Ministério da Saúde
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM
Departamento de Erradicação e Controle de Endemias - DECEN

A SUCAM E AS ENDEMIAS 1990/1994

r
A105
23s
)4

João Ferreira - 311 2259428,

A SUCAM E AS ENDEMIAS 1990/1994

MT
WA 105
B823b
e.1
1994
1 ed

CDI/SAG/MS
Conferido na Base de [illegible]

BIBLIOTECA
Ministério da Saúde
Registro
MF J310
Aquisição
Doação R$10,00
Data
21/08/97
e. 1
100 02 00 6301

A SUCAM E AS ENDEMIAS

A **SUCAM**, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, se devota ao combate às grandes endemias, sendo essencialmente órgão executivo, de campo. Trata-se de instituição peculiar trabalhando com objetivos e metas definidas, originalmente em forma de campanhas. Assim, a Campanha contra a Bouba, a Campanha contra a Varíola, a Campanha contra o **Anopheles gambiae**, a Campanha contra o Bócio Endêmico, a Campanha contra a Peste Bubônica nos portos, a Campanha contra a Meningite Meningocócica, foram sucessivamente desativadas após alcançado o objetivo. A seguir as atividades de acompanhamento epidemiológico prosseguiriam dentro de um vasto contexto interinstitucional, principalmente no setor saúde, reduzindo a participação da **SUCAM** em eventuais recrudescências a partir da detecção de novos registros da rede de saúde estadual ou municipal, o que não vem ocorrendo até o presente.

As grandes endemias são responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade, tradicionalmente chamadas "doenças tropicais". Conhecimentos atuais revelam que são antes de mais nada doenças associadas à pobreza: má qualidade de habitação, fome, falta de saneamento básico, falta de acesso à educação e má distribuição de renda. Este é o quadro no Terceiro Mundo. As endemias são geradas pela miséria e nutrem a pobreza.

Naqueles bolsões, onde falta tudo, faltam, também, recursos materiais e humanos para o combate eficaz às endemias, sem prejuízo da eventual existência de parcelas de população conscientes e ávidas por ação, dispostas inclusive a participar.

Respeitando a autonomia municipal e estadual, seria adequado admitir a existência de um órgão de preferência federal, capaz de colaborar eficazmente com o município, suprindo temporariamente as suas deficiências e assessorando-os na instalação de serviços eficazes. Alguns Estados poderão mesmo recorrer em determinadas conjunturas à União para participar temporariamente no planejamento, coordenação e avaliação dos serviços, sendo-lhes facultado mesmo a solicitação de execução pelo poder central em caráter temporário.

Em se tratando, porém, do processo saúde-doença, pelo seu dinamismo e variáveis extrasetoriais torna-se extremamente difícil a abordagem de projeções para um período quinqüenal, considerado de curto prazo, para se obter reversão de indicadores sociais a maioria deles de maturação lenta e gradual.

Tarefa difícil, mas não impossível, desde que colocada a prioridade do setor dentro de amplo contexto de um programa de governo, no qual fundamentalmente os recursos alocados representem, parcela significativa do produto interno bruto, como ponto de partida.

Dentro desta abordagem considera-se que entre as principais endemias que estão sob a coordenação da **SUCAM** pode-se obter a situação seguinte:

MALÁRIA

SITUAÇÃO DA ENDEMIA

A malária sempre foi e continua até hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do país, devido às condições bastante favoráveis à transmissão presente em mais de 80% do território brasileiro onde existe a presença constante do vetor da doença.

A luta organizada contra a malária no Brasil teve como forte estímulo a organização, desenvolvimento e êxito do programa de erradicação do **Anopheles gambiae** na região nordeste.

Com o advento do DDT, iniciou-se no final da década de 50 às operações de ataque em toda a área malárica do país, correspondente a 6,8 milhões de Km^2, objetivando com a eliminação dos vetores infectados, interromper a transmissão da doença.

A partir de 1964, os excelentes resultados obtidos com as borrifações intradomiciliares, permitiram interromper a transmissão em toda a área extra-amazônica, que passou à fase de vigilância.

Mesmo na região amazônica, onde as medidas de controle não obtiveram respostas satisfatórias, assim mesmo, extensas áreas tiveram a malária controlada.

