa	
	ALVO	VACINADOS	%	VACINADOS	%	ALVO	VACINADOS	%	VACINADOS	%
Brasil	16,57	16,65	100,0	17,18	100,0	16,34	16,88	100,0	16,82	100,0
Norte	1,62	1,59	98,2	1,64	100,0	1,58	1,57	99,5	1,58	99,8
Nordeste	5,15	5,10	99,1	5,15	100,0	5,10	5,22	100,0	5,23	100,0
Sudeste	6,28	6,45	100,0	6,80	100,0	6,19	6,57	100,0	6,50	100,0
Sul	2,33	2,30	98,8	2,31	99,0	2,30	2,30	99,9	2,35	100,0
Centro-Oeste	1,19	1,20	100,0	1,28	100,0	1,17	1,21	100,0	1,17	100,0



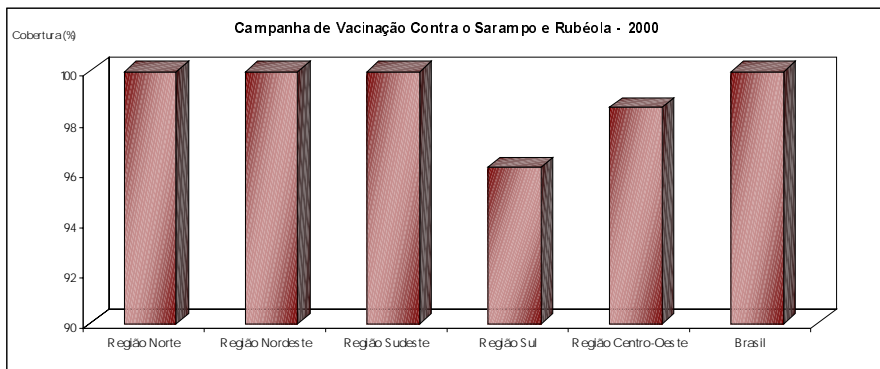
❖ **Campanha Nacional contra o Sarampo – Grandes Regiões** (vide detalhamento, quadro 8)

Com o compromisso de erradicar o sarampo até o ano 2000, o **Ministério da Saúde**, por meio da **Fundação Nacional de Saúde**, desenvolveu o **Plano Nacional de Erradicação do Sarampo**, intensificando o combate a essa doença. Nesse ano foi realizada, concomitantemente com as Campanhas Contra a Poliomielite, a Campanha de Vacinação Contra o Sarampo e a Rubéola, conseguindo-se deste modo elevadas taxas de cobertura.

População Alvo: 01 a 11 Anos

População Alvo e Vacinados em Milhões

Região	CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO - 2000		
	POPULAÇÃO ALVO	VACINADOS	%
Brasil	16,08	16,45	94,5
Norte	3,54	3,67	100,0
Nordeste	5,11	5,27	100,0
Sudeste	5,02	5,17	100,0
Sul	1,87	1,80	96,2
Centro-Oeste	0,55	0,54	98,6



❖ Endemias

Meningite Tuberculosa

A tuberculose é uma doença crônica transmitida pelo *Mycobacterium tuberculosis*, constituindo-se em grave problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento. Embora outros animais, em especial o gado bovino, possam ser reservatórios da doença, é o homem, como a forma pulmonar bacilífera, que tem maior importância epidemiológica.

Transmissão: A transmissão se dá principalmente por via aérea, pela qual os bacilos penetram com o ar inspirado e vão atingir as porções periféricas do pulmão. Os casos de tuberculose pulmonar com escarro positivo à baciloscopia constituem a principal fonte de infecção, pois eliminam grande número de bacilos, podendo provocar uma infecção maciça dos contatos, com maior probabilidade de desenvolvimento de formas graves da doença, como a meningite. Outras vias são excepcionais e qualquer solução de continuidade da pele e mucosas pode servir de porta de entrada para o bacilo.

Suscetibilidade e Imunidade: A suscetibilidade é geral, sendo maior nos menores de cinco anos. A vacina BCG confere proteção em torno de 80%, evitando a disseminação hematogênica do bacilo e o desenvolvimento de formas meníngeas.

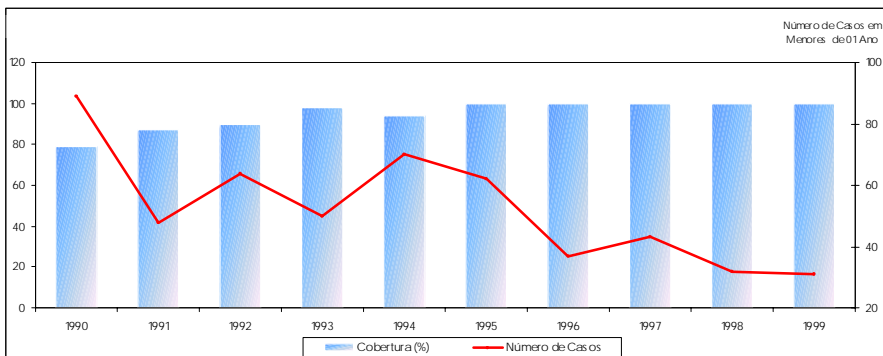
Incidência: A meningite tuberculosa não sofre variações sazonais. Sua distribuição como a da tuberculose não é igual em todos os continentes. A doença guarda íntima relação com os índices socioeconômicos, principalmente naqueles países onde a população está sujeita à desnutrição e às condições precárias de habitação. A morbidade e a mortalidade da tuberculose, de uma forma geral, são maiores no sexo masculino. Com relação à faixa etária, o risco de adoecimento é elevado nos primeiros anos de vida, muito baixo na idade escolar, voltando a se elevar na adolescência e início da idade adulta. Podemos observar, nos últimos anos, uma cobertura absoluta da vacina BCG em menores de 1 ano, e que apesar do baixo índice de incidência nessa faixa da população, continua a haver uma tendência de queda do número de casos confirmados.

Número de Casos em Menores de 1 Ano x Cobertura Vacinal em Menores de 1 Ano

Casos: Meningite Tuberculosa

Cobertura: Rotina BCG

Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Casos	89	48	64	50	70	62	37	43	32	31
Cobertura (%)	79	87	90	98	94	100	100	100	100	100



Sarampo

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral grave, transmissível e extremamente contagiosa, muito comum na infância. O vírus do sarampo pertence ao gênero *Morbillivirus* da família *Paramyxoviridae*. A viremia, causada pela infecção, provoca uma vasculite generalizada responsável pelo aparecimento de diversas manifestações clínicas. Dentre essas, são de importância as perdas consideráveis de eletrólitos e proteínas, gerando o quadro espoliante característico da infecção. Além disso, as complicações infecciosas contribuem com a gravidade do sarampo, particularmente em crianças desnutridas e menores de 1 ano.

Transmissão: O reservatório é o homem e a transmissão ocorre diretamente de pessoa a pessoa, por meio das secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Essa forma de transmissão é responsável pela elevada contagiosidade da doença. Tem sido descrito também o contágio por dispersão de gotículas virais no ar, em ambientes fechados como, por exemplo, escolas, creches e clínicas.

Suscetibilidade e Imunidade: A suscetibilidade ao vírus do sarampo é geral. Os lactentes cujas mães já tiveram sarampo ou foram vacinadas possuem, temporariamente, anticorpos transmitidos por via placentária, conferindo imunidade, geralmente, ao longo do primeiro ano de vida, o que interfere na resposta à vacinação. No, Brasil cerca de 85% das crianças perdem esses anticorpos maternos por volta dos 9 meses de idade.

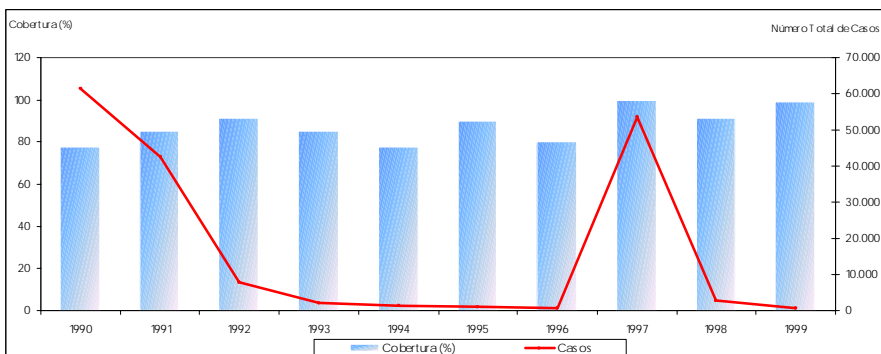
Incidência: No Brasil, em 1991, foram notificados 42.532 casos, representando um coeficiente de incidência de 28,95 por 100 mil habitantes. Em 1992, com a implantação do Plano de Controle/ Eliminação do Sarampo, duas estratégias foram priorizadas: a realização da Campanha Nacional de Vacinação Contra o Sarampo e a implementação das ações de Vigilância Epidemiológica. Com isso ocorreu significativa redução do número de notificações para 7.934 casos em 1992, com um coeficiente de incidência de 5,3 por 100.000 habitantes, redução essa que continuou nos anos sucessivos até 1996, ano em que foram registrados apenas 791 casos. Em 1997 ocorreu um surto, sendo confirmados 53.664 casos. Foram então realizadas vacinações em massa e, já no ano seguinte, a incidência caiu para 2.781 casos, sendo que em 1999 esta já se reduzia para 853 casos. De janeiro até outubro de 2000 o Brasil registrou apenas 51 casos de sarampo confirmados; no mesmo período do ano anterior, foram registrados 682 casos, o que corresponde a um

Número Total de Casos x Cobertura em Menores de 1 Ano

Casos: Sarampo

Cobertura: Rotina Anti Sarampo

Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*
Casos	61.435	42.532	7.934	2.287	1.276	967	791	53.664	2.781	853
Cobertura (%)	78	85	91	85	78	90	80	100	91	99,3



Tétano Acidental

O tétano é uma doença infecciosa aguda, não contagiosa e que ainda se constitui em grave problema de saúde pública. O agente etiológico é o bacilo gram-positivo, anaeróbico, esporulado: *Clostridium tetani*.

Transmissão: O bacilo do tétano se encontra no trato intestinal do homem e dos animais, solos agriculturados, pele e/ou qualquer instrumento perfurocortante contendo poeira ou terra. A transmissão ocorre pela introdução dos esporos em uma solução de continuidade (ferimento), geralmente do tipo perfurante, contaminado com terra, poeira, fezes de animais ou humanas. Queimaduras podem ser a porta de entrada devido à desvitalização dos tecidos. A presença de tecidos necrosados favorece o desenvolvimento do agente patogênico anaeróbico.

