

Silvia Jurema Leone Quaresma

**OS CAMINHOS E DESCAMINHOS DA VIGILÂNCIA DAS
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UM ESTUDO DE
CASO NUM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Orientadora: Professora Doutora Márcia Grisotti

Coorientador: Professor Doutor Fernando Dias de Avila Pires.

Florianópolis
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Quaresma, Sílvia Jurema Leone

Os caminhos e descaminhos da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil [tese] : um estudo de caso num município de Santa Catarina / Sílvia Jurema Leone Quaresma ; orientadora, Márcia Grisotti ; co-orientador, Fernando Dias de Avila Pires. - Florianópolis, SC, 2012.

518 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política.

Inclui referências

1. Sociologia Política. 2. Sociologia da Saúde. 3. Descentralização da Saúde. 4. História da Saúde Pública. I. Grisotti, Márcia. II. Avila Pires, Fernando Dias de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. IV. Título.

Silvia Jurema Leone Quaresma

**OS CAMINHOS E DESCAMINHOS DA VIGILÂNCIA DAS
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UM ESTUDO DE
CASO NUM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutora em Sociologia Política”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política.

Florianópolis, 26 de novembro de 2012.

Prof. Dr. Ricardo Gaspar Müller
Coordenador do Programa de Pós-Graduação de Sociologia Política
Universidade Federal de Santa Catarina

_____/_____/_____
Data de aprovação

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Márcia Grisotti (orientadora)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Fernando Dias de Avila Pires (coorientador)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Ana Cláudia Delfini Capistrano de Oliveira
Universidade do Vale do Itajaí

Prof., Dr. João Carlos Caetano
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Luzinete Simões Minella
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Zilda Pereira da Silva
Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas a quem devo agradecer, mas, em primeiro lugar destaco minha família que acreditou comigo que é possível sonhar e realizar nossos sonhos.

Sou muito grata à Dr.^a Márcia Grisotti, que antes de tudo se tornou uma amiga e a quem tenho muito carinho, orientadora deste trabalho por se dedicar junto comigo na procura minuciosa de ideias que pudessem colaborar na construção científica deste trabalho de pesquisa. E também sou grata ao Dr. Fernando Dias de Avila Pires, coorientador deste trabalho, por compartilhar comigo todo o seu conhecimento e experiência, que não é pouca.

Agradeço a banca que fez parte da qualificação do projeto de pesquisa, cujos componentes foram: Dr. Alcides Milton da Silva e Dr. Fernando Dias de Avila Pires, pelo incentivo e pelas sugestões que foram apresentadas para que este trabalho se desenvolvesse de forma mais criteriosa.

Quero agradecer a todos os profissionais entrevistados do município de pesquisa pela transmissão de informações que colaboraram na construção deste trabalho. E agradeço especialmente aos sanitaristas/pesquisadores entrevistados que compartilharam comigo toda a esperança de haver um futuro melhor para a saúde pública no Brasil.

Não posso deixar de agradecer a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por garantir, por meio de bolsa, que esta pesquisa fosse concluída. E gostaria de deixar registrada a importância, para todos os estudantes de graduação e pós-graduação, do Portal Brasileiro de Informações Científicas que faz parte da CAPES, quanto ao acesso e divulgação da produção científica na forma de dissertações, teses e também os artigos disponíveis em periódicos. As informações científicas contidas neste portal são um caminho aberto para descobertas únicas, sem as quais não conseguiríamos nutrir nossas pesquisas de referências pertinentes e atualizadas.

Meus agradecimentos também vão para as pessoas que contribuíram para o meu desenvolvimento acadêmico, entre elas destaco todos os professores que fizeram e ainda fazem parte do curso de Ciências Sociais, assim como, os professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP) da Universidade Federal de Santa Catarina. Minha gratidão especial vai para o prof. Erni José Seibel por ter plantado a semente das políticas públicas em meu pequeno

canteiro de aprendizados. Agradeço também aos funcionários do PPGSP: Albertina Buss Volkmann, Maria de Fátima Xavier da Silva e Otto Volkmann.

Agradeço a todos os amigos que fiz durante essa jornada de absorção de conhecimentos. Os amigos são tantos que corro o risco de esquecer alguns, portanto, não vou nominá-los todos. Mas, gostaria de agradecer especialmente aos amigos que fiz no ECOS; a Carmen Rosário Ortiz Gutierrez Gelinski por seu incentivo; a Valdete Boni pelas conversas e incentivos mútuos; e a Ana Paula Saccol por ter aguentado minhas lamúrias.

**Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende
o que ensina (Cora Coralina)**

RESUMO

Nesta tese valemo-nos de uma dualidade de métodos (pesquisa bibliográfica, com ênfase numa revisão histórica, e estudo de caso, na forma como é realizado nas Ciências Sociais); utilizamos diferentes fontes de dados; e também, entrevistas realizadas com uma tríade de profissionais, quais sejam, alguns sanitaristas/pesquisadores que atuaram na saúde pública do Brasil entre as décadas de 1960-1990, um técnico do setor de vigilância epidemiológica de SC e alguns profissionais das unidades de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária do município de pesquisa, para atingir o seguinte objetivo: analisar qualitativamente as trajetórias das políticas e das instituições que estavam relacionadas à vigilância das doenças transmissíveis no Brasil no período anterior a década de 1990 e posterior a esta; identificando os possíveis elementos remanescentes que estruturam essas políticas hoje; analisando as fragilidades da descentralização do setor da saúde, segundo a percepção de alguns sanitaristas/pesquisadores; e avaliando como um município de Santa Catarina está absorvendo todas as mudanças ocorridas na saúde com relação à municipalização das ações e serviços da vigilância das doenças transmissíveis. Ao longo dos capítulos da tese foi possível verificar que desde a chegada da Família Real, em 1808, as políticas de saúde no Brasil foram marcadas pela inauguração de vários órgãos (SESP, FSESP, DENERU, SUCAM, FUNASA) que podem ser considerados como instrumentos de combate às doenças transmissíveis. Todos esses órgãos foram se transformando de acordo com os problemas emergenciais na saúde pública e também conforme o momento político vigente no país que ora impunha a centralização e ora estabelecia a descentralização do setor da saúde. A partir da década de 1990, com a inauguração de um novo modelo descentralizado de política de saúde, houve a recapitulação da competência dos entes federados ficando os serviços e ações destinados à vigilância das doenças transmissíveis para os municípios. Essas mudanças, por um lado, proporcionaram aspectos positivos para os municípios, uma vez que, esses passaram a ter maior autonomia em relação as suas demandas em saúde; houve uma normatização em relação ao repasse de recursos para a Vigilância em Saúde; bem como, suscitou um maior investimento em capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de Vigilância em Saúde municipais e com isso ocorreu a desmonopolização do conhecimento da Epidemiologia e controle de doenças; sucedeu também um grande avanço no processamento e agilidade das informações provenientes da

notificação de doenças e investigação epidemiológica que devem ser registradas no SINAN oportunizando vários tipos de análise da situação de saúde da população seja em nível local, estadual ou ainda federal. Por outro lado, ainda há vários problemas a serem superados como, por exemplo, a falta de aparelhamento dos municípios frente às novas responsabilidades que acabam acentuando uma grande diversidade de níveis de organização setorial no país; a carência de profissionais de nível superior capacitados, inclusive, em Epidemiologia nos municípios; falta de políticas intersetoriais que tenham como prioridade sanar problemas em relação à prevenção e o controle das doenças transmissíveis; as falhas no processo de notificação das doenças transmissíveis, tanto no setor público quanto no privado, que acabam distorcendo a qualidade dos dados no SINAN comprometendo a análise realizada pelos órgãos competentes para a tomada de decisão. No entanto, há municípios, como o pesquisado neste trabalho, que estão conseguindo superar esses entraves com o comprometimento tanto dos profissionais das vigilâncias (ambiental, epidemiológica e sanitária) quanto dos gestores e assim estão caminhando gradualmente para a organização de uma prática intersetorial de gestão da saúde pública.

Palavras chaves: Políticas de Saúde. Descentralização do Setor da Saúde. Vigilância das Doenças Transmissíveis. Intersetorialidade. Notificação de Doenças.

ABSTRACT

In this thesis we make use of two methods - literature research focusing on a historical review and case study research such as carried out in the Social Sciences -, different data sources and interviews with three types of professionals - health workers/researchers who worked in Brazil's public health system between 1960 and 1990, one worker from the epidemiological surveillance system of Santa Catarina and workers from the units of epidemiological, environmental and health surveillance of one municipality of the state of Santa Catarina - to achieve our purpose, which is to qualitatively analyze the trajectories of the policies and institutions that were concerned with the surveillance of communicable diseases in Brazil before the 1990s and after. To do this we identify the remaining elements which may still frame these policies today, we analyze the weaknesses of the decentralization of the health sector according to the viewpoint of renowned health workers/researchers, and we assess how the municipality in question is absorbing the changes in the health system which have to do with the municipalization of the actions and services of communicable disease surveillance. As this thesis progresses, it is possible to see that since the arrival of the Royal Family in Brazil in 1808, health policies have been influenced over time by the establishment of several organizations (SESP, FSESP, DENERU, SUCAM, FUNASA) which can be considered as weapons in the fight against communicable diseases. All of these suffered changes following emergency problems in the public health system and political turns in the country which alternately called for the centralization or the decentralization of the health sector. From the 1990s, with the establishment of a new decentralized model and the redistribution of competence between the federal entities, responsibility for the services and activities of communicable disease surveillance fell on the municipalities. On the one hand, these were positive changes. Municipalities were given greater autonomy over their health demands, the transfer of funds for Health Surveillance was regulated and investments on professional training for municipal Health Surveillance workers increased, which led to the de-monopolization of knowledge on Epidemiology and disease control. In addition, there were great developments in the processing of information to be recorded in SINAN regarding the notification of diseases and epidemiological research, which has facilitated several types of analyses of the health situation of the population on local, state and national level. On the other hand, several problems have yet to be overcome, such as lack of equipment in

municipalities to deal with these new responsibilities, complicated by a wide variation in sectoral organization across the country; lack of trained, graduate professionals in Epidemiology and other areas in these municipalities; lack of intersectoral policies aimed primarily at the prevention and control of communicable diseases; flaws in the process of notification of communicable diseases both in the public and private sectors, affecting the quality of the data stored in SINAN and consequently the results of analyses conducted by the competent bodies for decision-making. However, there are some municipalities such as the one focused on in this study which are finding ways to overcome these barriers through commitment from both (environmental, epidemiological and health) surveillance professionals and administrators. These municipalities are moving gradually towards an intersectoral management of public health.