A partir de 1970 quando se registravam apenas 51.800 casos de malária, o Governo Federal tomou a decisão política de promover a ocupação dos espaços vazios da Amazônia, só que isto ocorreu de uma maneira completamente incontrolável, e as migrações desordenadas se intensificaram para a região, especialmente para Rondônia, norte de Mato Grosso e sul do Pará, atraídos pelas construções de rodovias, construção de hidroelétricas e abundantes projetos de colonização, promovendo altas taxas de crescimento demográfico nos anos 70 e transformando estas áreas como responsáveis por mais de 80% dos casos registrados no país.

No início dos anos 80, os contingentes migratórios atingiram proporções ainda maiores, devido a intensificação dos estudos e descoberta de grandes reservas minerais, especialmente o ouro, proporcionando uma elevação da incidência da doença que atingiu em 1988 a 560.000 casos.

Felizmente, com o registro de 530.000 casos em 1989, obteve-se pela primeira vez, uma redução da incidência em 30.000 casos em relação ao ano anterior, e também a inversão da fórmula parasitária isto é, o predomínio do **Plasmodium vivax** sobre o **Plasmodium falciparum**.

II - OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA O PERÍODO 1990/1994

1. Reduzir gradualmente a incidência da endemia na Região Amazônica a níveis compatíveis com o desenvolvimento regional, em cerca de 10% anualmente a partir de 1990, obtendo a inversão da fórmula parasitária atual, permanecendo os focos resultantes às áreas de população instável (colonização, garimpo etc), cujos resultados dependerão de uma ação articulada interinstitucional na qual o setor deveria participar desde o processo de diagnóstico até a definição da política para a região de um modo global.
2. Extender o diagnóstico e o tratamento a toda a rede oficial de saúde da região, incluindo Estados e Municípios.
3. Usar como combate ao vetor medidas alternativas e complementares em áreas restritas, subsidiadas com recursos governamentais, incluindo na liberação de financiamento de órgãos de desenvolvimento regional (SUDAM - SUFRAMA), cláusulas contratuais de cuidados profiláticos contra o vetor.

4. Reduzir a taxa de mortalidade por malária até o final do período a índices aceitáveis (menos que 0,5 por 100.000).
5. Evitar a reintrodução da transmissão em áreas extra-Amazônia, limitando a vigilância epidemiológica à notificação compulsória das Unidades Federadas cabendo à SUCAM a delimitação e eliminação dos focos.
6. Regularizar e aperfeiçoar o controle da malária nas comunidades indígenas, através de acordos interinstitucionais, visando a implementação de um plano de trabalho para atender a essas comunidades da Amazônia especialmente as mais comprometidas pela endemia.

III - METAS A SEREM REALIZADAS

Para a concretização destes objetivos, a SUCAM se compromete:

a) realizar 15 milhões de borrifações domiciliares com inseticidas de efeito residual.

b) efetuar 14 milhões de exames laboratoriais de amostras de suspeitos de malária na região considerada.

c) realizar tratamentos de todos os pacientes acometidos pela enfermidade.

d) utilizar 9.000 toneladas de inseticidas de ação residual adquiridos mediante licitação internacional a cada 2 anos.

IV - PERSPECTIVAS E RESULTADOS ESPERADOS

As informações mais uma vez demonstram que o problema da malária continua tendo como reduto efetivo a Região Amazônia, particularizando dentro da região, os projetos de colonização e os garimpos de exploração manual como os grandes responsáveis pela exagerada exarcebação na transmissão da doença. Isto é devido principalmente à maneira desordenada de ocupação e a desorganização dos assentamentos que impedem a aplicação adequada das medidas de controle.

A locaçao de maior contingente de recursos, a reformulação de estratégia e a estruturação do programa, embora sejam providências imprescindíveis não são suficientes para produzir resultados mais satisfatórios, caso não venham acompanhadas de medidas que viabilizem o controle da forma de ocupação e o assentamento populacional dos grandes projetos de colonização da Amazônia, além de uma regulamentação que permita disciplinar o processo de exploração mineral

Isto implica em dizer que uma decisão política é a única via de negociação para reverter esse quadro, uma vez que as medidas de controle já não são suficientes para contornar o problema e minimizar suas conseqüências.