Suscetibilidade e Imunidade: A suscetibilidade é geral, afetando todas as idades e ambos os sexos indiscriminadamente. A imunidade é conferida pela vacinação apropriada com três doses de vacina toxóide tetânica (DPT, DT ou TT). A doença não confere imunidade. O soro antitetânico e a imunoglobulina antitetânica (IGAT) propiciam proteção temporária,

sendo 14 dias para o primeiro e de 2 a 4 semanas para a segunda. Os anticorpos maternos conferem imunidade temporária em torno de cinco meses, se a mãe foi vacinada nos últimos cinco anos.

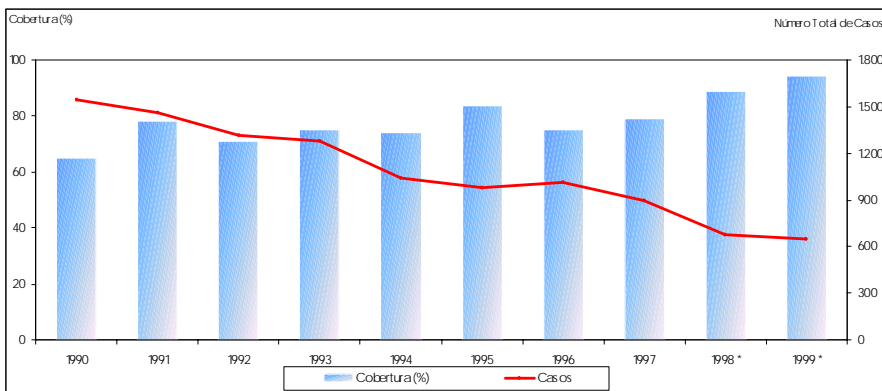
Incidência: A distribuição anual da doença não apresenta variação sazonal definida. Apesar da incidência mundial, o tétano é relativamente mais comum em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, principalmente aqueles com baixa cobertura vacinal, ocorrendo indistintamente em área urbana e rural. Ao longo das décadas de 80 e 90 o tétano acidental vem experimentando uma diminuição progressiva na sua incidência, em virtude da implementação das ações de vigilância epidemiológica e das medidas de controle, notadamente da vacinação em menores de cinco anos, adultos, principalmente na terceira idade e trabalhadores do campo e da construção civil. A morbidade do tétano até 1991 vinha se mantendo acima dos 1400 casos por ano, a partir daí houve uma redução significativa do número de casos chegando a menos de 700 casos nos anos de 1998 e 1999.

Número Total de Casos x Cobertura em Menores de 1 Ano

Casos: Tétano Acidental

Cobertura: Rotina DPT

Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999 *
Casos	1.547	1.460	1.312	1.282	1.045	977	1.010	895	673	645
Cobertura (%)	65	78	71	75	74	84	75	79	89	94,5



Difteria

A difteria é uma doença transmissível aguda, toxi-infecciosa, causada pelo bacilo toxicogênico gram-positivo, denominado *Corynebacterium diphtheriae*. Aloja-se freqüentemente nas amígdalas, na faringe, na laringe, no nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por placas pseudomembranosas. Embora seja uma patologia passível de controle, ainda constitui-se problema de saúde pública.

Transmissão: O reservatório é o próprio doente ou portador, sendo esse último mais importante na disseminação do bacilo, pela sua maior freqüência na comunidade e por ser assintomático. A transmissão se dá por contágio direto com os doentes ou portadores, por meio das secreções de rinofaringite. A transmissão indireta, por meio de objetos recentemente contaminados pelas secreções de orofaringe ou de lesões em outras localizações, também pode ocorrer, embora menos freqüente.

Suscetibilidade e Imunidade: A suscetibilidade é geral. A imunidade pode ser naturalmente adquirida pela passagem de anticorpos maternos via transplacentária nos primeiros meses de vida do bebê, ou também por meio de infecções inaparentes atípicas que conferem em diferentes graus, dependendo da maior ou menor exposição dos indivíduos. A imunidade também pode ser ativa, adquirida através da vacinação com toxóide diftérico. A proteção conferida pelo soro antidiftérico (SAD) é temporária e de curta duração, em média de duas semanas. A doença normalmente não confere imunidade permanente, devendo o doente continuar seu esquema de vacinação após alta hospitalar.

Incidência: O grupo etário que apresenta maior coeficiente de incidência é o das crianças na idade pré-escolar, quando não imunizadas previamente com o esquema básico da vacina DPT. Em situações nas quais as coberturas vacinais com DPT são acima de 80% em crianças, pode haver deslocamento da incidência para outras faixas etárias em pessoas não vacinadas. Nos meses frios, devido principalmente à aglomeração em ambientes fechados tende a ocorrer um aumento da incidência.

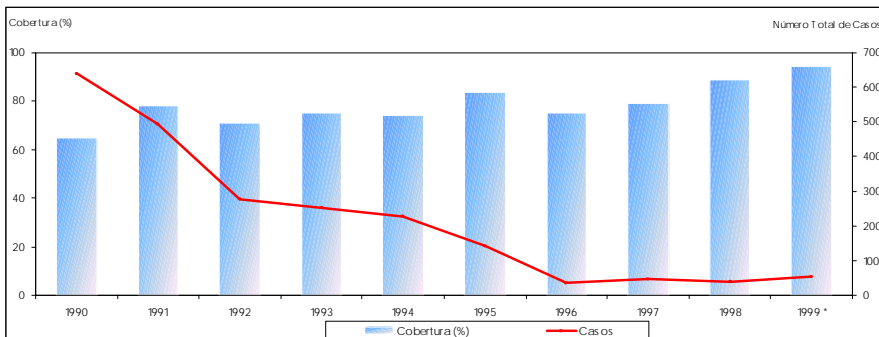
A difteria continua sendo uma doença infecciosa de importância nos países em desenvolvimento. Porém, a imunização antidiftérica é hoje realizada de maneira sistemática, com uma cobertura em crianças menores de 1 ano que cresceu de 74% em 1994 para 94,5% no ano de 1999. O número de casos de difteria notificados, no Brasil, vem decrescendo progressivamente, com uma variação de 228 casos em 1994 para apenas 52 casos em 1999, certamente em decorrência do aumento da utilização da vacina DPT.

Número Total de Casos x Cobertura Vacinal em Menores de 1 Ano

Casos: *Difteria*

Cobertura: *Rotina DPT*

Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999 *
Casos	640	495	276	252	228	141	37	45	38	52
Cobertura (%)	65	78	71	75	74	84	75	79	89	94,5



Coqueluche

A coqueluche é modernamente considerada uma síndrome (*síndrome pertussis*), podendo ser causada por vários agentes (*Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis*, *Bordetella bronchiseptica* e *adenovirus 1, 2, 3 e 5*), entretanto, apenas a *Bordetella pertussis* está associada com as coqueluches endêmica e epidêmica bem como o cortejo de complicações e mortes.

Transmissão: O homem é o único reservatório natural de *Bordetella pertussis*, não tendo sido demonstrada a existência de portadores assintomáticos crônicos. A transmissão se dá, principalmente, pelo contato direto de pessoa doente com pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção da orofaringe, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. Também pode ocorrer transmissão por objetos recentemente contaminados com secreções do doente.

Suscetibilidade e Imunidade: A suscetibilidade é geral. O indivíduo torna-se resistente após adquirir a doença (imunidade duradoura) ou após receber imunização básica com DPT, com o mínimo de três doses.

Incidência: Entre populações aglomeradas, a incidência pode ser maior em fins de inverno e começo da primavera, porém em populações

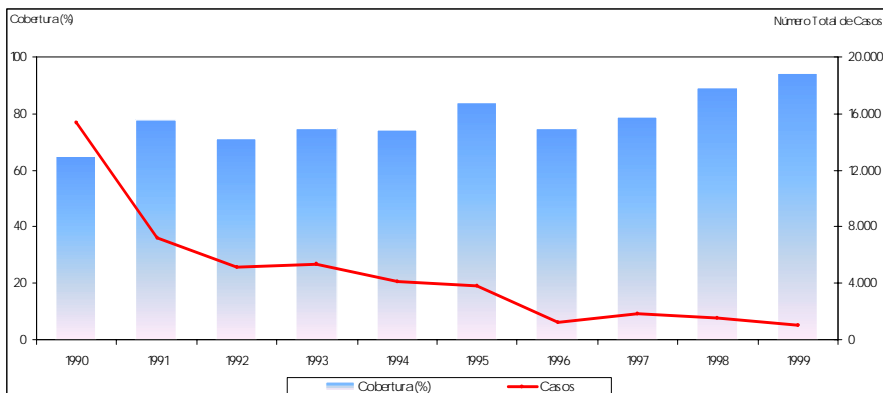
dispersas a incidência estacional é variável. A aglomeração populacional facilita a transmissão. A morbidade da coqueluche até 1990 era muito elevada, com 15.329 casos, já em 1995, embora ainda elevada, chegou a 3.798. Já nos anos de 1998 e 1999, devido ao aumento da cobertura vacinal de 89% e 94,5% respectivamente, o número de casos caiu para 1.541 no primeiro ano e 1.065 no segundo ano.

Número Total de Casos x Cobertura Vacinal em Menores de 1 Ano

Casos: Coqueluche

Cobertura: Rotina DPT

Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Casos	15.329	7.252	5.155	5.388	4.098	3.798	1.245	1.883	1.541	1.065
Cobertura (%)	65	78	71	75	74	84	75	79	89	94,5



Febre Amarela

A Febre Amarela é uma doença infecciosa aguda, febril, de natureza viral, e caracteriza-se clinicamente por manifestações de insuficiência hepática e renal, que pode levar à morte em cerca de uma semana. O agente etiológico é o vírus amarelo, um arbovírus pertencente ao gênero *Flavivirus*.

Transmissão: Na Febre Amarela Urbana o homem é o único reservatório hospedeiro com importância epidemiológica e a transmissão se dá pela picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado. Na Febre Amarela Silvestre os primatas não humanos são o principal reservatório do vírus amarelo, sendo o homem um hospedeiro acidental e a transmissão ocorre pela picada de mosquitos silvestres do gênero *Haemagogus*.