Keywords: Health Policies. Decentralization of the Health Sector. Communicable Disease Surveillance. Intersectorality. Notification of Diseases.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Finalidades da SUCAM.....	104
Quadro 2 Versos escritos por um guarda de endemias (1987).....	109
Quadro 3 – Dez mandamentos da municipalização da saúde na década de 1970.....	117
Quadro 4 – Pontos acordados para a integração da SUCAM ao SUDS	131
Quadro 5 - Competências do SUS segundo a Constituição Federal de 1988.....	134
Quadro 6 – Campos de atuação do SUS.....	146
Quadro 7 - Áreas de responsabilidades sanitárias dos entes federados – Pacto de Gestão/SUS.....	159
Quadro 8 - Fundamentos da ABS - 2006.....	164
Quadro 9 - Aspectos positivos e as fragilidades da descentralização do sistema de saúde segundo as percepções dos entrevistados	169
Quadro 10 - Responsabilidades da SVS - 2003.....	195
Quadro 11 - Campos de ações que competem a Vigilância em Saúde	196
Quadro 12 - Atribuições específicas dos ACSs e ACEs na ABS.....	202
Quadro 13 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à dengue para os anos de 2010/2011.....	205
Quadro 14 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à hanseníase para os anos de 2010/2011	206
Quadro 15 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à tuberculose, vírus influenza e hepatite para os anos de 2010/2011.....	207
Quadro 16 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à HIV e sífilis para os anos de 2010/2011.....	208
Quadro 17 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente às zoonoses em 2010/2011.....	209
Quadro 18 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente às doenças imunopreveníveis em 2010/2011.....	210
Quadro 19 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente ao saneamento ambiental em 2010/2011	210
Quadro 20 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente ao controle de infecção em serviços de saúde em 2011	212

Quadro 21 - Lista de Notificação Compulsória - 2010	226
Quadro 22 - Lista Nacional de Compulsória Imediata - 2010	227
Quadro 23 - Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas - 2010	228
Quadro 24 - Doenças e agravos de notificação compulsória em SC – 2010	229
Quadro 25 - Roteiro para investigação epidemiológica de casos esporádicos.....	233
Quadro 26 - Prazo para encerramento oportuno da investigação por doença/agravo	236
Quadro 27 - Roteiro para investigação de surtos e epidemias	238
Quadro 28 - Dados sobre a situação da tuberculose, hanseníase, AIDS, sífilis congênita, esquistossomose, tracoma, raiva e hantavirose em SC, 2000-2008	245
Quadro 29 - Dados sobre a situação da leishmaniose, leptospirose, febre maculosa, DTAs, sarampo, rubéola, tétano neonatal, meningites, hepatites virais e dengue em SC, 2000-2008	246
Quadro 30 - Aspectos positivos e fragilidades da descentralização dos serviços e ações da vigilância epidemiológica referente às doenças transmissíveis segundo os entrevistados	256
Quadro 31 - Recursos humanos das três unidades de vigilância de Ninféia	324
Quadro 32- Pontos não aprimorados na descentralização do setor da saúde segundo os entrevistados X Observações realizadas em Ninféia	385
Quadro 33 -- Fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica segundo os entrevistados X Observações realizadas em Ninféia	387
Quadro 34 - Alguns elementos remanescentes das políticas de saúde do período anterior à década de 1990	396
Quadro 35 – Principais competências dos municípios em relação à vigilância das doenças transmissíveis segundo o MS X Resultados apurados no estudo de caso.....	398
Quadro 36 – Principais competências dos municípios em relação à vigilância das doenças transmissíveis segundo o MS X Resultados apurados no estudo de caso.....	399

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Familiar de Ninfeia, Florianópolis, Joinville e Blumenau - out/2008	306
Tabela 2- População residente em Ninfeia por faixa etária e sexo, 2009	307
Tabela 3 - Despesa em saúde/hab. com recursos próprios – Ninfeia 2006-2009	308
Tabela 4 - Recursos humanos na saúde até 2009 - Ninfeia	311
Tabela 5 - Verbas repassadas ao município de Ninfeia – 2002-2011 (fundo a fundo).....	318
Tabela 6 - Casos de acidentes por escorpiões. Brasil, Grandes Regiões. 2000 a 2008.....	349
Tabela 7 - Número de doenças notificadas em Ninfeia - série histórica, 2001-2011	369
Tabela 8 - Casos de hanseníase notificados X Casos novos confirmados - Ninfeia, 2001-2011	381
Tabela 9 – Total de casos confirmados de hepatite vírus A, B, C: Brasil, Santa Catarina e Ninfeia, 2001-2011.	383

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estabelecimentos de saúde- Ninféia, 2010	309
Gráfico 2 - Causas de mortalidade proporcional (%) de todas as idades segundo grupo de causas – Ninféia 2008	312

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Como deveria ser a intrasetorialidade entre as vigilâncias .	200
Figura 2 - Como deveria ser a intrasetorialidade entre as vigilâncias e a ESF.....	201
Figura 3 - Doenças transmissíveis de responsabilidade da ABS e da vigilância epidemiológica	304
Figura 4 - Fluxograma das notificações em Ninféia	325
Figura 5 - Fluxograma da ordenação de transmissão de informações nas emergências de saúde pública	334
Figura 6 - A intrasetorialidade entre as vigilâncias em Ninféia	357
Figura 7 – Ações intrasetoriais entre as vigilâncias e o PSF.....	359
Figura 8 - Práticas intersetoriais em Ninféia envolvendo a UVAN	365

LISTA DE SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde
ACEs – Agentes de Combate de Endemias
ACs – Agentes Comunitário de Saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CBVA - Curso Básico de Vigilância Ambiental
CBVE - Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
CEHSP - Curso Especial de Higiene e Saúde Pública
CEM – Campanha de Erradicação de Malária
CEME - Central de Medicamentos
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CIBs – Comissões Integrestores Bipartite
CIDASC - Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CITs – Comissões Intergestores Tripartite
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CR/SC - Conselho Regional dos Serviços Sociais Rurais de Santa Catarina
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DDT - Dicloro-Difenil-Tricloroetano
DECEN - Departamento de Erradicação e Controle de Endemias
DENERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais
DGSP - Diretoria Geral de Saúde Pública
DIVE/SC – Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina
DP – Dependência de Trajetória
DNS - Departamento Nacional da Saúde
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTAS – Doenças Transmitidas por Alimentos
ECOS - Núcleo de Ecologia Humana e Saúde
EPAGRI - Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FAMANI - Fundação Municipal de Meio Ambiente de Ninféia
FARESC - Federação Rural de Serviços Sociais de Santa Catarina
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FII - Ficha Individual de Investigação de Caso Esporádico
FIN - Ficha Individual de Notificação
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA - Fundação Nacional da Saúde
GEIN - Grupo Executivo Interministerial
HPV - Papilomavírus humano
IAIA - Instituto de Assuntos Interamericanos
IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF – Índice de Desenvolvimento Familiar
IECE - Investigação Epidemiológica de Casos Esporádicos
IHSP - Instituto de Higiene de São Paulo
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INERU - Instituto Nacional de Endemias Rurais
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
JCHP - Junta Central de Higiene Pública
JVC - Junta Vacínica da Corte
MDB - Movimento Democrático Brasileiro
MES - Ministério de Educação e Saúde
MESP - Ministério da Educação e da Saúde Pública

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
NOASs – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOBs – Normas Operacionais Básicas
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PA – Posto de Atendimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS - Programa de Ações Integradas em Saúde
PAVS – Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PFVPS - Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PMC - Projeto Montes Claros
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNI - Programa Nacional de Imunização
PNS - Plano Nacional de Saúde
PPI-ECD - Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
PPI-VS - Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
PVVPS - Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde
SBS - Serviços Básicos de Saúde
SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional
SESs - Secretarias Estaduais de Saúde
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SIM – Sistema Nacional de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SMSs – Secretarias Municipais de Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SSP - Secretaria de Saúde Pública
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TFECD - Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
UVAN - Unidade de Vigilância Ambiental de Ninféia
UVES - Unidades de Vigilância Epidemiológica
UVEN – Unidade de Vigilância Epidemiológica de Ninféia
UVSN - Unidade de Vigilância Sanitária de Ninféia
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	33
AS ESCOLHAS	33
1.1 OBJETIVO GERAL DA PESQUISA.....	41
1.1.1 Primeira fase da pesquisa: objetivos específicos, método e técnicas de pesquisa	42
1.1.2 Segunda fase da pesquisa: objetivos específicos, método e técnicas de pesquisa	44
1.2 A ESCOLHA DO MUNICÍPIO DE PESQUISA	48
1.3 TRABALHO DE CAMPO	50
1.3.1 Percurso da primeira etapa do trabalho de campo	51
1.3.2 Percurso da segunda etapa do trabalho de campo.....	52
1.3.3 Percurso da terceira etapa do trabalho de campo.....	52
1.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	55
1.5 ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS DA TESE	55
CAPÍTULO 2	59
A VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE CENTRALIZAÇÃO/DESCENTRALIZAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE	59
2.1 O SÉCULO XIX E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	60
2.1.1 A República Velha e a descentralização do setor da saúde	62
2.2 ALGUMAS TRANSFORMAÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XX.....	65
2.2.1 As condições sanitárias do sertão brasileiro na década de 1910 e a atuação da Fundação Rockefeller	67
2.2.2 A saúde pública no Brasil na década de 1920	73
2.2.2.1 Chagas e a reforma na saúde pública na década de 1920	74
2.2.2.2 A institucionalização do ensino de saúde pública no Brasil	75
2.2.2.3 Ser médico sanitarista no Brasil.....	79
2.2.3 De 1930 a 1945: a saúde pública com Vargas no poder	80
2.2.3.1 O SESP e a organização da saúde pública no Brasil.....	83