DOENÇA DE CHAGAS E SEU CONTROLE NO BRASIL

1. Situação no período - 1985-89

A doença de Chagas no Brasil, ao final da década de 70, acometia 5 milhões de pessoas com uma incidência de 100 mil casos novos por ano, pondo sob risco uma população de cerca de 60 milhões de indivíduos. Abrangendo 3 milhões de Km^2, do Nordeste ao Rio Grande do Sul, a área endêmica corresponde a cerca de 2.450 municípios. No período de 1985 - 89, depois de priorizado o Pro-

grama da SUCAM em 1982, conseguiu-se cobertura praticamente integral da área endêmica e logrou-se a redução da transmissão pelo inseto vetor em 600 municípios que passaram à etapa de vigilância epidemiológica. Como não há cura na fase crônica, segue alto o número de pessoas infectadas, mas raramente tem sido detectados casos agudos ou pessoas infectadas abaixo dos 10 anos de idade.

A doença tem-se urbanizado, mercê de migração rural-urbana, e hoje 60% dos "chagásicos" vivem em zonas urbanas onde pode ocorrer a transmissão da doença em bancos de sangue.

A doença segue apresentando custo social muito alto, com 20% dos infectados desenvolvendo cardiopatia chagásica a 10% formas digestivas. A mortalidade no Brasil pode estimar-se entre 30 e 40 mil casos anuais.

2. **Objetivos específicos para** 1990-94

2.1. Consolidar o controle da infestação domiciliar pelo vetor (triatomíneo) em toda a área endêmica;

2.2. Interromper a transmissão da doença seja pelo mecanismo vetorial, seja pela via transfusional humana;

.3. Reduzir a morbi-mortalidade entre a população já infectada.

3. **Metas a serem realizadas no período** - 1990-94

3.1. Pesquisa anual de 6.000.000 de unidades domiciliares e borrifação seletiva com inseticidas de 500.000 UDs, números que devem decrescer com o passar dos anos, em volta de 10 a 20% ao ano;

3.2. Realização de 500.000 exames sorológicos anuais em doadores de sangue em uma rede de 16 laboratórios regionais oficiais (atualmente em implantação);

3.3. Horizontalização do Programa ao nível de seus diversos componentes (controle do vetor, combate da transmissão transfusional e atenção médico-previdenciária ao chagásico).

4. **Perspectivas de resultados específicos ao fim de 5 anos.**

4.1. Interrupção da transmissão da doença e passagem à fase de vigilância em pelo menos 70% dos municípios da área;

4.2. Erradicação do **Triatoma infestans** (principal transmissor) no País, com significativa redução das demais espécies ao nível domiciliar;

4.3. Controle da transmissão transfusional da endemia, ou sua redução em pelo menos 80% dos níveis atuais, através de aprimoramento do sistema de hemoterapia e seleção efetiva de doadores de sangue;

4.4. Progressiva redução da morbi-mortalidade da endemia, desde que interrompida a transmissão e melhorado o sistema de atenção médico-previdenciária ao chagásico.

FEBRE AMARELA E DENGUE

1 - **Situação atual** - A febre amarela urbana desapareceu do território nacional desde 1942, com a erradicação de seu vetor urbano, o **Aedes aegypti.** - A febre amarela silvestre ocorre de forma esporádica, atingindo indivíduos não vacinados que eventualmente penetram em ecossistemas silvestres onde circula o vírus da doença. Com a reintrodução do vetor no País, a partir de 1976, possibilitou-se a ocorrência de epidemias de dengue nos anos de 1986 e 1987 que atingiram 07 Estados sendo controladas principalmente em função do trabalho emergencial de combate ao vetor. Com índices de Infestação predial baixos interrompeu-se a transmissão do dengue naquela ocasião. A persistência do **Aedes aegypti** e o contínuo aparecimento de casos de dengue em 1988 a 1989 mostram o perfil de uma doença de caráter endêmico, preocupante pelo risco permanente de introdução de novos sorotipos de dengue no país, em função das ocorrências recentes de dengue hemorrágico em países do Continente Americano. Em relação à febre amarela silvestre no período de 1985-1989, 62 casos foram confirmados, o que corresponde a uma média de 12 casos por ano.

Nesta situação é imprescindível que além do controle vetorial, a vigilância epidemiológica seja implementada a nível nacional com a participação dos diversos órgãos da área de saúde.