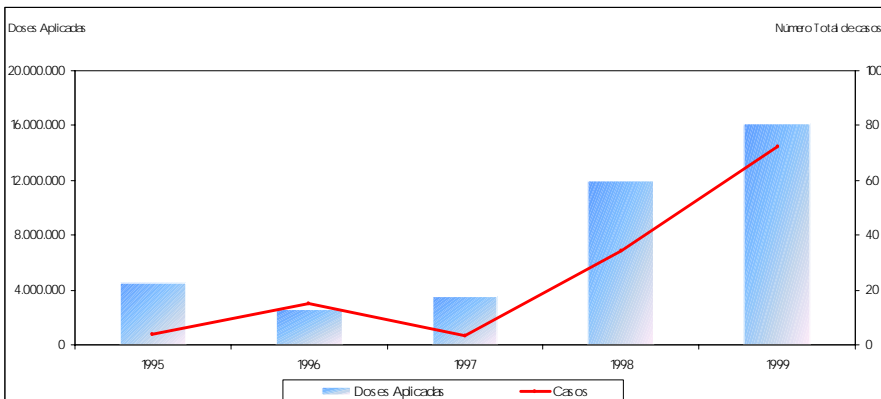
Suscetibilidade e Imunidade: A doença confere imunidade por um longo período, não se conhecendo recidivas. Nas zonas endêmicas, são comuns as infecções leves e inaparentes. Os filhos de mães imunes podem apresentar imunidade passiva e transitória de seis meses.

Incidência: No período de 1973 a 1992, foram notificados 355 casos, com 252 óbitos, correspondendo a uma taxa de letalidade de 71%. Durante esse período, o maior número de casos ocorreu em Goiás, Pará, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Em consequência, medidas de controle foram acionadas, em todos os estados da área enzoótica, conseguindo-se assim uma drástica redução do número de casos notificados. No ano de 1998 tivemos um aumento do número de casos, sendo então aplicadas cerca de 12 milhões de doses, número maior que o dos anos 1995, 1996 e em 1997 juntos. Em 1999 ainda continuamos a ter um aumento da incidência com 76 casos, sendo aplicadas mais de 16 milhões de doses. De janeiro a julho de 2000 foram vacinadas mais de 16 milhões de pessoas, sendo detectados em janeiro e fevereiro 23 casos em ambos os meses, e a partir de março a incidência começou a ser reduzida, com 16 casos neste mês; em abril, 12 casos e 5 em maio; finalmente em junho tivemos apenas 3 casos.

Taxa de Incidência de Febre Amarela x Doses Aplicadas

Casos: Febre Amarela

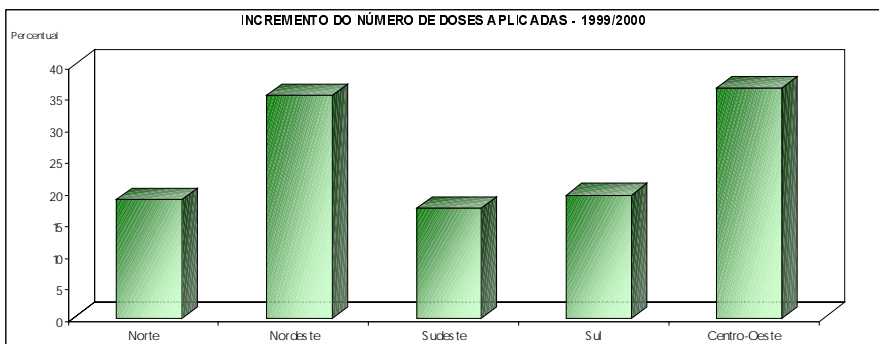
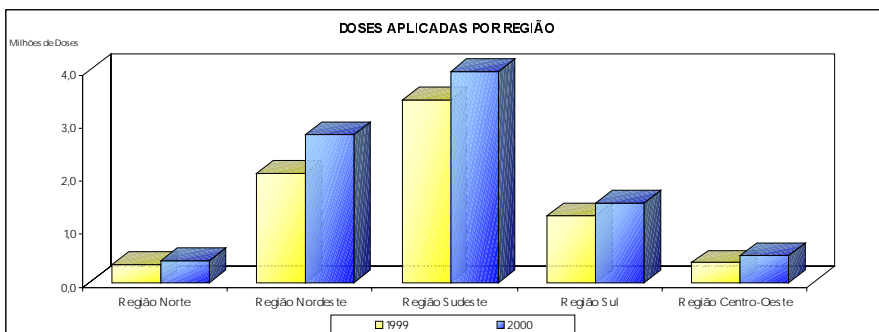
Período	1995	1996	1997	1998	1999
Casos	4	15	3	34	76
Doses Aplicadas	4.451.000	2.588.000	3.523.000	11.999.000	16.101.780



❖ Imunização de Idosos (vide detalhamento, quadro 9)

O Ministério da Saúde criou, a partir do ano de 1999, uma terceira campanha de vacinação, a Campanha de Vacinação dos Idosos. Os idosos são imunizados com a vacina Antiinfluenza e aqueles que se encontram hospitalizados também receberão a vacina Antipneumocócica. A primeira campanha, realizada em abril de 1999, vacinou 7,5 milhões de idosos, representando 87% da população acima de 65 anos e, a segunda campanha, em abril de 2000, já ampliada para idosos de 60 anos e mais, vacinou 9,3 milhões de idosos, atingindo 72% desta população.

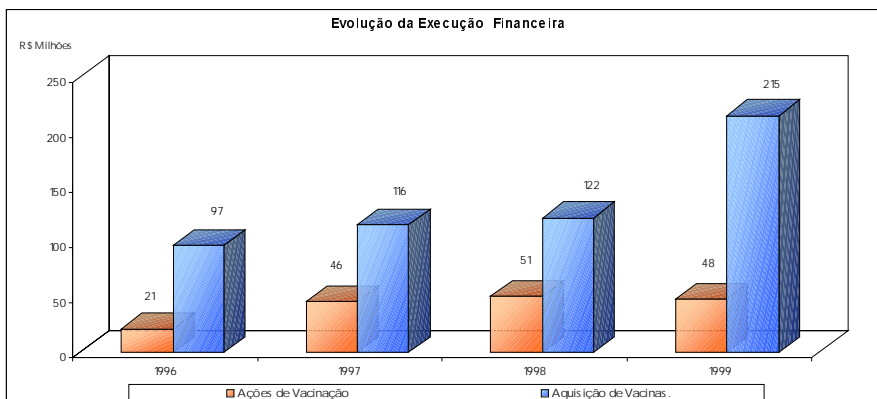
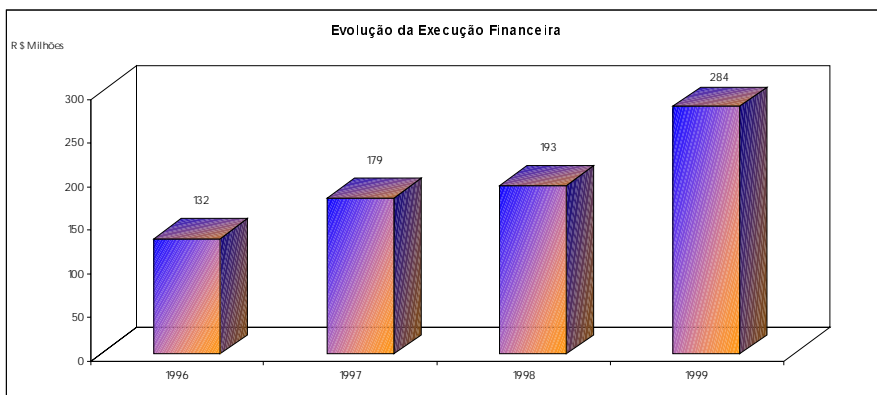
Região	Campanha 2000			Campanha 1999			INCREMENTO 1999/2000 %
	POPULAÇÃO 60 anos e +	Vacinados	%	POPULAÇÃO 65 anos e +	Vacinados	%	
Brasil	12.984	9.297	71,6	8.609	7.519	87,3	23,6
Norte	616	420	68,2	391	354	90,5	18,7
Nordeste	3.619	2.795	77,2	2.504	2.067	82,6	35,2
Sudeste	6.022	4.052	67,3	3.954	3.452	87,3	17,4
Sul	2.068	1.508	72,9	1.352	1.263	93,4	19,4
Centro-Oeste	660	522	79,2	408	383	94,1	36,3



5.2 Metas Financeiras

Os recursos aplicados no período de 1996 a 1999, apresentaram um crescimento nominal da ordem de 115 %, conforme observado no gráfico abaixo (vide detalhamento, quadro 10).

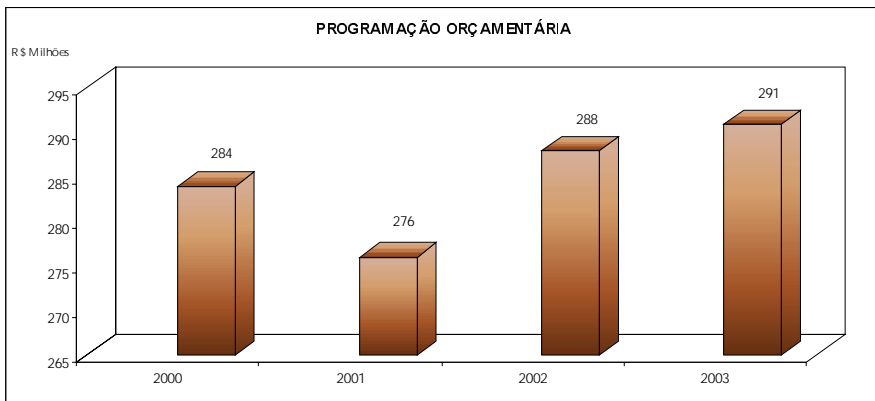
É importante observar o substancial incremento da execução de 1998 para 1999, o que deve-se basicamente, à compra de vacinas para a campanha dos idosos.



6 Planejamento

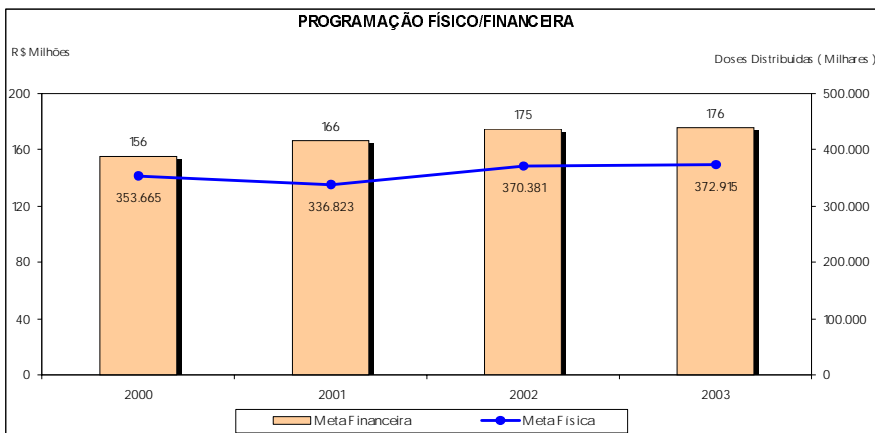
6.1 Plano Plurianual – PPA 2000/2003

Os recursos programados para o período 2000 a 2003 são da ordem de 1,14 bilhões, conforme demonstrado no gráfico a seguir (vide detalhamento, quadro 11).