2.2.4 Década de 1950: a criação do Ministério da Saúde e do DENERU.....	89
2.2.4.1 O DENERU e o INERU	91
2.2.5 Década de 1960: a transformação do SESP em Fundação e as “novas” ideias sobre municipalização da saúde	94
2.2.5.1.SESP: de Serviço Especial para Fundação.....	96
2.2.5.2 O projeto de municipalização da saúde na 3ª CNS	100
2.2.6 Década de 1970: reorganização da saúde pública no Brasil e as novas propostas mundiais	102
2.2.6.1 A organização da SUCAM.....	103
2.2.6.1.1 A integração da SUCAM com o setor da educação e com as necessidades da comunidade.....	106
2.2.6.1.2 O trabalho do guarda sanitário da SUCAM	108
2.2.6.1.3 Os primeiros abalos na estrutura da SUCAM	111
2.2.6.2 O estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde.....	113
2.2.6.3 Criação de novos projetos na saúde na década de 1970 no Brasil	114
2.2.6.4 As propostas mundiais de promoção de saúde.....	119
2.2.7 A década de 1980: caminhando para a descentralização do setor da saúde	121
2.2.7.1 O Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS)	123
2.2.7.2 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a nova reorganização do sistema de saúde.....	125
2.2.7.2.1 Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS).....	126
2.2.7.2.2 A participação da SUCAM no SUDS ou o fim da instituição?	130
2.2.7.3 A Constituição Federal de 1988.....	133
2.2 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO	135
CAPÍTULO 3	139
A IMPLANTAÇÃO DO SUS E A DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL	139
3.1 O CONCEITO DESCENTRALIZAÇÃO NA LITERATURA	141
3.2 DESCENTRALIZANDO O SETOR DA SAÚDE NO BRASIL .	143

3.3 O SUS NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE DESCENTRALIZADO	145
3.3.1 O SUS e as competências administrativas dos entes federados..	147
3.3.1.1 Um breve comentário sobre as Normas Operacionais do SUS	149
3.3.2 FUNASA: instrumento da descentralização das ações da vigilância epidemiológica	154
3.3.2.1 A transferência dos recursos da FUNASA para os estados e municípios	155
3.3.3 O SUS e a efetivação do Pacto pela Saúde	157
3.3.4 O SUS e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	161
3.4 O IMPASSE NA DESCENTRALIZAÇÃO DA ABS E DO CONTROLE E COMBATE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, SEGUNDO AS PERCEPÇÕES DOS SANITARISTAS/PESQUISADORES ENTREVISTADOS	165
3.4.1 As percepções dos entrevistados quanto aos aspectos positivos e as fragilidades da descentralização do sistema de saúde	169
3.5 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO	175
CAPÍTULO 4	181
A VIGILÂNCIA NO BRASIL	181
4.1 A DISSEMINAÇÃO DO CONCEITO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	181
4.2 ESTRUTURAÇÃO DO SNVE NO BRASIL NA DÉCADA DE 1970.....	186
4.3 A REESTRUTURAÇÃO DO SNVE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO SUS.....	188
4.4 A ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL.....	194
4.4.1 Os campos integrados da Vigilância em Saúde no Brasil	196
4.4.1.1 A integração da Vigilância em Saúde com outras áreas afins .	200
4.4.2 A SVS e as mudanças na pactuação entre os entes federados	203
4.4.3 A SVS e as mudanças e incrementos no financiamento dos recursos da Vigilância em Saúde	213
4.4.4 Capacitação em Vigilância em Saúde	216

4.5 O ATUAL PROCESSO FUNCIONAL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA INSERIDA NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL	218
4.5.1 A notificação de doenças e agravos e o SINAN	220
4.5.2 As atuais listas de doenças de notificação	224
4.5.2.1 Ficha individual de notificação	230
4.5.3 Investigação epidemiológica de campo.....	232
4.5.3.1 Etapas da investigação epidemiológica de casos individuais (esporádicos).....	232
4.5.3.2 Etapas da investigação de surtos e epidemias	237
4.6 ALGUNS ASPECTOS SOBRE A ATUAL SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL E EM SANTA CATARINA	241
4.6.1 A situação das doenças transmissíveis em Santa Catarina... 244	
4.6.2 Alguns êxitos no controle de certas doenças transmissíveis no Brasil	253
4.7 AS PERCEPÇÕES DOS ENTREVISTADOS SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA REFERENTE ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	255
4.7.1 Representação da vigilância epidemiológica segundo as percepções dos entrevistados.....	268
4.8 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO	275
CAPÍTULO 5.....	281
A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NUM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO DE CASO.....	281
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DE NINFEIA.....	282
5.2 A MALÁRIA DE BROMÉLIAS EM SANTA CATARINA E O TRABALHO DOS GUARDAS DE ENDEMIAS.....	283
5.2.1 A SUCAM e a FUNASA em SC: o trabalho de um guarda de endemias, 1970-1990	286
5.3 ALGUNS DADOS SOBRE A ESTRUTURA DO SETOR SAÚDE EM NINFEIA NO PERÍODO ANTERIOR A DESCENTRALIZAÇÃO: DÉCADA DE 1980.....	301

5.4 INÍCIO DA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MUNICIPALIZADA EM NINFEIA - DÉCADA DE 1990.....	304
5.5 NINFEIA NA VIRADA DO SÉCULO: POPULAÇÃO E ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS	305
5.5.1 A saúde em números: alguns dados sobre Ninféia	308
5.6 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE NINFEIA	312
5.6.1 Cursos de capacitação para a Vigilância em Saúde de Ninféia..	314
5.6.2 Repasse de verbas fundo a fundo.....	317
5.6.3 Os recursos humanos das vigilâncias em Ninféia	323
5.7 AS PRINCIPAIS ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DA UVEN.....	325
5.8 AS ATIVIDADES INERENTES À VIGILÂNCIA AMBIENTAL DE NINFEIA	337
5.8.1 As atividades das mulheres na UVAN: trabalhos educativos.....	339
5.8.2 As atividades dos homens na UVAN: trabalho de campo no controle e monitoramento de vetores.....	342
5.9 ALGUMAS ATIVIDADES DA UVSN	353
5.10 A UNIÃO É O CAMINHO DA FORÇA: ATIVIDADES INTRASETORIAIS NO SETOR SAÚDE EM NINFEIA.....	356
5.10.1 Ações intrasetoriais entre as vigilâncias e o PSF	359
5.10.2 Problemas intrasetoriais: As vigilâncias de Ninféia e a Regional de Saúde	361
5.11 A INTERSETORIALIDADE EM NINFEIA EM RELAÇÃO AO COMBATE DE VETORES DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	362
5.12 Interferências políticas no trabalho das vigilâncias.....	366
5.13 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EM NINFEIA	367
5.14 PERCEPÇÕES DOS SANITARISTAS/PESQUISADORES E DO TÉCNICO DA DIVE/SC X RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO EM NINFEIA.....	384
5.15 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO.....	389
CAPÍTULO 6.....	391
CONSIDERAÇÕES FINAIS	391

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	401
APÊNDICE.....	439
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	441
APÊNDICE B - Roteiro de questões para os sanitaristas/pesq.....	443
APÊNDICE C Roteiro de questões para o técnico da Secretaria de Saúde de SC	444
APÊNDICE D – Roteiro de questões para o ACE da vigilância ambiental.....	445
APÊNDICE E - Roteiro de questões para os profissionais da vigilância epidemiológica.....	446
APÊNDICE F - Roteiro de questões para enfermeira da vigilância epidemiológica.....	447
APÊNDICE G - Roteiro de questões para o profissional da vigilância ambiental.....	448
APÊNDICE H - Roteiro de questões para o profissional da vigilância sanitária.....	449
ANEXO.....	451
ANEXO A – Foto da primeira turma do curso de educadores sanitários do Instituto de Higiene, São Paulo, 1927.....	453
ANEXO B - Serviço Especial de Saúde Pública: Estrutura Administrativa em 1943.....	454
ANEXO C - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública: Estrutura Administrativa em 1961.....	456
ANEXO D- As Diretorias Regionais da SUCAM e seus respectivos distritos.....	457
ANEXO E - Competências dos entes federados na gestão do SNVE de acordo com a Portaria nº 1.399/1996	458
ANEXO F – Apresentação de parte do Decreto nº 7.336 de 2010, que trata das competências dos departamentos da SVS.....	463
ANEXO G - Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004	467
ANEXO H – Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) 2010-2011	474
ANEXO I – Mapa de adesão dos municípios catarinenses ao Pacto de Gestão até o ano de 2010	479
ANEXO J – As competências dos entes federados no que diz respeito a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância	