2 - **Objetivos específicos** - O Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue tem como objetivos gerais: manter erradicada a forma urbana de febre amarela e sob controle e forma silvestre e simultaneamente prevenir epidemias de dengue. Já os objetivos específicos são:

- Implementar a vigilância epidemiológica do dengue e febre amarela a nível nacional;
- Intensificar o programa de vacinação antiamarílica;
- Ampliar atividades de controle e vigilância nos portos, aeroportos e fronteiras;
- Intensificar as atividades de vigilância entomológica no país;
- Estudo do **Aedes albopictus** e delimitação da sua expansão geográfica;
- Capacitar no país 13 laboratórios para o diagnóstico do dengue;
- Intensificar a capacitação de virologistas para o diagnóstico do dengue;
- Intensificar as atividades entomo-epidemiológicas com países limítrofes;
- Intensificar a capacitação de recursos humanos no PDFA;
- Promover uma política participativa para a integração de atividades.

Para atingir estes objetivos, a estratégia a ser desenvolvida corresponde a três áreas de trabalho: anti-vetorial, vacinação e epidemiologia.

3. **Metas** - Desta forma, para efetivar a execução do Programa dentro dos objetivos descritos acima, teremos as seguintes metas anuais a serem atingidas:

- Estados a trabalhar - 26
- Municípios a trabalhar - 4.132
- Localidades a trabalhar - 92.444
- Casas a inspecionar - 28.439.126
- Casas a tratar - 8.482.148
- População a ser protegida - 142.195.634

Estas metas no período 1.990 - 1.994 estarão sujeitas a modificações em função do cumprimento anual e do aparecimento de situações emergenciais, tais como epidemias. A meta de vacinação antiamarílica é de 22 milhões de pessoas neste período.

4. **Perspectivas para o período 1990-1994** - Finalmente, cabe citar que, o Programa propõe reduzir e 2% o índice de Infestação Predial ao lado de um estabelecimento de um efetivo sistema de vigilância epidemiológico envolvendo Estados e municípios. Com isto espera-se que no final do período possa ser evitado a reintrodução da Febre Amarela Urbana, não ocorrência de epidemias de Dengue no país e efetivo controle de ocorrências de casos de Febre Amarela Silvestre.

CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE

O controle da esquistossomose no país, priorizado a partir de 1975/76 com o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), a partir da disponibilidade de nova droga (oxamniquine), praticamente isenta de para-efeitos e facilmente manipulável - porque administrada e eficaz em dose única-apresentou resultados bastante variáveis, o que esteve na dependência de um aporte maior ou menor de recursos e de condições de transmissão também variáveis. Em termos globais, para a região nordeste, onde foi até aqui concentrado o trabalho, partiu-se de uma prevalência inicial de 24,4%, tendo-se alcançado em 1988 níveis da ordem de 7,0%.

A concentração das atividades no nordeste, justificável pelas altas taxas de prevalência aí encontradas, e a insuficiência de recursos para a total cobertura da área endêmica, deixou até aqui parte considerável dos estados da Bahia e Minas Gerais ainda a descoberto. O Projeto de Controle de Doenças Endêmicas no Nordeste (PCDEN), implementado pela SUCAM desde 1989, deverá agora oferecer recursos suficientes para o tratamento dessa área, o que representa uma primeira prioridade do programa.

Assegurados os meios para o integral cumprimento das ações de controle da esquistossomose, conforme a metodologia expressa nas atuais normas que orientam o trabalho desenvolvido pela SUCAM - e que foram recentemente revistas, ou atualizadas, com base nos conhecimentos produzidos ou resultantes da prática do programa - julga-se factível e lícito esperar que, em um período de cinco anos (1990/94):

1º) seja **controlada a morbidade**, com a supressão de casos graves da esquistossomose no país;

2º) seja **controlada a transmissão** a níveis de prevalência que representem uma demanda suportável pela rede permanente de serviços de saúde, e que estima-se da ordem de 5%, ou menos, de exames positivos à coproscopia para a população da área endêmica (MA, CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA, MG, PR);

3º) seja **interrompida a transmissão** em áreas de focos isolados (SC, DF, RJ, PE, PI, CE, MA, PA);

4º) seja **prevenida a introdução** da doença em áreas indenes e vulneráveis (região amazônica, projetos de irrigação, hidroelétricas).

Essas expectativas correspondem aos objetivos finais do programa que, uma vez alcançados, devem levar a interrupção das ações desenvolvidas na forma de um programa vertical, com a transferência, ao menos no que respeita o diagnóstico e tratamento, à rede de serviços de estados e municípios. Até mesmo o caráter focal em que ocorre a transmissão, que terá sido grandemente reduzida quando não interrompida, recomenda seja o controle da doença exercido pelo nível local, a partir do impacto determinado pelo programa nos próximos cinco anos.