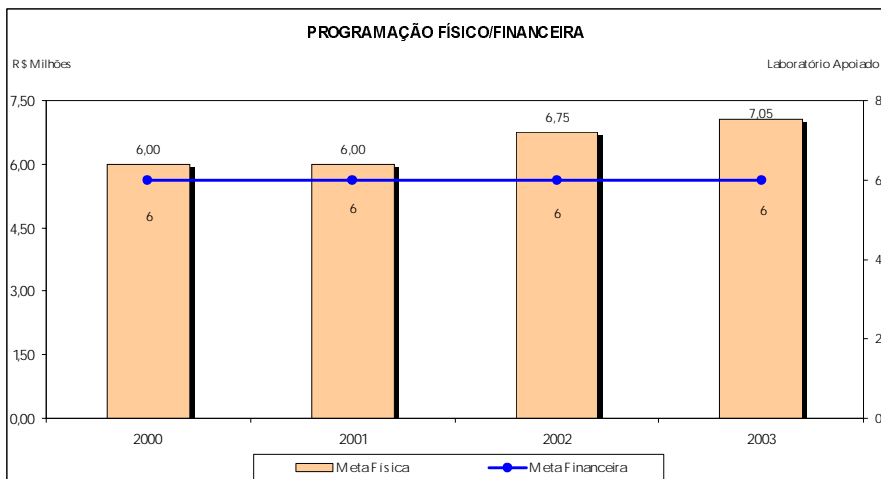


No que diz respeito às ações integrantes do Programa em causa, suas metas físicas e financeiras para o referido período podem ser visualizadas nos gráficos específicos a seguir.

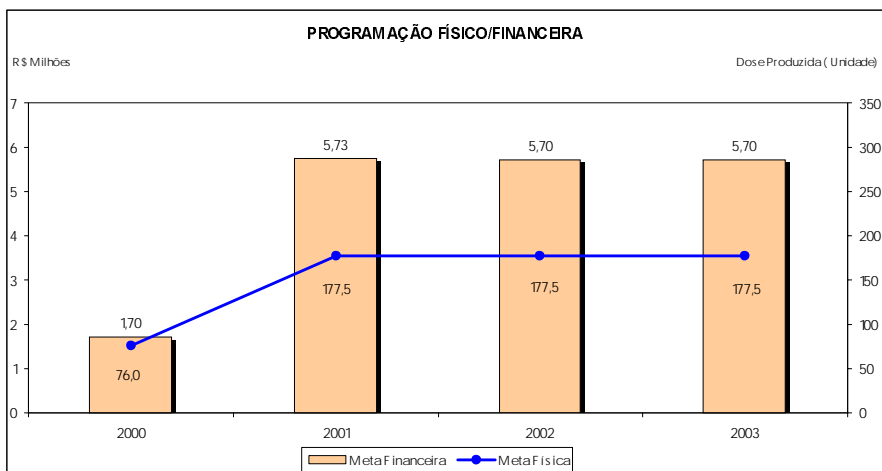
Aquisição, Acondicionamento e Distribuição de Imunobiológicos



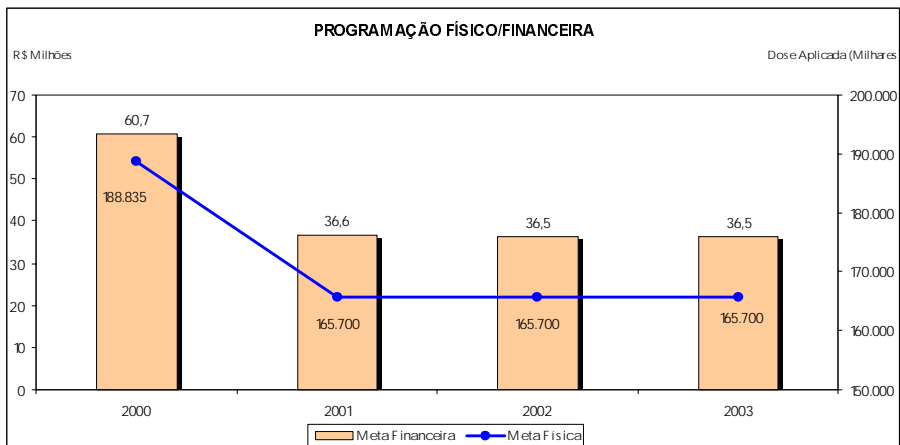
Autosuficiência Nacional em Imunobiológicos



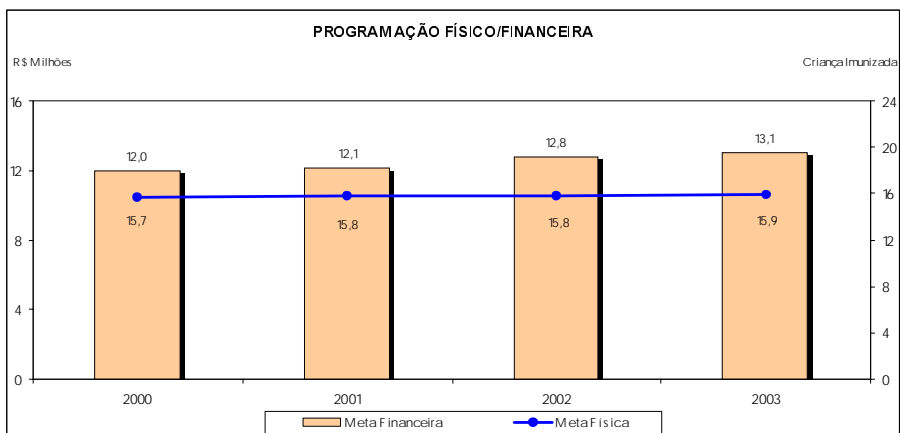
Produção de Imunobiológicos



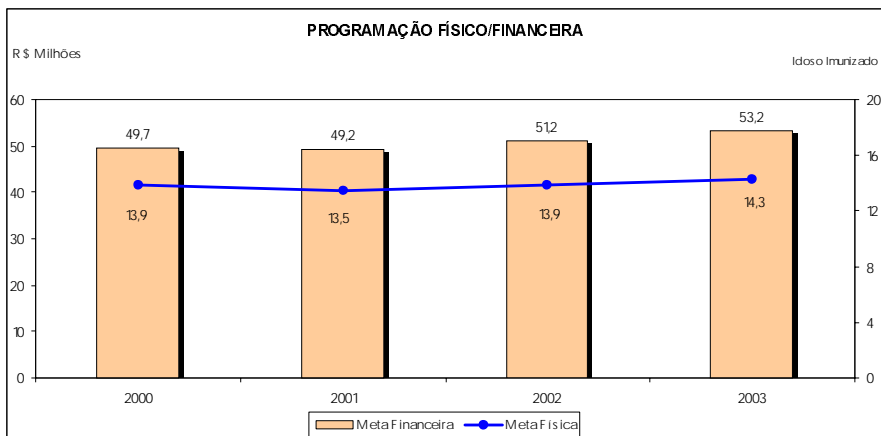
Vacinação da População



Multivacinação de Crianças de 0 até 5 Anos de Idade



Vacinação de Idoso com 60 Anos ou Mais



6.2 Programação Pactuada Integrada

A União, por meio da FUNASA/MS, estabelece, anualmente, as metas a serem atingidas, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação, servindo como base para que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), de todas as unidades da federação estabeleçam a Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD) estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor responsável pela sua execução.

Metas Físicas de Vigilância e Controle de Doenças do Brasil

(Indicadores)

DOENÇAS	INDICADOR	UNIDADE	INDICE 1998	INDICE 2000	INDICE 2003
Poliomielite	Coeficiente de incidência em menores de 15 anos	Casos/100.000 Hab.	0,00	0,00	0,00
Sarampo	Coeficiente de incidência	Casos/100.000 Hab.	1,81	0,90	0,00
Raiva Humana	Ocorrência com transmissão por animal doméstico	Casos	28	14	0
Febre Urbana Amarela	Ocorrência	Casos	0	0	0
Tétano Neonatal	Ocorrência	Casos	71	35	0

7. Legislação

Programa Nacional de Imunizações - 20 anos
Manual de Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais
Plano Plurianual – PPA – 2000/2003
Plano Plurianual – PPA – 1996/1999
Lei Orçamentária Anual - LOA – 2000
Projeto de Lei Orçamentária – 2001
Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS – 01/96
Portaria - MS Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999
Portaria – MS Nº 950, de 23 de dezembro de 1999
Portaria – FUNASA Nº 176, de 28 de março de 2000
Portaria – MS/FUNASA Nº 496, de 27 de junho de 2000
Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Endemias – PPI/ECD
Programa Nacional de Imunização – 25 anos – Edição de 1998
Relatório de Gestão- FUNASA – 1995/1998
Cartilha Controle de Endemias – 1999
Guia de Vigilância Epidemiológica – CENEPI/FUNASA
Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos diversos pós Vacinação