Sanitária, conforme a Portaria GM nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009.....	480
ANEXO K - Ficha individual de notificação (FIN).....	489
ANEXO L - Fluxograma de informações do SINAN.....	489
ANEXO M – Ficha de investigação epidemiológica (FII).....	491
ANEXO N - Ficha de investigação de surto	493
ANEXO O Casos notificados no SINAN 1999- 26/07/2010 – Santa Catarina	494
ANEXO P - Tabela com óbitos por doenças transmissíveis por ano segundo unidades da federação. Período: 1990-2000	495
ANEXO Q – Descentralização em SC: 36 SDRs.....	497
ANEXO R - Planilha de pactuação das responsabilidades do município de Ninféia - homologada em 2011	498
ANEXO S - Mapa da pobreza e desigualdade do estado de SC – 2003... ..	506
ANEXO T - Utilização dos recursos do PFFVPS	507
ANEXO U - Jogo da dengue.....	508
ANEXO V - Fotos das palestras realizadas nas escolas de Ninféia sobre a dengue	509
ANEXO W - Mapeamento de armadilhas em bairros de Ninféia	512
ANEXO X – Folder e bilhete que são deixados nas residências de Ninféia quando o morador não se encontra em casa	513
ANEXO Y – Armadilhas para mosquito <i>Aedes Aegypti</i>	514
ANEXO Z – Municípios com registro de focos do <i>Aedes Aegypti</i> em Santa Catarina – 2011	515
ANEXO AA - Organograma das atividades da UVSN.....	516
ANEXO BB– Foto do interior do galpão de material reciclado em Ninféia.....	517
ANEXO CC- Levantamento Populacional de Cães e Gatos por área no município – 2010, Ninféia.....	518

CAPÍTULO 1

AS ESCOLHAS

O presente trabalho de pesquisa¹ tem como tema as políticas de saúde pública no Brasil destinadas à vigilância das doenças transmissíveis. O interesse pelo tema foi despertado quando comecei a participar de uma pesquisa, vinculada ao Núcleo de Ecologia Humana e Saúde (ECOS), que tinha como objetivo analisar as mudanças ocorridas nas políticas de saúde no Brasil com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990. Ao iniciar os estudos foram sendo geradas várias indagações e, todas elas, estavam voltadas para o período anterior a década de 1990: como era o sistema de saúde pública no Brasil antes da criação do SUS? Como estava estabelecida a vigilância epidemiológica no período anterior a descentralização do setor da saúde? E quais as condições que tornaram possível a criação do SUS?

Essa curiosidade ficou ainda acentuada ao conversar com a Prof^a. Dr^a. Márcia Grisotti e descobrir que entre os membros do grupo do ECOS havia um professor, o Dr. Fernando Dias de Avila Pires, que acompanhou boa parte das mudanças que ocorreram no sistema de saúde público no Brasil. Apressadamente marquei uma primeira reunião informal para conversarmos sobre este tema. E foi nessa reunião que surgiu o embrião desta tese que com o passar do tempo foi amadurecendo e se transformando, conforme relatarei a seguir.

Inicialmente a ideia era realizar uma pesquisa que estivesse centrada na vigilância epidemiológica no período anterior as mudanças legisladas com a promulgação da Constituição Federal de 1988. E, sendo assim, comecei as leituras e passei a discutir com meus mentores sobre a forma que teria essa pesquisa.

Durante as discussões muitos projetos foram descartados, até que, surgiu a ideia de trabalhar diretamente com relatos de indivíduos que fizeram parte do setor da saúde no período anterior as mudanças ocorridas com a implantação do SUS e as prerrogativas da descentralização do setor da saúde. Foi então que a Prof^a. Márcia Grisotti sugeriu que fossem entrevistados alguns sanitaristas, os quais fizeram parte de instituições da saúde pública que não mais existem como a SUCAM, por exemplo, que foi uma das mais importantes referentes à vigilância das doenças transmissíveis no Brasil. E nesse

¹ Esta pesquisa contou com o apoio (bolsa) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

caso o Prof. Fernando poderia indicar alguns desses sanitaristas para a entrevista.

No entanto, logo surgiu o primeiro obstáculo, pois, cada um desses “futuros” entrevistados moram em várias regiões do país e grande parte deles continuam trabalhando. O fato de ter que ir até eles para entrevistá-los além de ser bastante oneroso financeiramente seria necessário despende um tempo muito maior para a pesquisa. Novamente o Prof. Fernando socorreu-me avisando que no ano de 2010 aconteceria o XLVI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical em Foz do Iguaçu (PR), no qual teria a oportunidade de conhecer alguns desses sanitaristas e talvez até entrevistá-los.

Esse Congresso tinha como um de seus objetivos reunir diversos profissionais da área de saúde encarregados de apresentar e discutir resultados de projetos, pesquisas e programas de controle de doenças infecciosas e parasitárias envolvendo o Brasil e países limítrofes. Podiam ser encontrados nesse evento vários técnicos e gestores da área de vigilância epidemiológica que estavam presentes para discutir as doenças que acometem os brasileiros em todas as regiões do país. Durante os quatro dias do Congresso, além de entrevistar os sanitaristas/pesq²., foi possível conhecer uma pequena parte dos problemas pelos quais o Brasil atravessa em relação às doenças transmissíveis como, por exemplo: o problema do aumento de dengue e a discussão sobre a vacina contra essa doença; a expansão da leishmaniose visceral no país; a discussão sobre as doenças mais negligenciadas no Brasil (esquistossomose, filariose linfática, oncocercose, tracoma, raiva e helmintíase transmitida pelo solo) que estão afetando quinze estados da federação brasileira; o controle da malária na região amazônica; a reemergência da febre amarela em algumas localidades brasileiras; os casos de Influenza H1N1 no Brasil; e tantas outras discussões que foram aguçando cada vez mais a curiosidade sobre esses temas. E foi assistindo a algumas palestras e conferências que tive um insight, ou seja, não limitar a pesquisa a uma só doença, mas, abordar as doenças transmissíveis no geral. Dessa forma, além de entrevistar os sanitaristas/pesq. e aguçar a curiosidade sobre os temas discutidos, esse Congresso clareou os horizontes desta pesquisa. E agradeço imensamente ao Prof. Fernando Dias de Avila Pires que me informou sobre o evento e também foi meu anfitrião, pois,

² O termo sanitaristas/pesquisadores será utilizado neste trabalho, pois, nem todos os entrevistados tiveram uma formação considerada convencional em saúde pública.

dirigiu-me ao encontro dos quatro sanitaristas/pesq. entrevistados nesta ocasião.

Durante as entrevistas já foi possível perceber o quanto era importante dar voz a essas pessoas que, além de participarem de boa parte do trajeto da configuração do SUS, atuaram em diversas instituições de ensino e pesquisa na área de saúde pública no período compreendido entre 1960-1990; e também tiveram uma experiência singular, pois, alguns deles foram agentes na condução da implementação de muitas políticas de saúde em várias regiões do país. Creio que, ao dar voz aos sanitaristas/pesq., estarei agregando suas experiências profissionais na construção de um caminho mais ajustado aos problemas de saúde relacionados às doenças transmissíveis que são enfrentadas pela população brasileira hoje.

Já em casa, após o Congresso, fiz uma primeira audiência de todas as entrevistas. Chegando à conclusão que os relatos dos sanitaristas/pesq. eram extremamente importantes para conhecer melhor o formato político institucional da vigilância das doenças transmissíveis no período anterior ao SUS; conjecturando com o que esses experientes interlocutores poderiam acrescentar ao avaliarem o novo modelo descentralizado do setor da saúde em vigência hoje no Brasil, haja vista, todos eles continuarem atuando nas áreas de ensino e pesquisa.

Portanto, esta pesquisa passou a apresentar duas faces. De um lado, a vigilância das doenças transmissíveis, suas instituições e suas políticas no período anterior a década de 1990. E, do outro lado, a organização da vigilância das doenças transmissíveis no período posterior à descentralização do setor da saúde, após a década de 1990.

A intenção deste trabalho não é, propriamente, comparar esses períodos. Mas, compreender alguns elementos inerentes a estes que se entrelaçam e asseguram o desenvolvimento das políticas referentes às doenças transmissíveis, na forma como estão estruturadas hoje no Brasil. Dessa forma, neste estudo a análise histórica que realizamos está atrelada à tentativa de responder as seguintes questões: quais foram os percursos das políticas e das instituições que estavam relacionadas à vigilância das doenças transmissíveis no Brasil no período anterior a década de 1990 e posterior a esta? Quais os elementos remanescentes que estruturam essas políticas hoje? Quais as percepções de alguns sanitaristas/pesq. sobre as mudanças ocorridas na saúde a partir da década de 1990? E, finalmente, como o município de pesquisa têm absorvido essas mudanças que sobrevieram com a política descentralizada do setor da saúde, no que diz respeito, as suas competências em relação à vigilância das doenças transmissíveis?

A hipótese inicial deste estudo sugere que o percurso das políticas de saúde no Brasil foi conturbado, ora coexistindo com períodos de centralização e ora com períodos de descentralização do setor da saúde. Nos períodos de centralização foram se originando vários órgãos que, de certa forma, garantiram a eficácia da vigilância das doenças transmissíveis. No entanto, durante o período de descentralização muito pouco foi realizado pelos estados e municípios para enfrentar as epidemias e endemias. Dessa forma, na década de 1990 quando os municípios foram chamados a desenvolver ações e serviços referentes à vigilância das doenças transmissíveis, os problemas se acentuaram. Isso porque, grande parte dos municípios brasileiros e também de alguns estados ainda não haviam adquirido experiência para lidar com esses serviços que são muito complexos, uma vez que, cada uma das doenças transmissíveis determinam ações específicas que para se tornarem eficazes devem vir acompanhadas de ações intersetoriais.