Essa transferência deverá ser gradual, na medida em que se alcance aqueles objetivos, e na medida em que se instrumentalize e capacite a rede. Para isso investimentos deverão ser feitos, especialmente no fortalecimento da vigilância epidemiológica dos estados.

No caso de focos isolados, situação para a qual se pretende a interrupção da transmissão, é condição que se faça também investimentos em obras de saneamento o que, não sendo atribuição direta da SUCAM, exigirá o trabalho associado a outras instituições. Experiências nesse sentido vem sendo já desenvolvidas em alguns desses focos, como em São Francisco do Sul (SC) e Primavera (PA).

As metas físicas estimadas para o próximo quinqüênio, garantidos os recursos e consideradas as diferentes atividades seriam:

Coproscopia	24.249.662
nº de tratamentos humanos	6.610.016
pesquisas malacológicas	894.720
nº de tratamentos os focos	81.289

LEISHMANIOSES

1 - **Situação atual** - A leishmaniose tegumentar americana e a leishmaniose visceral (calazar) ocorrem no Brasil em vastas áreas de suas macroregiões. A LTA atinge com mais intensidade as regiões norte, centro-oeste e nordeste. Enquanto o calazar predomina de forma quase absoluta no nordeste. Esta endemia tem se manifestado como importante problema no Brasil a partir da década de 50. Ambas as formas assumem destacada importância do ponto de vista econômico, pois atingem populações produtivas rurais, diminuindo a capacidade de trabalho de adultos, sobretudo, jovens, nas atividades produtivas e ainda aumentando a mortalidade infantil. Dados da SUCAM revelam que o calazar está amplamente difundido em todos os estados do nordeste, tendo sido encontradas taxas variadas de prevalência nos inquéritos caninos oscilando entre 1% a 50%. No período 1983 a 1988 foram registrados no Brasil cerca de 10.000 casos de calazar humano e 93.000 de LTA.

2 - **Objetivos específicos** (próximos cinco anos)

Objetiva-se especificamente;

a) reduzir em 80% a incidência na área de trabalho.
b) evitar a expansão da endemia para áreas indenes.
c) reduzir a zero a letalidade na área trabalhada, com o tratamento de todos os casos detectados em estreita integração com a rede básica de saúde.
d) manter os níveis satisfatórios de controle alcançados mediante um sistema adequado de vigilância.

Quanto a leishmaniose tegumentar, visa-se no período, além dos objetivos anteriores, reduzir em 50% as atividades de transmissão da endemia na área trabalhada.

3 - **Metas a serem cumpridas no período 1990-1994**

1) realizar 18.585.000 visitas domiciliares na área endêmica visando diagnóstico de casos, e educação sanitária.
2) inquérito canino em cerca de 6.500.000 cães a serem examinados.
3) eliminar cerca de 530.000 cães acometidos da doença.
4) borrifar 2.000.000 de domicílios nas Unidades Federadas em áreas de maior incidência.
5) tratar 13.000 casos de calazar e 25.000 de leishmaniose tegumentar.

4 - **Perspectivas e resultados esperados**

Implementadas as atividades contra as leishmanioses no Brasil espera-se que este agravo sanitário deixe de representar relevante problema de saúde para as regiões endêmicas, reduzindo praticamente a zero a taxa de mortalidade, permitindo que o acesso ao tratamento específico seja facultado a todo doente, dentro de uma perspectiva de trabalho conjunto entre SUCAM e a rede básica de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que concerne as endemias classificadas como "focais" - peste, tracoma, filariose e bócio endêmico, elas vêm sendo combatidas com a ajuda de outras instituições, tais como, Secretarias de Saúde, Universidades e órgãos de pesquisa. A deficiência de recursos, que compromete o melhor desempenho da SUCAM no controle destas patologias já excluídas do contexto como problemas

2 - **Objetivos específicos** (próximos cinco anos)

Objetiva-se especificamente;

a) reduzir em 80% a incidência na área de trabalho.
b) evitar a expansão da endemia para áreas indenes.
c) reduzir a zero a letalidade na área trabalhada, com o tratamento de todos os casos detectados em estreita integração com a rede básica de saúde.
d) manter os níveis satisfatórios de controle alcançados mediante um sistema adequado de vigilância.

Quanto a leishmaniose tegumentar, visa-se no período, além dos objetivos anteriores, reduzir em 50% as atividades de transmissão da endemia na área trabalhada.