QUADRO 1

Documentos Necessários ao Procedimento de Habilitação

Nº	DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA	LEGISLAÇÃO APLICÁVEL	ESTADO, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIO	ORGÃO E ENTIDADE FEDERAL	ENTIDADE FILANTRÓPICA	ONG E OUTRA ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS
01	Ofício de encaminhamento do proponente, ao órgão financiador		S	S	S	S
02	Cadastro do Órgão ou Entidade e do Dirigente (ANEXO I)		S	S	S	S
03	Cópia do documento de identidade e do CPF do dirigente		S	S	S	S
04	Declaração de que não se encontra em situação de inadimplência com a Administração Pública (ANEXO II)	IN 01/97, DA STN, ART. 2º, VII	S2	S	S	S*
05	Declaração de Cumprimento de Condicionantes Legais (ANEXO II)	C.F. ART. 145, 155, 156, 167 E 212	S	N	N	N
06	Cópia do balanço referente ao exercício anterior	LEI Nº 9.811/99, ART. 34 § 4º, I (LDO)	S3	N	N	N
07	Cópia da Lei Orçamentária Anual relativa ao exercício em que ocorrerá a execução do objeto	LEI Nº 9.811/99, ART. 34 § 4º, I (LDO)	S4	N	N	N
08	Cópia do Ato de Recolhimento de Estado de Calamidade Pública ou de Situação de Emergência	LEI Nº 9.811/99, ART. 34 § 3º, I (LDO)	S5	N	N	N
09	Cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhado do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso	IN 01/97, DA STN, ART. 4º, II; LEI Nº 9.811/99, ART. 30 § 1º, I (LDO)	S	S	S	S
10	Comprovante de registro de entidade de fins filantrópicos no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS	IN 01/97, DA STN, ART. 4º, IV; LEI Nº 9.811/99, ART. 30 § 1º, I (LDO)	N	N	S	N
11	Declaração de funcionamento regular nos últimos 5 anos, emitida no exercício, por 3 autoridades locais	LEI Nº 9.811/99, ART. 30 § 1º, I (LDO)	N	N	S	N
12	Cópia autenticada das Certidões Negativas ou de regularização com:					
12.1	– a Secretaria da Receita Federal	IN 01/97, ART. 3º, I	N	N	S	S*
12.2	– a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional	IN 01/97, ART. 3º, I	N	N	S	S*
12.3	– o Órgão de Fazenda Estadual	IN 01/97, ART. 3º, I	N	N	S	S*
12.4	– o Órgão de Fazenda Municipal	IN 01/97, ART. 3º, I	N	N	S	S*
12.5	– o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS	IN 01/97, ART. 3º, III E LEI Nº 8.036/90, ART. 27	S2	S2	S	S*
12.6	– INSS (CND) ou cópia das três últimas guias de recolhimento e, se for o caso, pagamento de débitos parcelados	C.F. ART. 195º LEI Nº 8.212 ART. 56º; IN 01/97, ART. 3º, II	S	S	S	S*
13	Cópia autenticada do Regimento Interno ou Estatuto Social	IN 01/97, ART. 4º, III	N	N	S	S
<p>S = Existe-se a apresentação do documento mencionado. N = Não se exige a apresentação do documento mencionado. * = Não se aplica às entidades vinculadas aos organismos internacionais. S1 = Incluídos os órgãos de Administração Direta subordinados e as entidades de Administração Indireta vinculados, desde que pessoas jurídicas de direito público. (Constituição Federal, Art. 150, VI, A e § 2º).</p>						

QUADRO 2

Documentos Exigidos no Protocolo do Projeto

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS
01 - Ofício de solicitação
<u>02 - Plano de Trabalho</u>
03 - Memorial descritivo do projeto
04 - Memória de cálculo
05 - Planilha orçamentária
06 - Plantas e desenhos complementares
07 - Identificação e assinatura do engenheiro resp. técnico p/ Projeto
08 - Anotação de Responsabilidade Técnica no CREA – ART
<u>09 - Termo de Compromisso de Implantação ou Extensão do PACS (Mod.FUNASA)</u>
<u>10 - Declaração de participação em contrapartida maior que o percentual estabelecido na L.D.O. (Quando for o caso)</u>
<u>11 - Declaração da entidade que está apta por participar com contrapartida, quando a mesma não é obrigada</u>
17 - Cópia do C.P.F. e Identidade do dirigente do órgão

QUADRO 3

Mortalidade Infantil

Número de mortes por 1000 nascidos vivos

Região e UF	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
TOTAL	49,40	46,99	44,79	42,80	41,01	39,40	37,97	36,70	36,10	36,50
Região Norte	44,59	42,26	40,37	38,88	37,72	36,82	36,13	35,60	35,20	-
Rondônia	41,96	40,01	38,52	37,37	36,51	35,86	35,58	35,02	34,76	-
Acre	54,90	52,70	50,90	49,30	48,00	46,90	46,00	45,30	44,67	-
Amazonas	40,95	39,14	37,83	36,91	36,28	35,85	35,57	35,37	35,25	-
Roraima	43,78	42,68	41,74	40,95	40,29	39,73	39,26	38,87	38,54	-
Pará	48,10	44,90	42,30	40,20	38,70	37,60	36,80	36,20	35,83	-
Amapá	38,03	36,54	35,33	34,36	33,58	32,98	32,51	32,15	31,87	-
Tocantins	44,55	41,70	39,42	37,62	36,23	35,16	34,36	33,75	33,30	-
Região Nordeste	74,30	71,16	68,37	65,92	63,80	61,96	60,39	59,05	57,91	-
Maranhão	73,79	70,69	68,10	65,98	64,26	62,89	61,80	60,94	60,27	-
Piauí	62,55	60,07	57,99	56,25	54,82	53,65	52,70	51,94	51,33	-
Ceará	69,93	66,79	64,14	61,91	60,06	58,34	57,28	56,26	55,43	-
Rio Grande do Norte	73,57	70,10	67,33	65,15	63,45	62,14	61,14	60,37	59,79	-
Paraíba	80,53	76,42	73,14	70,58	68,62	67,14	66,03	65,21	64,61	-
Pernambuco	77,94	74,48	71,53	69,05	66,99	65,29	63,89	62,75	61,82	-
Alagoas	96,25	92,37	88,69	85,25	82,05	79,12	76,47	74,07	71,94	-
Sergipe	68,73	65,56	62,82	60,47	58,46	56,76	55,32	54,10	53,08	-
Bahia	62,67	59,89	57,56	55,65	54,08	52,82	51,81	51,00	50,36	-
Região Sudeste	33,57	31,62	29,97	28,60	27,47	26,56	25,82	25,23	24,76	-
Minas Gerais	38,42	35,95	33,96	32,38	31,13	30,16	29,41	28,84	28,40	-
Espírito Santo	34,60	33,36	32,25	31,28	30,42	29,67	29,02	28,45	27,96	-
Rio de Janeiro	31,89	30,40	29,15	28,12	27,27	26,59	26,04	25,60	25,25	-
São Paulo	30,85	29,59	28,47	27,49	26,62	25,87	25,21	24,63	24,13	-
Região Sul	27,36	25,94	24,87	24,08	23,49	23,07	22,76	22,55	22,39	-
Paraná	35,52	33,93	32,58	31,44	30,48	29,68	29,02	28,47	28,02	-
Santa Catarina	28,28	27,09	26,11	25,31	24,66	24,13	23,71	23,37	23,09	-
Rio Grande do Sul	23,30	22,51	21,84	21,25	20,76	20,33	19,97	19,66	19,40	-
Região Centro-Oeste	31,19	29,74	28,66	27,61	26,85	26,25	25,77	25,39	25,09	-
Mato Grosso do Sul	32,34	30,91	29,78	28,90	28,21	27,68	27,28	26,97	26,73	-
Mato Grosso	37,30	35,42	33,78	32,38	31,18	30,16	29,29	28,57	27,96	-
Goiás	33,10	31,47	30,24	29,28	28,52	27,93	27,47	27,12	26,86	-
Distrito Federal *	30,92	29,49	28,30	27,31	26,49	25,82	25,28	24,83	24,48	-

* Projeção - Fonte IBGE

QUADRO 4

Vacinação em Menores de 1 Ano Segundo Unidades da Federação e Grandes Regiões – Rotina

Ano - 1997.

% de cobertura

Região e UF	Pólio	DPT	BCG	Sarampo
TOTAL	89,46	78,69	100,00	100,00
Região Norte	69,68	68,11	100,00	100,00
Rondônia	92,83	93,57	100,00	100,00
Acre	78,74	43,39	95,83	93,04
Amazonas	85,73	58,65	100,00	100,00
Roraima	81,69	73,65	100,00	100,00
Pará	49,71	65,34	100,00	95,61
Amapá	86,57	79,00	88,07	92,11
Tocantins	100,00	84,82	100,00	100,00
Região Nordeste	84,65	66,63	100,00	100,00
Maranhão	62,35	47,81	100,00	100,00
Piauí	62,77	53,58	100,00	78,72
Ceará	100,00	82,96	100,00	100,00
Rio Grande do Norte	75,44	77,64	100,00	95,16
Paraíba	85,18	79,53	100,00	94,58
Pernambuco	100,00	75,26	100,00	100,00
Alagoas	50,12	32,92	89,31	65,19
Sergipe	98,86	94,67	100,00	100,00
Bahia	68,03	62,22	100,00	86,02
Região Sudeste	96,65	85,00	100,00	100,00
Minas Gerais	76,28	65,33	94,43	100,00
Espírito Santo	98,38	98,39	100,00	100,00
Rio de Janeiro	98,15	78,89	100,00	100,00
São Paulo	100,00	98,11	100,00	100,00
Região Sul	94,55	91,76	100,00	100,00
Paraná	97,76	97,02	100,00	100,00
Santa Catarina	94,29	83,37	100,00	100,00
Rio Grande do Sul	91,24	90,72	100,00	97,15
Região Centro-Oeste	88,40	81,96	100,00	88,34
Mato Grosso do Sul	80,17	79,41	100,00	83,04
Mato Grosso	100,00	91,00	100,00	100,00
Goiás	68,33	61,32	100,00	100,00
Distrito Federal *	100,00	100,00	100,00	0,00

Obs: O DF não vacina menores de 01 ano contra sarampo

QUADRO 5

Vacinação em Menores de 1 Ano Segundo Unidades da Federação e Grandes Regiões – Rotina

Ano - 1998

% de cobertura

Região/UF	Pólio	DPT	BCG	Sarampo	Hepatite B
Brasil	95,27	93,63	100,00	96,38	15,05
Norte	88,31	70,84	99,12	72,96	29,47
Ronda	100,00	100,00	100,00	100,00	90,79
Acre	71,71	59,69	99,73	68,15	28,87
Amazonas	86,73	65,40	100,00	72,42	21,17
Roraima	100,00	94,96	100,00	89,50	74,29
Par	83,76	60,82	85,43	61,11	11,66
Amap	76,07	77,63	100,00	80,61	34,62
Tocantins	100,00	96,23	100,00	100,00	57,18
Nordeste	90,32	84,92	100,00	92,36	6,24
Maranhão	65,07	69,08	100,00	87,46	6,79
Piau	83,22	86,19	100,00	86,36	0,00
Cear	100,00	100,00	100,00	100,00	1,41
Rio Grande do Norte	73,31	77,63	92,47	74,91	1,35
Paraíba	87,05	83,65	100,00	83,12	1,64
Pernambuco	100,00	100,00	100,00	100,00	1,86
Alagoas	60,50	58,35	97,14	61,67	5,49
Sergipe	98,19	98,26	100,00	96,44	2,18
Bahia	80,58	76,78	100,00	86,40	12,33
Sudeste	100,00	100,00	100,00	100,00	7,34
Minas Gerais	82,27	83,55	86,94	82,99	1,65
Espírito Santo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Rio de Janeiro	100,00	100,00	100,00	100,00	1,96
São Paulo	100,00	100,00	100,00	100,00	2,89
Sul	91,59	91,32	100,00	100,00	35,39
Paraná	96,61	95,57	100,00	100,00	47,32
Santa Catarina	89,66	89,73	95,68	93,35	69,00
Rio Grande do Sul	87,24	87,59	100,00	84,09	2,27
Centro-Oeste	100,00	96,80	100,00	74,78	20,39
Mato Grosso do Sul	93,79	88,79	100,00	90,18	0,84
Mato Grosso	100,00	93,90	100,00	95,38	5,97
Gois	91,10	88,63	100,00	86,15	5,99
Distrito Federal	100,00	100,00	100,00	0,00	89,69