Espera-se que a discussão realizada nesta tese fortaleça o conhecimento sobre problemas/soluções impostos com a descentralização do setor da saúde em âmbito municipal; permita apontar as lacunas que possam existir em relação ao controle das doenças transmissíveis e a notificação dessas doenças; bem como, revelar como está se desenvolvendo a intra/intersetorialidade no município de pesquisa, principalmente, em relação à vigilância das doenças transmissíveis. No entanto, nada será tão valioso do que trazer à tona a experiência do passado para o presente. Experiência essa, que testemunhou boa parte da trajetória da saúde pública no Brasil. Entende-se que as percepções dos sanitaristas/pesq. sobre as últimas mudanças ocorridas na saúde complementarão todo o trabalho de análise das políticas referentes à vigilância das doenças transmissíveis que proponho realizar nesta tese.

Antes de prosseguir com os procedimentos metodológicos deste trabalho especificaremos a definição de alguns conceitos centrais da tese³, que são: doenças transmissíveis, intersetorialidade e intrasetorialidade. As doenças transmissíveis, conforme Bonita, Beaglehole & Kjellström (2010), são aquelas causadas pela transmissão de um agente patogênico (agente infeccioso) específico para um

³ Ao longo do trabalho serão abordados outros conceitos que consideramos relevantes para o entendimento deste estudo.

hospedeiro⁴ suscetível. Esses agentes infecciosos (microrganismos como: vírus, bactérias, protozoários, fungos e helmintos) podem ser transmitidos de forma direta ou de forma indireta para os humanos ou outros animais.

De acordo com os autores a transmissão direta ocorre quando o agente infeccioso passa de um animal infectado para o ser humano. Ou quando um ser humano transmite para outro ser humano ou não humano. Essa forma, geralmente, ocorre por intermédio do contágio, que significa dizer transmissão de diversas formas. No caso da transmissão direta de um ser humano para outro as principais formas são: o beijo, a relação sexual, o espirro, a tosse, a transfusão de sangue, o parto, a amamentação, e várias outras. Já a forma indireta pode ocorrer de diversas maneiras como, por exemplo: por vetores, que são insetos ou animais que levam o agente infeccioso de pessoa para pessoa; por partículas aéreas (como poeira e fômites); por injeção com seringas contaminadas; e também por outros veículos como: roupas, talheres, água, alimentos, entre outros.

No entanto, deve-se especificar que nem todas as doenças transmissíveis são contagiosas, pois, por exemplo, a doença de chagas é uma doença transmissível que ocorre de forma indireta (por intermédio de vetores), mas, não é contagiosa, visto que, não pode ser transmitida de pessoa para pessoa. Enquanto que o sarampo ou a varicela são doenças extremamente contagiosas, isto é, passam de pessoa para pessoa.

De modo geral, as doenças transmissíveis sempre foram consideradas um desafio para as políticas de saúde no Brasil. E para tentar enfrentá-las foram sendo criados, ao longo dos anos, vários órgãos governamentais que, em grande parte do século XX, agiram sob o comando único do Ministério da Saúde (MS) que, de certa forma, seguia os parâmetros de algumas organizações internacionais. Esses órgãos, que detinham certa autonomia para desencadear ações relativas à vigilância das doenças transmissíveis, foram importantes instrumentos da saúde pública e desenvolveram toda a organização do sistema de vigilância epidemiológica que há atualmente no Brasil. No entanto, com as mudanças de ordem econômica, política e social ocorridas no país esses órgãos foram se extinguindo por várias razões, inclusive de cunho político. E atualmente temos no Brasil outros órgãos que são regidos por

⁴ O hospedeiro pode ser definido como uma pessoa ou um animal que é considerado um local adequado para que um agente infeccioso se desenvolva e se reproduza em condições naturais.

um novo modelo de Estado que inaugurou, a partir da década de 1990, alterações significativas na natureza das relações intergovernamentais.

No que se refere às políticas de saúde, o governo federal passou a delegar grande parte das suas funções de gestão aos estados e municípios. Isso, por um lado, se mostrou positivo, pois, os municípios passaram a ter mais autonomia para agir conforme suas demandas em saúde, sobretudo, em relação à Atenção Básica à Saúde (ABS). Entretanto, muitos municípios tiveram e ainda têm muitas dificuldades a serem suplantadas, principalmente, as que dizem respeito à intersetorialidade para a prevenção e o controle das doenças transmissíveis, que a partir da década de 1990 passou a ser parte integrante da gestão da nova política de saúde.

Apesar da discussão sobre a intersetorialidade ser recente no Brasil, essa proposta como meta para a saúde não o é, já que, desde 1961 era discutida no Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso que fazia parte dos planos e programas da Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir daí a intersetorialidade passou a estar na pauta de discussão de vários eventos oficiais como, por exemplo, a Conferência de Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO, 1978) que deixou registrado que os cuidados primários à saúde deveriam envolver:

(...) in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors⁵.

Dessa forma, em primeira instância o conceito intersetorialidade determina uma Atenção Primária à Saúde abrangente, isto é, envolve vários setores da vida pública nacional.

De acordo com Ferreira & Silva (2008), na década de 1980 a discussão sobre a proposta de intersetorialidade continuou ainda em âmbito internacional: no Encontro sobre Ações Intersetoriais em Saúde (1986); na Carta de Otawa (1986); e na Declaração de Adelaide (1988).

⁵ Tradução do texto: “todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores”.

Já na década de 1990 a intersetorialidade se destacou em outros eventos como: a Conferência de Sundsvall (1991); Conferência de Santa Fé de Bogotá (1992); na Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI (1997); e na Conferência Internacional sobre Ações Intersetoriais para Saúde (1997). E, nesta última, ficou definido que intersetorialidade corresponde:

A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes, (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone⁶. (WHO, 1997 p. 3)

No Brasil, a proposta de intersetorialidade passou a ser palco de discussão em 1977, na 6ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), surgindo como um dos objetivos da Política Nacional e incluída em alguns programas governamentais fazendo parte, inclusive, do II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico para os anos 1975-1979 (FERREIRA & SILVA, 2008).

Mas, é na década de 1980, no relatório da 8ª CNS (1986), que a intersetorialidade começou a se institucionalizar no Brasil remetendo as discussões diretamente para o setor saúde passando a ser compreendida como: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, emprego e lazer, trabalho e transporte, liberdade, posse de terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986 p. 4). Dessa forma, a intersetorialidade ficou demarcada como sendo a integração entre os vários setores públicos governamentais em benefício da saúde da população. A partir disso, diversos autores brasileiros passaram a emitir definições e posicionamentos normativos em relação ao conceito de intersetorialidade.

Dentro deste contexto Junqueira, Inojosa & Komatsu (1997, p. 24) definem intersetorialidade como sendo uma articulação de “saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social”. Para estes

⁶ Tradução do texto: “relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor por si só”.

autores a intersetorialidade tem como objetivo principal reverter à exclusão social, tendo como base um planejamento geral diferente do modelo tradicional em que o trabalho é organizado por equipes especializadas para planejamento, realização e avaliação de ações e serviços. Essa lógica intersetorial assim formalizada por esses autores supõe a necessidade de uma relação entre diversos saberes que muitas vezes nos remete ao conceito de interdisciplinaridade.

Mendes (1999 p. 252-3) identifica a intersetorialidade como um dos pilares da Vigilância em Saúde (que hoje agrega a vigilância epidemiológica e a vigilância ambiental, entre outras) e argumenta que os problemas de saúde próprios de um território não podem ser enfrentados numa perspectiva unisetorial. Mas, devem operar mediante um “conjunto articulado de operações organizadas intersetorialmente”. Para este autor a intersetorialidade busca a “unidade do fazer, e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana”, exigindo a “solidariedade de distintos setores” para a complementação da ação humana.

Para Teixeira & Paim (2000 p. 65-66) a intersetorialidade sugere “a conjugação dos esforços de distintos setores” que visam “à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas, para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais”.

Giovanela et al, (2009) define a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos diferentes setores pensarem sobre a complexidade da saúde, “de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”. Para a autora o processo de edificação das ações intersetoriais implica

(...) a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida.

A autora apresenta dois novos elementos na definição de intersetorialidade. O primeiro se refere à corresponsabilidade, isto é, na intersetorialidade os vários setores são corresponsáveis pelas ações intersetoriais que devem buscar intervenções para resolver os problemas de saúde que afetam a população. Já o segundo elemento é o de

mobilização, ou seja, os vários setores devem mobilizar-se para a formulação de ações intersetoriais ou interinstitucionais.

No entanto, sabe-se que no Brasil a implantação da intersectorialidade está esbarrando em alguns entraves, sendo o principal deles a cultura política do país que privilegia a unisetorialidade, isto é, uma estrutura política fragmentada em setores que se prevalecem, inclusive, de um orçamento público setorializado. E essa divisão acaba causando vários problemas para a implantação da intersectorialidade como, por exemplo: disputa de poder entre as instituições; dificuldades de agrupamento de diferentes indivíduos com diferentes conhecimentos, experiências e poder profissional; problemas no compartilhamento de ideias e tomada de decisões; dificuldades de planejamento de projetos intersetoriais; entre outros (MOYSÉS, MOYSÉS & KREMPEL, 2004).