3 - **Metas a serem cumpridas no período 1990-1994**

1) realizar 18.585.000 visitas domiciliares na área endêmica visando diagnóstico de casos, e educação sanitária.
2) inquérito canino em cerca de 6.500.000 cães a serem examinados.
3) eliminar cerca de 530.000 cães acometidos da doença.
4) borrifar 2.000.000 de domicílios nas Unidades Federadas em áreas de maior incidência.
5) tratar 13.000 casos de calazar e 25.000 de leishmaniose tegumentar.

4 - **Perspectivas e resultados esperados**

Implementadas as atividades contra as leishmanioses no Brasil espera-se que este agravo sanitário deixe de representar relevante problema de saúde para as regiões endêmicas, reduzindo praticamente a zero a taxa de mortalidade, permitindo que o acesso ao tratamento específico seja facultado a todo doente, dentro de uma perspectiva de trabalho conjunto entre SUCAM e a rede básica de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que concerne as endemias classificadas como "focais" - peste, tracoma, filariose e bócio endêmico, elas vêm sendo combatidas com a ajuda de outras instituições, tais como, Secretarias de Saúde, Universidades e órgãos de pesquisa. A deficiência de recursos, que compromete o melhor desempenho da SUCAM no controle destas patologias já excluídas do contexto como problemas de Saúde Pública, poderá ser amenizada com a maior participação dos Serviços de Saúde.

O Sistema Unificado de Saúde (SUS) pode ser uma solução adequada, por que evita o crescimento indefinido da SUCAM, aumentando a participação de outras instituições na solução desses agravos predispondo maior participação da comunidade.

Finalmente, diante da proposta SUS, seria recomendável à SUCAM uma revisão profunda na filosofia de trabalho do órgão, revisão marcada pela criatividade, flexibilidade e adaptabilidade com discussão ampla e democrática dentro do setor saúde, visando a transferência progressiva de suas atividades de campo aos Estados e Municípios sem prejuízo das medidas de controle e/ou erradicação das endemias. Negociações com Unidades Federadas e Municípios já em curso vem auscultando os anseios de cada um, definindo de comum acordo a forma de trabalho e respectivas responsabilidades.

A primeira vista, parece viável a transferência progressiva aos Municípios de atividades de vigilância epidemiológica, etapa preliminar, ensejando um teste das novas metodologias a serem desenvolvidas.

PREVISÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PARA O PERÍODO DE 1990/1994

Para o cumprimento das ações programáticas de Controle de Endemias em todo Território Nacional, e consequente apoio institucional de coordenação e manutenção de atividades administrativas se faz necessário a alocação dos seguintes recursos orçamentários:

ATIVIDADES	RECURSOS PREVISTOS EM US$ 1.000,00				
	1990	1991	1992	1993	1994
1 - Coordenação e manutenção dos serviços administrativos.	35.666	32.099	28.889	26.000	23.400
2 - Contribuição ao Fundo da SUCAM	760	684	616	554	499
3 - Capacitação de Recursos Humanos	19.680	17.712	15.941	14.347	12.912
4 - Controle de Malária	122.226	110.003	99.003	89.103	80.193
5 - Controle de Outras Endemias	31.223	28.101	25.291	22.762	20.486
6 - Controle da Febre Amarela	123.039	110.735	99.662	89.696	80.726
7 - Controle da Esquistossomose	38.267	34.440	30.996	27.896	25.106
8 - Controle da Doença de Chagas	88.625	79.763	71.787	64.608	58.147
9 - Controle de Doenças Endêmicas no Nordeste	85.617	77.055	69.350	62.415	56.174
10 - Controle da Malária na Bacia Amazônica	198.110	178.299	160.469	144.422	129.980
TOTAL GERAL	743.213	668.891	602.004	541.803	487.623

Ministério da Saúde
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública -SUCAM
Departamento de Erradicação e Controle de Endemias-DECEN