Obs: O DF no vacina menores de 1 ano contra sarampo

QUADRO 6

Vacinação em Menores de 1 Ano Segundo Unidades da Federação e Grandes Regiões – Rotina

Ano - 1999

% de cobertura

Região e UF	Pólio	DPT	BCG	Sarampo	Hepatite B
TOTAL	99,08	94,46	100,00	99,31	83,49
Região Norte	88,44	75,64	100,00	87,49	73,45
Rondônia	96,48	96,38	100,00	97,87	94,89
Acre	76,77	55,69	97,32	74,42	100,00
Amazonas	84,06	69,39	100,00	82,49	64,23
Roraima	99,13	95,44	100,00	96,02	95,52
Pará	86,14	69,82	100,00	85,10	63,64
Amapá	85,72	87,06	100,00	100,00	83,62
Tocantins	100,00	100,00	100,00	100,00	96,97
Região Nordeste	93,86	88,68	100,00	97,84	61,90
Maranhão	68,36	69,17	100,00	92,95	35,36
Piauí	94,71	91,17	100,00	95,26	14,23
Ceará	100,00	100,00	100,00	100,00	59,57
Rio Grande do Norte	79,87	87,21	100,00	89,81	38,88
Paraíba	94,52	92,32	100,00	93,34	45,64
Pernambuco	100,00	100,00	100,00	100,00	85,69
Alagoas	85,32	78,83	100,00	84,94	55,10
Sergipe	100,00	100,00	100,00	100,00	72,99
Bahia	83,54	80,60	100,00	85,62	83,39
Região Sudeste	100,00	100,00	100,00	100,00	95,84
Minas Gerais	93,10	91,84	100,00	95,96	75,64
Espírito Santo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Rio de Janeiro	100,00	100,00	100,00	100,00	77,08
São Paulo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Região Sul	93,60	93,70	100,00	95,71	100,00
Paraná	92,91	93,02	100,00	97,89	100,00
Santa Catarina	92,97	92,22	100,00	94,31	86,46
Rio Grande do Sul	94,68	95,25	100,00	94,14	100,00
Região Centro-Oeste	100,00	96,76	100,00	81,79	87,38
Mato Grosso do Sul	97,92	89,41	100,00	100,00	65,29
Mato Grosso	100,00	88,43	100,00	97,50	75,32
Goiás	98,08	92,33	100,00	96,60	90,29
Distrito Federal	100,00	100,00	100,00	0,00	100,00

Obs: O DF não vacina menores de 01 ano contra sarampo

QUADRO 7

Campanha de Vacinação Contra Poliomielite Segundo Unidades da Federação e Grandes Regiões

População Alvo: 0 a 4 Anos

População Alvo e Vacinados em Milhões

Região	CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA PÓLIO									
	2000					1999				
	POPULAÇÃO	1ª Etapa		2ª Etapa		POPULAÇÃO	1ª Etapa		2ª Etapa	
	ALVO	VACINADOS	%	VACINADOS	%	ALVO	VACINADOS	%	VACINADOS	%
Brasil	16,57	16,65	100,0	17,18	100,0	16,34	16,88	100,0	16,82	100,0
Região Norte	1,62	1,59	98,2	1,64	100,0	1,58	1,57	99,5	1,58	99,8
Rondônia	0,16	0,16	100,0	0,16	97,8	0,16	0,15	94,2	0,15	96,2
Acre	0,07	0,06	86,6	0,07	100,0	0,07	0,08	100,0	0,08	100,0
Amazonas	0,36	0,31	85,0	0,33	91,9	0,35	0,28	80,2	0,31	89,3
Roraima	0,04	0,04	100,0	0,04	96,9	0,04	0,04	100,0	0,04	100,0
Pará	0,78	0,78	99,2	0,83	100,0	0,77	0,82	100,0	0,80	100,0
Amapá	0,06	0,06	97,9	0,07	100,0	0,06	0,06	100,0	0,06	98,0
Tocantins	0,14	0,18	100,0	0,15	100,0	0,14	0,14	100,0	0,14	100,0
Região Nordeste	5,15	5,10	99,1	5,15	100,0	5,10	5,22	100,0	5,23	100,0
Maranhão	0,67	0,63	94,9	0,63	94,7	0,66	0,65	98,0	0,67	100,0
Piauí	0,30	0,31	100,0	0,30	100,0	0,30	0,31	100,0	0,30	100,0
Ceará	0,84	0,86	100,0	0,86	100,0	0,83	0,90	100,0	0,88	100,0
Rio Grande do Norte	0,29	0,28	95,4	0,28	97,0	0,29	0,29	100,0	0,28	97,0
Paraíba	0,36	0,35	97,0	0,35	97,6	0,36	0,36	100,0	0,37	100,0
Pernambuco	0,78	0,84	100,0	0,85	100,0	0,77	0,83	100,0	0,83	100,0
Alagoas	0,33	0,34	100,0	0,34	100,0	0,33	0,35	100,0	0,34	100,0
Sergipe	0,20	0,20	100,0	0,20	100,0	0,19	0,23	100,0	0,26	100,0
Bahia	1,38	1,29	93,4	1,33	96,2	1,37	1,31	96,0	1,30	95,2
Região Sudeste	6,28	6,45	100,0	6,80	100,0	6,19	6,57	100,0	6,50	100,0
Minas Gerais	1,66	1,65	99,3	1,62	97,7	1,64	1,71	100,0	1,64	99,5
Espírito Santo	0,28	0,31	100,0	0,30	100,0	0,28	0,30	100,0	0,31	100,0
Rio de Janeiro	1,17	1,24	100,0	1,41	100,0	1,16	1,28	100,0	1,29	100,0
São Paulo	3,16	3,25	100,0	3,46	100,0	3,11	3,29	100,0	3,27	100,0
Região Sul	2,33	2,30	98,8	2,31	99,0	2,30	2,30	99,9	2,35	100,0
Paraná	0,95	0,94	99,4	0,96	100,0	0,94	0,93	99,5	0,98	100,0
Santa Catarina	0,50	0,49	98,8	0,49	98,6	0,49	0,49	99,5	0,48	97,9
Rio Grande do Sul	0,89	0,87	98,0	0,86	96,7	0,88	0,88	100,0	0,89	100,0
Região Centro-Oeste	1,19	1,20	100,0	1,28	100,0	1,17	1,21	100,0	1,17	100,0
Mato Grosso do Sul	0,22	0,22	99,3	0,24	100,0	0,21	0,26	100,0	0,21	97,8
Mato Grosso	0,27	0,27	99,6	0,31	100,0	0,26	0,25	96,0	0,25	95,7
Goiás	0,50	0,51	100,0	0,51	100,0	0,49	0,50	100,0	0,50	100,0
Distrito Federal	0,20	0,21	100,0	0,22	100,0	0,20	0,19	99,7	0,21	100,0

QUADRO 8

Campanha de Vacinação Contra o Sarampo e Rubéola Segundo Unidades da Federação e Grandes Regiões

População Alvo: 01 a 11 Anos

População Alvo e Vacinados em Milhões

Região	VACINAÇÃO CONTRA SARAMPO E RUBÉOLA - 2000		
	População Alvo	Vacinados	%
Brasil	16,08	16,45	100,0
Região Norte	3,54	3,67	100,0
Rondônia	0,36	0,34	95,1
Acre	0,16	0,17	100,0
Amazonas	0,77	0,74	95,3
Roraima	0,08	0,10	100,0
Pará	1,71	1,85	100,0
Amapá	0,14	0,15	100,0
Tocantins	0,32	0,34	100,0
Região Nordeste	5,11	5,27	100,0
Maranhão	-	-	-
Piauí	0,24	0,24	98,5
Ceará	0,67	0,65	96,1
Rio Grande do Norte	0,23	0,24	100,0
Paraíba	0,29	0,29	100,0
Pernambuco	1,82	2,02	100,0
Alagoas	0,73	0,71	97,5
Sergipe	-	-	-
Bahia	1,12	1,12	100,0
Região Sudeste	5,02	5,17	100,0
Minas Gerais	1,33	1,35	100,0
Espírito Santo	0,23	0,23	100,0
Rio de Janeiro	0,94	0,91	97,2
São Paulo	2,53	2,68	100,0
Região Sul	1,87	1,80	96,2
Paraná	0,76	0,74	97,2
Santa Catarina	0,40	0,38	95,7
Rio Grande do Sul	0,71	0,68	95,4
Região Centro-Oeste	0,55	0,54	98,6
Mato Grosso do Sul	0,17	0,17	97,3
Mato Grosso	0,22	0,22	100,0
Goiás	-	-	-
Distrito Federal	0,16	0,15	95,8

QUADRO 9

Campanha de Imunização de Idosos

População Alvo e Doses Aplicadas em Milhares

Região e UF	Campanha 2000			Campanha 1999		
	POPULAÇÃO ALVO 60 anos e +	VACINADOS	%	POPULAÇÃO ALVO 65 anos e +	VACINADOS	%
Total	12.984	9.297	71,6	8.609	7.519	87,3
Região Norte	616	420	68,2	391	354	90,5
Rondônia	58	43	73,8	35	30	87,6
Acre	28	23	84,7	18	15	82,7
Amazonas	119	79	66,2	75	61	81,4
Roraima	10	9	89,3	6	7	100,0
Pará	314	192	61,2	202	187	92,8
Amapá	17	14	80,3	11	10	90,6
Tocantins	69	59	85,4	44	44	98,1
Região Nordeste	3.619	2.795	77,2	2.504	2.067	82,6
Maranhão	363	317	87,4	241	207	86,0
Piauí	207	170	82,3	141	134	94,9
Ceará	589	466	79,2	408	355	86,9
Rio Grande do Norte	228	177	77,7	163	138	84,7
Paraíba	321	248	77,1	233	201	86,2
Pernambuco	631	532	84,3	440	388	88,3
Alagoas	184	138	74,9	125	111	89,0
Sergipe	120	94	78,0	82	77	93,4
Bahia	977	654	66,9	672	457	68,0
Região Sudeste	6.022	4.052	67,3	3.954	3.452	87,3
Minas Gerais	1.451	1.048	72,2	959	883	92,1
Espírito Santo	220	181	82,6	143	139	97,4
Rio de Janeiro	1.376	982	71,4	914	798	87,2
São Paulo	2.975	1.840	61,9	1.938	1.632	84,2
Região Sul	2.068	1.508	72,9	1.352	1.263	93,4
Paraná	717	542	75,6	461	453	98,2
Santa Catarina	379	245	64,5	246	221	89,8
Rio Grande do Sul	971	722	74,3	644	589	91,4
Região Centro-Oeste	660	522	79,2	408	383	94,1
Mato Grosso do Sul	137	98	71,3	88	82	93,3
Mato Grosso	119	103	86,6	72	68	93,8
Goiás	311	236	75,9	193	173	89,3
Distrito Federal	92	85	92,3	54	61	100,0