Apesar de haver muita discussão sobre as questões normativas que envolvem a intersectorialidade e as dificuldades para sua implantação, nesta pesquisa considera-se como ação intersectorial toda a troca de informações ou ações conjuntas entre os vários setores governamentais sejam federais, estaduais ou municipais. Embora, possa envolver também os setores privados da sociedade. Já a intrasetorialidade entende-se como sendo a realização de ações conjuntas ou a troca de informações entre os setores da saúde que, em ambos os casos, visam à promoção da saúde da população⁷.

Após essa exposição sobre as escolhas e definições iniciais passo para a parte mais técnica do trabalho, que foi acolhido pela Prof^a. Dr^a. Márcia Grisotti (orientadora) e pelo Prof. Dr. Fernando Dias de Avila Pires (coorientador), em que serão abordados os objetivos e os métodos utilizados na pesquisa em questão.

1.1 OBJETIVO GERAL DA PESQUISA

O presente trabalho apresenta um objetivo geral amplo, no qual, cabe analisar qualitativamente os percursos das políticas de saúde e das instituições que estavam relacionadas à vigilância das doenças transmissíveis no Brasil no período anterior a década de 1990 e posterior a esta; identificando os possíveis elementos remanescentes que

⁷ Neste trabalho estaremos considerando a promoção da saúde como sendo medidas que se dirigem para além da prevenção de doenças. Medidas essas que, de acordo com Terris (1990) e Czeresnia (2003 p. 45), enfatizam a “transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersectorial”.

estruturam essas políticas hoje; analisando as fragilidades da descentralização do setor da saúde segundo as percepções de alguns sanitaristas/pesq.; e avaliando como um município de Santa Catarina está absorvendo as mudanças que sobrevieram com a política descentralizada do setor da saúde, a partir da década de 1990, no que diz respeito as suas competências em relação à vigilância das doenças transmissíveis.

Para atingir esse objetivo geral decidiu-se por delimitar esta pesquisa em duas fases. A primeira fase compreende o estudo das políticas e instituições, relacionadas à vigilância das doenças transmissíveis, antes e após a década de 1990. Na segunda fase pretende-se conhecer como um município de SC está conseguindo se estruturar em relação às mudanças ocorridas após a década de 1990 quando estes passaram a ser responsáveis pela saúde de sua população, principalmente, em relação às doenças transmissíveis. Essas duas fases também estarão sendo analisadas a luz das percepções e das questões emergentes colocadas pelos sanitaristas/pesq. que foram entrevistados.

Essa organização em etapas se faz necessário porque estamos utilizando métodos de estudos diferentes e também objetivos específicos diversificados para cada uma dessas etapas.

1.1.1 Primeira fase da pesquisa: objetivos específicos, método e técnicas de pesquisa

Na primeira fase da pesquisa - na qual abordamos um passado ainda recente que se refere à vigilância das doenças transmissíveis, suas instituições e suas políticas no período anterior a década de 1990 e também no período posterior a esta, quando ocorreram várias mudanças institucionais no Brasil – utilizou-se como método de estudo a pesquisa bibliográfica com ênfase numa revisão histórica. Essa perspectiva metodológica possibilitou conhecermos o contexto político e social em que as políticas relacionadas à vigilância das doenças transmissíveis foram sendo criadas no Brasil, bem como, conhecermos os percursos das instituições que seguiam tais políticas nos dois períodos já assinalados. Dessa forma, nessa parte do trabalho buscamos contextualizar o Estado, as políticas de saúde, as instituições e os profissionais que foram instrumentos dessas políticas.

É necessário explicar que, geralmente, as pesquisas que abordam processos de transformação sejam sociais, econômicos ou políticos empreendem o levantamento de uma série de documentos que se relacionam com os fatos ocorridos. São esses documentos que auxiliam

o pesquisador na compreensão desses fatos. Sendo assim, nesta parte da pesquisa utilizou-se como fontes de dados: documentos institucionais, inclusive, a legislação brasileira; os testemunhos dos sanitaristas/pesq. sobre as ações que eram destinadas a vigilância das doenças transmissíveis no período anterior à descentralização; e o testemunho de autores que vivenciaram essas transformações e as deixaram imortalizadas em suas obras. Por estarmos realizando uma pesquisa bibliográfica, com ênfase numa revisão histórica, estamos também nos apoiando em diversos autores que empreenderam estudos sobre esses períodos. É importante esclarecer que a técnica de pesquisa utilizada para captar os testemunhos dos sanitaristas/pesq. foi a entrevista semiestruturada.

Os objetivos específicos desta primeira etapa foram:

1º - analisar as políticas de saúde no Brasil, referentes às doenças transmissíveis, no século XIX e XX empregando análise bibliográfica e análise de documentos oriundos da legislação brasileira referentes ao tema de estudo. Bem como, orientada pelas percepções dos sanitaristas/pesq. entrevistados sobre o tema em questão;

2º - sistematizar a configuração dos principais órgãos de saúde ligados às ações de vigilância das doenças transmissíveis nos dois períodos assinalados (antes da década de 1990 e após esta), utilizando: pesquisa bibliográfica sobre o tema; fontes documentais diversas; entrevistas realizadas com os sanitaristas/pesq. que estavam atuando em alguns desses órgãos nesses períodos; e o testemunho de autores que atuaram em alguns desses órgãos vivenciando algumas mudanças nas políticas de saúde e deixando-as imortalizadas em suas obras;

3º - identificar, na análise bibliográfica e com base no estudo de caso, elementos remanescentes das políticas de saúde, referentes às doenças transmissíveis, do período anterior à década de 1990 que continuam a fazer parte da atual estrutura política;

4º - verificar o atual processo funcional da vigilância epidemiológica, principalmente, o processo de notificação das doenças e a investigação epidemiológica de campo, utilizando documentos oficiais do MS (manuais, guias e cartilhas) que tratam das atividades da vigilância epidemiológica após a descentralização do setor da saúde;

5º - organizar e analisar dados sobre a vigilância das doenças transmissíveis em SC, utilizando: entrevista semiestruturada com um técnico que atua na Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de SC (DIVE/SC); documentos provenientes da área de vigilância epidemiológica; dados do sistema de informação de saúde; bem como,

outras fontes documentais, inclusive, relacionadas à legislação brasileira;

6º - avaliar o processo de descentralização do setor da saúde ocorrida a partir da década de 1990, por intermédio: da análise bibliográfica; de variadas fontes documentais; e das percepções dos sanitaristas/pesq. e de um técnico da DIVE/SC, os quais foram entrevistados para esta pesquisa;

7º - identificar e analisar os êxitos e as fragilidades da descentralização do sistema de saúde por meio da pesquisa bibliográfica e das entrevistas com os sanitaristas/pesq. e um dos técnicos da DIVE/SC;

8º - identificar e analisar os êxitos e as fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis segundo os entrevistados (os sanitaristas/pesq. e o técnico da DIVE/SC).

A análise decorrente das entrevistas realizadas com os sanitaristas/pesquisadores não pretende ser universal e, portanto, não poderá ser generalizada para toda a categoria de sanitaristas brasileiros do passado e do presente. Trata-se de posicionamentos de alguns representantes selecionados nesse estudo. Novas pesquisas com outros sujeitos provavelmente tenderão a trazer outros aspectos que não foram examinados nesse estudo.

Esclarecemos também que nesta pesquisa estamos adotando pseudônimos para os cinco sanitaristas/pesq. entrevistados, uma vez que, ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, imposto pelo Comitê de Ética para todas as pesquisas, já havíamos assinalado que assim seria feito (no apêndice A encontra-se o Termo que foi assinado por todos os entrevistados). E por opção da pesquisadora os pseudônimos utilizados foram sobrenomes de pintores famosos (DALÍ, GOYA, MIRÓ, MONET, RENOIR). Quanto ao técnico da DIVE/SC entrevistado o pseudônimo escolhido foi TÂNTALO (obra de Goya de 1793).

1.1.2 Segunda fase da pesquisa: objetivos específicos, método e técnicas de pesquisa

Na segunda etapa da pesquisa abordou-se a configuração atual da vigilância das doenças transmissíveis, tendo compreensão de que a execução das ações referentes a essa vigilância fazem parte das competências municipais que foram deflagradas com as prerrogativas da descentralização do setor da saúde após a década de 1990.

Sendo assim, para esta fase escolhemos utilizar como método de pesquisa o estudo de caso. Caracterizado nas Ciências Sociais como sendo o estudo aprofundado e “exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimentos amplos e detalhados do mesmo, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados” (GIL, 1999 p. 73).

De acordo com Yin (2010), o estudo de caso pode ser utilizado em muitas situações que abrangem o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, políticos e sociais e que, geralmente, são utilizados para a análise de eventos contemporâneos, como este proposto nesta parte do trabalho.

Dessa forma, neste trabalho estamos abordando um estudo de caso único, já que, consideramos que este seja o meio mais acessível e apropriado para conhecermos como um município de SC vem se organizando para desenvolver seus serviços e ações em relação à vigilância das doenças transmissíveis.

Assim como todos os métodos de pesquisa apresentam vantagens e desvantagens na sua aplicação, o estudo de caso não foge a essa regra. De acordo com Yin (2010), uma das vantagens para o seu uso é permitir que o pesquisador responda questões de pesquisa com enunciados bem delimitados pelo uso de “como” e “por que”, que é o caso deste estudo, já que, uma das questões norteadoras deste trabalho é: como o município de pesquisa têm absorvido essas mudanças que sobrevieram com a política descentralizada do setor da saúde, a partir da década de 1990, no que diz respeito as suas competências em relação à vigilância das doenças transmissíveis? Outra vantagem do estudo de caso é permitir ao pesquisador se concentrar num caso específico possibilitando a identificação de processos interativos no caso em estudo.