DETALHAMENTO DE DESPESA POR OBJETO DE GASTO
1.990 A 1.994

US$ 1.000,00

PROGRAMAS DE TRABALHO E GRUPOS DE DESPESAS	1.990	1.991	1.992	1.993	1.994
01. Coordenação e Manutenção dos Serviços Administrativos	35.666	32.099	28.889	26.000	23.400
1.1. Pessoal e encargos sociais	20.223	18.200	16.380	14.742	13.268
1.2. Outras despesas correntes	13.053	11.748	10.573	9.516	8.564
1.3. Despesa de capital	2.390	2.151	1.935	1.742	1.568
02. Contribuição ao Fundo da SUCAM	760	684	616	554	499
2.1. Pessoal e encargos sociais	380	342	308	277	249
2.2. Outras despesas correntes	266	239	216	194	175
2.3. Despesa de capital	114	103	92	83	75
03. Capacitação de Recursos Humanos	19.680	17.712	15.941	14.347	12.912
3.1. Pessoal e encargos sociais	16.708	15.037	13.534	12.181	10.962
3.2. Outras despesas correntes	2.814	2.533	2.279	2.052	1.846
3.3. Despesa de capital	158	142	128	114	104
04. Controle de Malária	122.226	110.003	99.003	89.103	80.193
4.1. Pessoal e encargos sociais	82.503	74.252	66.827	60.145	54.130
4.2. Outras despesas correntes	28.234	25.411	22.870	20.583	18.525
4.3. Despesa de capital	11.489	10.340	9.306	8.375	7.538
05. Controle de Outras Endemias	31.223	28.101	25.291	22.762	20.486
5.1. Pessoal e encargos sociais	15.861	14.275	12.848	11.563	10.407
5.2. Outras despesas correntes	14.831	13.348	12.013	10.812	9.731
5.3. Despesa de capital	531	478	430	387	348
06. Controle de Febre Amarela	123.039	110.735	99.662	89.696	80.726
6.1. Pessoal e encargos sociais	54.629	49.166	44.250	39.825	35.842
6.2. Outras despesas correntes	53.153	47.838	43.054	38.749	34.874
6.3. Despesas de capital	15.257	13.731	12.358	11.122	10.010
07. Controle de Esquistossomose	38.267	34.440	30.996	27.896	25.106
7.1. Pessoal e encargos sociais	24.606	22.145	19.930	17.937	16.143
7.2. Outras despesas correntes	11.404	10.263	9.237	8.313	7.482
7.3. Despesas de capital	2.257	2.032	1.829	1.646	1.481
08. Controle da Doença de Chagas	88.625	79.763	71.787	64.608	58.147
8.1. Pessoal e encargos sociais	49.453	44.508	40.057	36.051	32.446
8.2. Outras despesas correntes	33.855	30.469	27.423	24.680	22.213
8.3. Despesas de capital	5.317	4.786	4.307	3.877	3.488
09. Controle de Doenças Endêmicas no Nordeste	85.617	77.055	69.350	62.415	56.174
9.1. Pessoal e encargos sociais	17.038	15.334	13.801	12.421	11.179
9.2. Outras despesas correntes	54.367	48.930	44.037	39.634	35.670
9.3. Despesas de capital	14.212	12.791	11.512	10.360	9.325
10. Controle da Malária na Bacia Amazônica	198.110	178.299	160.469	144.422	129.980
10.1. Pessoal e encargos sociais	81.027	72.924	65.632	59.069	53.162
10.2. Outras despesas correntes	73.301	65.971	59.374	53.436	48.093
10.3. Despesas de capital	43.782	39.404	35.463	31.917	28.725
T O T A L G E R A L	743.213	668.891	602.004	541.803	487.623

Ministério da Saúde
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública -SUCAM
Departamento de Erradicação e Controle de Endemias-DECEN

COMPARATIVO ENTRE PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA INICIAL DA SUCAM E LEI ORÇAMENTÁRIA PARA 1.990

US$ 1.000,00

PROGRAMAS DE TRABALHO	PROPOSTA INICIAL	LEI ORÇAMENTÁRIA 1.990	DIFERENÇA %
01. Coordenação e Manutenção dos Serviços Administrativos	35.666	20.301	- 43
02. Contribuição ao Fundo da SUCAM	760	806	+ 6
03. Capacitação de Recursos Humanos	19.680	4.007	- 80
04. Controle da Malária	122.226	61.264	- 50
05. Controle de Outras Endemias	31.223	22.269	- 29
06. Controle da Febre Amarela	123.039	61.269	- 50
07. Controle da Esquistossomose	38.267	19.743	- 48
08. Controle da Doença de Chagas	88.625	41.264	- 53
09. Controle de Doenças Endêmicas no Nordeste	85.617	73.988	- 14
10. Controle da Malária na Bacia Amazônica	198.110	129.276	- 35
T O T A L G E R A L	743.213	434.187	- 42

Biblioteca MS
1000200301