QUADRO 10

Execução Orçamentária por Ação

Financeiro em R\$ Milhões

AÇÃO	1996			1997			1998			1999		
	Lei + Creditos (A)	EXECUTADO (B)	% (A/B)	Lei + Creditos (A)	EXECUTADO (B)	% (A/B)	Lei + Creditos (A)	EXECUTADO (B)	% (A/B)	Lei + Creditos (A)	EXECUTADO (B)	% (A/B)
Normatização e Coordenação das Ações de Imunização. (13.075.0429.4439.0012)	59,66	21,04	35,3	62,00	46,49	75,0	52,63	50,61	96,1	50,37	48,04	95,4
Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Vacinas. (13.075.0431.4436.0001)	193	96,55	50,0	132,14	116,56	88,2	124,91	122,20	97,8	217,46	215,01	98,9
Apoio a Produção de Insumos, Medicamentos, Imunobiológicos, Soros e Reagentes. (13.075.0431.3346.0001)	22,64	0,19	0,8	-	-	-	5,35	3,33	62,2	6,67	0,29	4,3
Adequação da Planta de Vacinas. (13.075.0428.3376.2714)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,20	9,08	98,7
Produção, Aquisição e Distribuição de Insumos e Medicamentos. (13.075.0431.4436.0009)	23,28	14,22	61,1	18,00	15,95	88,6	17,22	17,13	99,5	12,48	11,20	89,8
TOTAL	298,58	132,00	44,2	212,14	179,00	84,4	200,11	193,27	96,6	296,17	283,62	95,8

Fonte: SIAFI

QUADRO 11

Plano Plurianual – PPA 2000/2003

Financeiro em R\$ 1,00

Ação	2000 *	2001**	2002	2003	Total***
PROGRAMA: Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis					
1. Aquisição, Acondicionamento e Distribuição de Imunobiológicos. 36211.10.303.0006.4453					
- financeiro	155.753.907	166.427.000	175.050.000	175.856.907	673.087.814
- Dose Distribuída (milhar)	353.665	336.823	370.381	372.915	1.433.784
2. Auto-Suficiência em Imunobiológicos. 36211.10.303.0006.3877					
- financeiro	6.000.000	6.000.000	6.750.000	7.050.000	25.800.000
- laboratório Apoiado (unidade)	6	6	6	6	24
3. Produção de Imunobiológicos.**** 36201.10.303.0006.4365					
- financeiro	1.700.000	5.730.000	5.700.000	5.700.000	18.830.000
- dose produzida (unidade)	76.000.000	177.500.000	177.500.000	177.500.000	608.500.000
4. Vacinação da População.**** 36211.10.303.0006.4383					
- financeiro	***** 60.675.255	36.587.000	36.500.000	36.500.000	170.262.255
- dose aplicada (milhar)	188.835	165.700	165.700	165.700	685.935
Sub-Total	224.129.162	214.744.000	224.000.000	225.106.907	887.980.069
PROGRAMA: Saúde da Criança e Aleitamento Materno					
5. Multivacinação de Crianças de 0 a 5 anos de idade. 36211.10.303.0027.5602					
- financeiro	12.000.000	12.136.000	12.800.000	13.064.000	50.000.000
- criança (unidade)	15.700.000	15.800.000	15.800.000	15.900.000	63.200.000
PROGRAMA: Valorização e Saúde do Idoso					
6. Vacinação do Idoso com 60 Anos e Mais. 36211.10.303.0066.5600					
- financeiro	49.700.000	49.210.000	51.200.000	53.190.000	203.300.000
- idoso imunizado (unidade)	13.900.000	13.500.000	13.900.000	14.300.000	55.600.000
Total	285.829.162	276.090.000	288.000.000	291.360.907	1.141.280.069

* Lei Orçamentária Anual 2000.

** Projeto da Lei Orçamentária Anual 2001.

*** Projeto da Lei de Revisão do PPA 2000/2003.

**** Ação com valores sujeitos a alteração.

***** Exclusivo parcela de cerca de R\$ 21 milhões remanejados para as Campanhas de Vacinação, uma vez que estes estão sendo descentralizados para estados e municípios através do Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte variável do PAB, para Ações de Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis, conforme Portaria conjunta IMS/FUNASA Nº 496, de 27 de junho de 2000.

QUADRO 12

Calendário Básico de Vacinação 2000/2001

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	<u>BCC</u> <u>Vacina contra hepatite B</u>	dose única 1ª. dose	Formas graves de tuberculose Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª. dose	Hepatite B
2 meses	Vacina oral contra poliomielite (Sabin) DTP (tríplice bacteriana) Hib (contra <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>)	1ª. dose 1ª. dose 1ª. dose	Poliomielite ou paralisia infantil Difteria, tétano e coqueluche Meningite e outras infecções, causadas pelo <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>
4 meses	Vacina oral contra poliomielite (Sabin) DTP (tríplice bacteriana) Hib (contra <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>)	2ª. dose 2ª. dose 2ª. dose	Poliomielite ou paralisia infantil Difteria, tétano e coqueluche Meningite e outras infecções, causadas pelo <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>
6 meses	Vacina oral contra poliomielite (Sabin) DTP (tríplice bacteriana) Hib (contra <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>) Vacina contra hepatite B	3ª. dose 3ª. dose 3ª. dose 3ª. dose	Poliomielite ou paralisia infantil Difteria, tétano e coqueluche Meningite e outras infecções, causadas pelo <i>Haemophilus influenzae tipo b</i> Hepatite B
9 meses	Vacina contra sarampo <u>Vacina contra febre amarela</u>	dose única dose única	Sarampo Febre amarela

continuação

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
15 meses	Vacina oral contra poliomielite (Sabin) DTP (tríplice bacteriana)	reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	<u>Vacina tríplice viral ou</u> <u>vacina dupla viral ou</u> <u>vacina contra sarampo</u>	reforço dose única (reforço sarampo)	Difteria, tétano e coqueluche Sarampo, rubéola, síndr. rubéola congênita e caxumba Sarampo, rubéola e síndr. rubéola congênita Sarampo
6 a 10 anos	<u>BCG</u>	reforço	Formas graves de tuberculose
10 a 11 anos	<u>dT (dupla adulto)</u> Vacina contra febre amarela	reforço	Difteria e tétano
		reforço	Febre amarela
12 a 49 anos - mulher em idade fértil	<u>dT (dupla adulto)</u>	reforço	Difteria e tétano
No pós-parto e pós-aborto imediatos	<u>Vacina contra rubéola ou</u> <u>vacina dupla viral ou</u> <u>vacina tríplice viral</u>	dose única	Rubéola e síndr. rubéola congênita Sarampo, rubéola e síndr. rubéola congênita Sarampo, rubéola, síndr. rubéola congênita e caxumba
60 anos e mais	<u>Vacina contra influenza (gripe)</u>	dose única	Influenza (gripe)
60 anos e mais (nos hospitais, asilos e casas geriátricas)	<u>Vacina contra pneumococos (antipneumocócica)</u>	dose única	Infecções respiratórias (pneumonias)

8 GLOSSÁRIO

AGENTE: entidade biológica, física ou química capaz de causar doença.

AGENTE INFECCIOSO: agente biológico capaz de produzir infecção ou doença infecciosa.

ANATOXINA (toxóide): toxina tratada pelo formol ou outras substâncias, que perde sua capacidade toxigênica, mas conserva sua imunogenicidade. Os toxóides são usados para induzir imunidade ativa e específica contra doenças.

ANTICORPO: globulina encontrada em fluidos teciduais e no soro, produzida em resposta ao estímulo de antígenos específicos, sendo capaz de se combinar com os mesmos, neutralizando-os ou destruindo-os.

ANTÍGENO: porção ou produto de um agente biológico capaz de estimular a formação de anticorpos específicos.

ANTITOXINA: anticorpos protetores que inativam proteínas solúveis tóxicas de bactérias.

ARBOVIROSES: viroses transmitidas de um hospedeiro para outro por meio de um ou mais tipos de artrópodes.

ÁREA ENDÊMICA: aqui considerada como área geográfica reconhecidamente de transmissão para uma determinada doença.

CADEIA DE TRANSMISSÃO (epidemiológica): é a caracterização dos mecanismos de transmissão de um agente infeccioso, envolvendo os suscetíveis, os agentes patogênicos e os reservatórios.

CASO: pessoa ou animal infectado ou doente apresentando características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas.

CASO CONFIRMADO: pessoa de quem foi isolado e identificado o agente etiológico ou de quem foram obtidas outras evidências epidemiológicas e/ou laboratoriais da presença do agente etiológico.

COBERTURA VACINAL: indicador que expressa a proporção da população-alvo que foi vacinada, medindo a capacidade de alcance das metas

estabelecidas conforme a estratégia de vacinação. Para se obter a cobertura vacinal, são necessárias as seguintes informações: população-alvo, número de vacinados por idade, doses e área geográfica. A cobertura pode ser avaliada pelo método administrativo, analisando as informações obtidas no sistema de registro dos serviços de saúde e pelo método estatístico, que consiste em inquéritos ou levantamentos de campo, realizados através de entrevistas em uma adequada amostra de domicílios.

COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA: constitui medida de risco de doença ou agravamento, fundamentalmente nos estudos da etiologia de doenças agudas e crônicas. É a razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre em uma coletividade, em um intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir referida doença no mesmo período multiplicando-se por potência de 10, que é a base referencial da população.

TAXA OU COEFICIENTE DE LETALIDADE: coeficiente resultante da relação entre o número de óbitos decorrentes de uma determinada causa e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença, expressando-se sempre em percentual.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE: relação entre a frequência absoluta de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer. Pode ser geral, quando inclui todos os óbitos e toda a população da área em estudo, e pode ser específico por idade, sexo, ocupação, causa de morte, etc.
CMG = $n.^{\circ}$ total de óbitos em determinada, área e período $\times 10n / n.^{\circ}$ total da população da mesma área, estimada na metade do período.

COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA: coeficiente que mede a força com que subsiste a doença na coletividade. Expressa-se com a relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população, multiplicando-se o resultado pela base referencial da população, que é potência de 10, usualmente 1 000, 10 000 ou 100 000.

CP = $n.^{\circ}$ de casos de uma dada doença $\times 10n /$ população

CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS: consiste no agrupamento e distribuição dos dados segundo: número de casos; período de ocorrência por município, localidade, bairro e rua; faixa etária; semana epidemiológica; zona urbana/rural; antecedência vacinal; cobertura vacinal; hospitalização; complicações; coletas para amostras, etc.

COORTE: grupo de indivíduos que têm um atributo em comum. Designa também um tipo de estudo epidemiológico, no qual se busca aferir a incidência de um determinado evento entre grupos expostos e não expostos ao fator de risco.

CONTÁGIO: sinônimo de transmissão direta.

CONTAMINAÇÃO: ato ou momento em que uma pessoa ou um objeto se converte em veículo mecânico de disseminação de um determinado agente patogênico.

CONTATO: pessoa ou animal que teve contato com pessoa ou animal infectado, ou com ambiente contaminado, criando a oportunidade de adquirir o agente etiológico.

CONTROLE: quando aplicado a doenças transmissíveis e alguns não transmissíveis, significa operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir sua incidência e/ou prevalência em níveis muito baixos.

DESINFECÇÃO: destruição de agentes infecciosos que se encontram fora do corpo, por meio de exposição direta a agentes químicos ou físicos.

DOENÇA TRANSMISSÍVEL: doença causada por um agente infeccioso específico, ou pela toxina por ele produzida, por meio da transmissão desse agente, ou de seu produto, tóxico a partir de uma pessoa ou animal infectado, ou ainda, de um reservatório para um hospedeiro suscetível, seja direta ou indiretamente intermediado por vetor ou ambiente.

DOSE DE REFORÇO: quantidade de antígeno que se administra com o fim de manter ou reavivar a resistência conferida pela imunização.

ECOSSISTEMA: é o conjunto constituído pela biota e o ambiente não vivo que interagem em determinada região.

ELIMINAÇÃO: é a redução a zero da incidência de uma doença/agravo, porém com manutenção indefinidamente no tempo, das medidas de controle.

ENDEMIAS: é a presença contínua de uma enfermidade ou de um agente infeccioso em uma zona geográfica determinada; pode também expressar

a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica. O termo hiperendemia significa a transmissão intensa e persistente atingindo todas as faixas etárias e holoendemia, um nível elevado de infecção que começa a partir de uma idade precoce e afeta a maior parte da população jovem como, por exemplo, a malária em algumas regiões do globo.

EPIDEMIA: é a manifestação, em uma coletividade ou região, de um corpo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista. O número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade e o local e a época do ano em que ocorre. Por decorrência, a epidemia guarda relação com a frequência comum da enfermidade na mesma região, na população especificada e na mesma estação do ano. O aparecimento de um único caso de doença transmissível que durante um lapso de tempo prolongado não havia afetado uma população, ou que invade pela primeira vez uma região, requer notificação imediata e uma completa investigação de campo; dois casos dessa doença associados no tempo ou no espaço podem ser evidência suficiente de uma epidemia.

ERRADICAÇÃO: cessação de toda a transmissão da infecção pela extinção artificial da espécie do agente em questão. A erradicação pressupõe a ausência completa de risco de reintrodução da doença, de forma a permitir a suspensão de toda e qualquer medida de prevenção ou controle. A erradicação regional ou eliminação é a cessação da transmissão de determinada infecção em ampla região geográfica ou jurisdição política.

FOCO NATURAL: um pequeno território, compreendendo uma ou várias paisagens, onde a circulação do agente causal estabeleceu-se numa biocenose por um tempo indefinidamente longo, sem sua importação de outra região.

FONTE DE INFECÇÃO: pessoa, animal, objeto ou substância a partir da qual o agente é transmitido para o hospedeiro.

FREQÜÊNCIA (Ocorrência): é um termo genérico utilizado em epidemiologia para descrever a frequência de uma doença ou de outro atributo ou evento identificado na população, sem fazer distinção entre incidência ou prevalência.

HOSPEDEIRO: organismo simples ou complexo, incluindo o homem, que é capaz de ser infectado por um agente específico.

IMUNIDADE: resistência usualmente associada à presença de anticorpos que têm o efeito de inibir microorganismos específicos ou suas toxinas responsáveis por doenças infecciosas particulares.

IMUNIDADE ATIVA: imunidade adquirida naturalmente pela infecção, com ou sem manifestações clínicas, ou artificialmente pela inoculação de frações ou produtos de agentes infecciosos ou do próprio agente morto, modificado ou de uma forma variante.

IMUNIDADE PASSIVA: imunidade adquirida naturalmente da mãe ou artificialmente pela inoculação de anticorpos protetores específicos (soro imune de convalescentes ou imunoglobulina sérica). A imunidade passiva é pouco duradoura.

IMUNOGLOBULINA: solução estéril de globulinas que contém aqueles anticorpos normalmente presentes no sangue do adulto.

INCIDÊNCIA: número de casos novos de uma doença ocorridos em uma população particular durante um período específico de tempo.

INFECÇÃO: penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente etiológico animado no organismo de um hospedeiro, produzindo-lhe danos, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis. Em essência, a infecção é uma competição vital entre um agente etiológico animado (parasita "*sensu lato*") e um hospedeiro; é, portanto, uma luta pela sobrevivência entre dois seres vivos, que visam a manutenção de sua espécie.

INFLAMAÇÃO: resposta normal do tecido à agressão celular por material estranho, caracteriza-se pela dilatação de capilares e mobilização de defesas celulares (leucócitos e fagócitos).

INVASIBILIDADE: capacidade de um microorganismo de entrar no corpo e de se disseminar através dos tecidos. Essa disseminação no microorganismo pode ou não resultar em infecção ou doença.

MORBIDADE: é como se apresenta o comportamento de uma doença ou de um agravo à saúde em uma população exposta. Sendo calculada pelos coeficientes de incidência e prevalência.

NOTIFICAÇÃO: consiste na informação periódica do registro de doenças de notificação compulsória, obtidas por meio de todas as fontes notificadoras.

PORTADOR: pessoa ou animal que não apresenta sintomas clinicamente reconhecíveis de uma determinada doença transmissível ao ser examinado, mas que está albergando o agente etiológico respectivo.

PREVALÊNCIA: número de casos clínicos ou de portadores existentes em um determinado momento, em uma comunidade, dando uma idéia estática da ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes.

PREVENÇÃO: termo que, em saúde pública, significa a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a ação de uma doença. As ações preventivas têm por fim eliminar elos da cadeia patogênica, ou no ambiente físico ou social, ou no meio interno dos seres vivos afetados ou suscetíveis.

QUIMIOTERAPIA: uso de uma droga com o objetivo de tratar uma doença clinicamente reconhecível ou de eliminar seu progresso.

RECIDIVA: reaparecimento do processo mórbido após sua cura aparente.

RECORRENTE: estado patológico que evolui através de recaídas sucessivas.

RESERVATÓRIO DE AGENTES INFECCIOSOS (Fonte Primária de Infecção): qualquer ser humano, animal, artrópodo, planta, solo, matéria ou uma combinação deles, no qual normalmente vive e se multiplica um agente infeccioso, dele depende para sua sobrevivência, reproduzindo-se onde se reproduz de maneira que pode ser transmitido a um hospedeiro suscetível.

RESISTÊNCIA: conjunto de mecanismos específicos e inespecíficos do organismo que servem de defesa contra a invasão ou multiplicação de agentes infecciosos, ou contra os efeitos nocivos de seus produtos tóxicos. Os mecanismos específicos constituem a imunidade e os inespecíficos, a resistência inerente ou natural.

RESISTÊNCIA INERENTE (Resistência Natural): é a capacidade de resistir a uma enfermidade, independente de anticorpos ou da resposta específica

dos tecidos. Geralmente depende das características anatômicas ou fisiológicas do hospedeiro, podendo ser genética ou adquirida, permanente ou temporária.

SENSIBILIDADE: é a capacidade do procedimento de diagnose de efetuar diagnósticos corretos de doença quando a mesma está presente, verdadeiros positivos ou enfermos.

SINTOMA: evidência subjetiva de doença.

SURTO: epidemia de proporções reduzidas, atingindo uma pequena comunidade humana. Muitos restringem o termo para o caso de instituições fechadas, outros o usam como sinônimo de epidemia.

SUSCETÍVEL: qualquer pessoa ou animal que supostamente não possui resistência suficiente contra um determinado agente patogênico, que a proteja da enfermidade caso venha a entrar em contato com o agente.

TAXA DE MORBIDADE: medida de frequência de doença em uma população. Existem dois grupos importantes de taxa de morbidade: as de incidência e as de prevalência.

TOXINA: proteínas ou substâncias protéicas conjugadas, letais para certos organismos. As toxinas são produzidas por algumas plantas superiores, por determinados animais e por bactérias patogênicas. O alto peso molecular e a antigenicidade das toxinas as diferenciam de alguns venenos químicos e alcalóides de origem vegetal.

TRANSMISSÃO: transferência de um agente etiológico animado de uma fonte primária de infecção para um novo hospedeiro. A transmissão pode ocorrer de forma direta ou indireta.

TRANSMISSÃO DIRETA (contágio): transferência do agente etiológico, sem a interferência de veículos.

TRANSMISSÃO INDIRETA: transferência do agente etiológico por meio de veículos animados ou inanimados. A fim de que a transmissão indireta possa ocorrer, torna-se essencial que: a) os germes sejam capazes de sobreviver fora do organismo, durante um certo tempo; b) haja veículo que os leve de um lugar a outro.

VACINA: preparação contendo microorganismos vivos ou mortos ou suas frações, possuidora de propriedades antigênicas. São empregadas para induzir em um indivíduo a imunidade ativa e específica contra um microorganismo.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (I): é, conforme o Art. 2.º da Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, “o conjunto de informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação de medidas de controle de doenças e situações de agravos à saúde”.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (II): é o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar, oportunamente, as medidas indicadas que levem à prevenção e ao controle das doenças.

VIRULÊNCIA: grau de patogenicidade de um agente infeccioso.

ZOONOSES: infecção ou doença infecciosa transmissível, sob condições naturais, de homens a animais e vice-versa.

– Outras Publicações da CGPLMS



Editoração, Revisão, Impressão, Acabamento e Expedição
Editora – Coordenação de Processo Editorial/CGDI/SAA/SE
Ministério da Saúde
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefone: (61) 2332020 fax: (61) 2339558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, dezembro 2000