Porém, temos consciência que o estudo de caso é um método limitado, já que, não oferece margens para generalizações. Além disso, é um método moroso de trabalho porque é sistemático e detalhado. Outra desvantagem do estudo de caso é que, geralmente, ele tem forte cunho descritivo e se fundamenta quase que exclusivamente no trabalho de campo. Mas, mesmo com essas desvantagens, é possível durante a análise do estudo de caso interrogar situações, confrontá-las com outras situações ou com teorias e até mesmo estabelecer questões para futuras pesquisas (YIN, 2010). Sendo isso o que pretendemos realizar neste estudo de caso único num município de Santa Catarina.

Esse estudo de caso, que empreendemos neste trabalho, não se trata de realizar uma avaliação do município em questão na forma como

hoje são empregadas as avaliações na saúde, uma vez que, não pretendemos realizar julgamentos sobre os serviços e ações empregados no município de estudo. Mas, sim conhecer e analisar a organização do município frente às novas demandas institucionais relacionadas à vigilância das doenças transmissíveis.

Para atingir os objetivos incorporamos nesse estudo de caso único três subunidades de análise que são as três unidades de vigilância do município de pesquisa, isto é, a unidade de vigilância ambiental, a epidemiológica e a sanitária. Essa escolha não foi aleatória, uma vez que, essas três unidades têm ações que se relacionam intimamente com a vigilância das doenças transmissíveis. Entretanto, esclarecemos que será enfatizada neste trabalho a configuração estrutural e as atividades da vigilância ambiental e epidemiológica do município de pesquisa por serem estes setores específicos da Secretaria de Vigilância em Saúde que é subordinada ao MS.

Essa ênfase na Vigilância em Saúde pode ser considerada uma estratégia de pesquisa, visto que, a vigilância sanitária, apesar de fazer parte da história da saúde pública do Brasil e ter ações que se integram a Vigilância em Saúde e conseqüentemente ao SUS, com as mudanças ocorridas na década de 1990 institucionalmente passou a se reportar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária que é uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa e autonomia financeira. De acordo com a estrutura da Administração Pública Federal, a Agência está vinculada ao MS por meio de um contrato de gestão. Nesse contrato ficou estabelecido que a Agência é responsável pelo controle sanitário: da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária; dos ambientes; dos processos; dos insumos; e das tecnologias. A Agência ainda exerce controle de portos, aeroportos e fronteiras, e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos de cunho internacional na área de vigilância sanitária. Também coordena todo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que inclui atualmente as Unidades de Vigilância Sanitária Estaduais e as Unidades Municipais de Vigilância Sanitária⁸. Diante disso, podemos perceber quão amplas são as atribuições das unidades de vigilância sanitária municipais que, nesse caso, extrapolam os objetivos deste trabalho. Sendo assim, por hora não pretendemos aprofundar a discussão de todas as suas atividades e somente analisamos, neste trabalho, as ações relacionadas à vigilância

⁸ Para conhecer melhor as especificações da vigilância sanitária no Brasil sugerimos as obras de Lucchese (2001) e De Seta (2007).

das doenças transmissíveis que essa unidade desenvolve no município de pesquisa.

Nesse estudo de caso utilizou-se como técnica de pesquisa: entrevistas semiestruturadas com oito profissionais das três unidades de vigilância do município escolhido; observação assistemática, na qual, procuramos recolher e registrar fatos da realidade sem a utilização de meios técnicos especiais, ou seja, sem planejamento ou controle; levantamento de dados censitários sobre o município; levantamento de dados sobre o município na mídia impressa e na mídia online; assim como, estruturamos parte da análise com o testemunho de dois profissionais do setor da saúde do município que já realizavam o trabalho em vigilância antes mesmo da década de 1990, quando foram inauguradas as mudanças estruturais na saúde.

Os objetivos específicos desta parte do trabalho foram:

1º – verificar os recursos financeiros da Vigilância em Saúde e Sanitária do município de pesquisa por intermédio do site do MS e por meio das entrevistas com os profissionais das três unidades de vigilância;

2º - verificar os recursos humanos do município em relação às três unidades de vigilância de acordo com os dados obtidos com os profissionais;

3º - sistematizar as atividades relacionadas às doenças transmissíveis pertinentes às três unidades de vigilância municipais utilizando os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais do município de pesquisa;

4º - analisar o fluxograma das notificações de doenças na unidade de vigilância epidemiológica após a implantação do SUS com base no estudo de caso;

5º - examinar os problemas que se relacionam ao índice de subnotificações de doenças transmissíveis no setor público de saúde com base no estudo de caso. Sabe-se que as subnotificações das doenças são deficiências provenientes tanto dos setores de saúde públicos quanto dos privados. No entanto, neste trabalho propomos pontuar especificamente as notificações e subnotificações das doenças nos serviços públicos de saúde;

6º - analisar a integração (intra-setorialidade) dos setores públicos da saúde municipal no processo de vigilância das doenças transmissíveis com base no estudo de caso;

7º - identificar pontos de inter-setorialidade no município referente à vigilância das doenças transmissíveis com base no estudo de caso;

8º - analisar a atual situação epidemiológica do município por meio de dados secundários gerados pelos sistemas nacionais de informação em saúde;

9º - cotejar a concepção dos sanitaristas/pesq. e do técnico da DIVE/SC sobre as fragilidades da política de descentralização do setor da saúde com o que foi possível apurar no estudo de caso no município de pesquisa, baseado nas entrevistas realizadas com os profissionais das três unidades de vigilância (ambiental, epidemiológica e sanitária) do município;

10º - cotejar a concepção dos sanitaristas/pesq. e do técnico da DIVE/SC sobre as fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis com o que foi possível apurar no estudo de caso no município de pesquisa, baseado nas entrevistas realizadas com os profissionais das três unidades de vigilância do município.

Neste estudo de caso também foi necessário adotarmos pseudônimos para dar confidencialidade para os oito profissionais das três unidades de vigilância do município de pesquisa que foram entrevistados. Isso se fez necessário, pois, sendo um estudo de caso único, esses profissionais estarão expondo suas opiniões, seus julgamentos e até desabafos que poderiam causar alguns constrangimentos após a publicação da tese. E para dar seguimento a proposta de pseudônimos, nesta parte do trabalho resolvemos adotar nomes de pintores(as) catarinenses como: Eli Heil; Sônia Furtado; Tercília dos Santos; Vera Sabino; Jayro Schmidt; Victor Meirelles; Martinho de Haro; Luiz Henrique Schwanke.

1.2 A ESCOLHA DO MUNICÍPIO DE PESQUISA

Santa Catarina é um estado que, até o momento, possui 293 municípios dos mais variados portes. E para escolhermos um só município como categoria de análise para o estudo de caso único utilizou-se o trabalho de Silva (2008a). Esse autor realizou um estudo estatístico entre 56 municípios catarinenses, com população acima de 20.000 habitantes, utilizando banco de dados oficiais do estado de SC, estruturado ao longo de uma série histórica determinada entre os anos de 2003 a 2005. O objetivo do estudo era medir a eficácia de Sistemas Municipais de Vigilância em Saúde, avaliando cada um dos municípios por meio de quatro indicadores: área de prevenção de doenças; área de controle de doenças; área de controle de vetores; e área de organização do sistema. Esses indicadores forneceram dados para o que o autor

classificasse os municípios como sendo adequados, inadequados e intermediários em cada um deles⁹.

Considerando que todos os indicadores utilizados por Silva (2008a) tenham relação com este trabalho de pesquisa, pois, todos se referem de alguma forma às doenças transmissíveis, optamos por escolher um dos municípios que apresentassem índice de desempenho classificado pelo autor como adequado ou intermediário em todos os indicadores. Dessa forma, excluímos os municípios considerados inadequados em qualquer um dos indicadores. Sendo assim, dos 56 municípios estudados pelo autor restaram 18 para realizarmos o estudo de caso, são eles: Araranguá; Biguaçu; Braço do Norte; Caçador; Canoinhas; Capinzal; Criciúma; Curitiba; Florianópolis; Içara; Itajaí; Navegantes; Porto União; Rio do Sul; Rio Negrinho; São Francisco do Sul; São Joaquim; e Sombrio.

Restringindo um pouco mais os municípios para a pesquisa acabamos excluindo aqueles que ficam a mais de 200 km da capital, pois, uma distância muito grande incapacitaria retornarmos várias vezes

⁹ Silva (2008a) considerou como adequado os municípios que apresentavam a existência de estrutura de serviços de saúde e, conseqüentemente, o sistema de vigilância em saúde apresentava-se organizado e com capacidade de intervenção e resolução das suas necessidades. O processo de gerenciamento e de gestão encontrava-se institucionalizado, incluindo o planejamento de atividades vinculadas aos objetivos predefinidos de cada ação correspondente, com utilização de metodologias e de instrumentos gerenciais estruturados para o processo decisório e definição de prioridades. A tomada de decisão inferia a presença de aspectos de envolvimento e participação de grupos sociais, de dirigentes intermediários, de profissionais de saúde e de usuários. Situação bastante aproximada do que se espera de um sistema de vigilância ideal, representativo e participativo. Já os municípios que apresentavam índice de desempenho classificado pelo autor como intermediário são aqueles que foram identificados como tendo uma pequena estrutura de serviços de saúde e, conseqüentemente, de vigilância em saúde. No entanto, buscava organizar a capacidade de intervenção e resolução das suas necessidades. O processo de gerenciamento e de gestão, bem como a utilização de instrumentos estruturados para a tomada de decisão, era ainda realizado de forma descontínua e desordenada. O planejamento de atividades ainda não era consistente, com utilização de metodologias e de instrumentos gerenciais semiestruturados para o processo decisório e definição de prioridades. Situação com pequena tendência a um maior nível de participação, sendo que a tomada de decisão pressupunha ainda alguns aspectos de centralização. O envolvimento e participação de grupos sociais, de dirigentes intermediários, principalmente de unidades, de profissionais de saúde e de usuários apresentavam situações bastante distintas.

ao município. Sendo assim, sobraram nove municípios para pesquisa e, dentre esses, excluímos também os municípios com população menor que 55 mil habitantes, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sobrando então quatro municípios, dentre os quais, escolhemos um único para realizar a pesquisa. Essa escolha pelo número de habitantes não foi aleatória, já que, a intenção era trabalhar com um município de porte médio que tivesse uma demanda significativa em saúde. Sendo que, para não abalar a confiabilidade de todos os profissionais das vigilâncias entrevistados, adotamos neste trabalho o nome fictício de Ninfeias¹⁰ para o município escolhido¹¹.

1.3 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi dividido em três etapas. Na primeira etapa, o estudo faz referência ao passado das políticas e instituições, relacionadas às doenças transmissíveis, que atuavam no Brasil antes da década de 1990. E para conhecermos um pouco mais as ações e serviços dessa vigilância, realizou-se entrevistas com sanitaristas/pesq. que estavam em atividade em instituições ligadas a saúde pública entre 1960-1990. Ampliando a pesquisa, abordou-se o que pensam os sanitaristas/pesq. sobre o modelo de saúde descentralizado que temos hoje no país.

Na segunda etapa do campo, entrevistou-se um técnico da DIVE/SC para conhecermos alguns detalhes sobre a estrutura da vigilância das doenças transmissíveis em SC. E, na terceira etapa, realizamos uma pesquisa de campo in lócus, ou seja, uma pesquisa realizada num município de SC para conhecer e analisar como esse município está se organizando frente à descentralização das ações da Vigilância em Saúde referentes às doenças transmissíveis.

Dessa forma, a metodologia deste trabalho está fundamentada basicamente em: uma dualidade de métodos (pesquisa bibliográfica e estudo de caso); utilização de diferentes fontes de dados, já citados anteriormente; entrevistas realizadas com uma tríade de profissionais,

¹⁰ Ninfeias se refere a uma obra do pintor Monet (Les Nymphéas¹⁰) iniciada em 1899.

¹¹ É importante esclarecer que no exemplar da tese entregue para os quatro membros da banca de defesa foi mencionado o município escolhido para a pesquisa.

quais sejam, sanitaristas/pesq., técnico da DIVE/SC, e profissionais das unidades de vigilância do município de pesquisa.

No total foram entrevistados 14 profissionais: oito profissionais das vigilâncias (ambiental, epidemiológica e sanitária) do município de pesquisa; cinco sanitaristas/pesq.; e um técnico da DIVE/SC. Todas as entrevistas duraram em torno de 1.519 minutos, ou seja, foram gravadas 26 horas de entrevistas que foram posteriormente transcritas.

1.3.1 Percurso da primeira etapa do trabalho de campo

A primeira etapa do trabalho de campo ocorreu em março de 2010 no XLVI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical em Foz do Iguaçu (PR), conforme foi citado anteriormente. E, entre uma palestra e outra, conseguimos entrevistar quatro respeitáveis sanitaristas/pesq. brasileiros. No entanto, as entrevistas tiveram que ser rápidas com perguntas bem pontuais (duração de mais ou menos 60 minutos cada uma), pois, esses homens eram muito requisitados nas palestras e quase não sobrava tempo para a pesquisadora entrevistá-los. Dessa maneira, restringimos um pouco as questões que ficaram mais voltadas para as percepções dos sanitaristas/pesq. sobre a descentralização do setor da saúde e a forma que estes enxergam as mudanças ocorridas a partir da década de 1990. Quando os serviços e ações da vigilância epidemiológica, que antes eram centralizados, passaram a ser de competência dos municípios. Mas, foi possível também, por meio das falas desses profissionais, configurar o trabalho que era realizado por alguns órgãos que eram incumbidos da vigilância das doenças transmissíveis no período anterior à década de 1990.

Entretanto, esta etapa não se finalizou neste Congresso, pois, em agosto de 2010 participamos do II Encontro Catarinense de Medicina Tropical, também indicado pelo Prof. Fernando, cujos temas de discussão se assemelhavam muito com os debatidos no Congresso anterior. Nesse Encontro tivemos a oportunidade de conhecer mais um sanitarista/pesq., RENOIR, que gentilmente passou grande parte de uma manhã fria respondendo as perguntas previamente preparadas (o roteiro das entrevistas realizadas com os sanitaristas/pesq. encontra-se no apêndice B deste trabalho). Como também falou muito sobre o trabalho que realizou na Fundação SESP. As informações obtidas nessa entrevista foram muito importantes para a configuração dessa instituição nesta pesquisa (as entrevistas com os sanitaristas/pesq. tiveram uma duração de 384 minutos).

Com esta parte do campo concluída passamos a transcrever as entrevistas e organizar as categorias apriorísticas, ou seja, aquelas que já havíamos definido de antemão e constavam, inclusive, no roteiro de entrevistas, sendo elas:

- ◆ a estrutura das instituições já extintas como o DENERU, SUCAM, SESP, FSESP;
- ◆ as atividades realizadas dentro dessas instituições;
- ◆ as percepções dos entrevistados sobre as fragilidades da descentralização do setor da saúde;
- ◆ as percepções dos entrevistados sobre as fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis.

1.3.2 Percurso da segunda etapa do trabalho de campo

A segunda etapa da pesquisa de campo ocorreu com a entrevista que realizamos com um dos técnicos da DIVE/SC em outubro de 2010 (roteiro da entrevista encontra-se no apêndice C deste trabalho). Essa entrevista foi essencial para conhecermos alguns elementos importantes das atribuições e dilemas do estado em relação ao tema desta pesquisa, ou seja, a vigilância das doenças transmissíveis (a duração da entrevista foi de 168 minutos e foi realizada em duas partes). Essa parte do campo foi uma espécie de pesquisa exploratória na qual procuramos investigar os seguintes aspectos:

- ◆ capacitação dos profissionais da Vigilância em Saúde;
- ◆ a notificação, a subnotificação e a investigação epidemiológica das doenças transmissíveis em SC;
- ◆ a situação atual de algumas doenças transmissíveis no estado de SC;
- ◆ as percepções do entrevistado sobre as fragilidades da descentralização do setor da saúde;
- ◆ as percepções do entrevistado sobre as fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis.

1.3.3 Percurso da terceira etapa do trabalho de campo

A terceira etapa do trabalho de campo ocorreu com as entrevistas realizadas com profissionais das três unidades de vigilância (ambiental, epidemiológica e sanitária) do município de pesquisa.

O primeiro passo em relação a este trabalho de campo transcorreu no início do mês de março de 2011 quando telefonamos para a coordenadora da unidade de vigilância epidemiológica do município e explicamos sobre a pesquisa e agendamos uma primeira conversa informal para o dia 15 de março de 2011.

No dia marcado estivemos na sede da Vigilância em Saúde municipal. No entanto, fomos informadas que a coordenadora da vigilância epidemiológica não estava presente por estar participando de um curso. Para não perdermos a viagem começamos o entrosamento com os outros profissionais da vigilância epidemiológica. A conversa informal fluiu muito bem e foram se achegando os profissionais das outras duas vigilâncias¹² (duração da conversa 185 minutos). Foi neste dia que soubemos que fazia parte da unidade de vigilância ambiental do município um profissional que havia trabalhado na SUCAM e na FUNASA no estado de SC. Sem deixar passar a oportunidade de conhecermos o trabalho dessas instituições neste estado agendamos nova entrevista, cujo roteiro encontra-se no apêndice D deste trabalho (a entrevista teve duração de 150 minutos).

A terceira entrevista foi realizada com três profissionais da unidade de vigilância epidemiológica (roteiro da entrevista no apêndice E). Não podemos dizer que essa tenha se consistido numa entrevista de grupo focal. Mas, os profissionais estavam tão estimulados para falar dos seus trabalhos que fazíamos as perguntas para a coordenadora, que deveria ser a entrevistada naquele dia, e após a sua resposta os outros complementavam falando sobre suas atividades e os problemas relacionados a elas (duração da entrevista 141 minutos). Essa forma mais solta de entrevista propiciou conhecermos melhor a relação entre os profissionais da unidade. O problema maior foi na transcrição da entrevista, mas, isso faz parte do trabalho de um pesquisador. Foi nessa entrevista que surgiu outro fato inédito que nos interessou bastante, pois, dois profissionais da unidade já trabalhavam na vigilância epidemiológica do município desde o período anterior a descentralização, em 1990. Um deles estava presente nessa entrevista e forneceu algumas informações relacionadas à vigilância epidemiológica nesse período. Sendo interesse entrevistar o outro profissional agendamos nova entrevista, cujo roteiro está no apêndice F deste trabalho (entrevista com duração de 122 minutos).

¹² Grande parte desse momento de entrosamento foi gravado e transcrito pela pesquisadora.

A quinta entrevista formal agendada foi com o coordenador da vigilância ambiental. Entretanto, no dia marcado o coordenador estava ausente, numa reunião, e, sendo assim, entrevistamos outro profissional da ambiental no seu lugar. É importante acrescentarmos que mesmo não tendo um roteiro específico para entrevistar esse profissional conseguimos levantar dados muito importantes para a pesquisa com o entrevistado (duração de 115 minutos).

A sexta entrevista formal ocorreu com o coordenador da vigilância ambiental (duração de 125 minutos). E na sétima, entrevistamos o coordenador da unidade de vigilância sanitária do município de pesquisa (duração de 129 minutos). Os roteiros destas entrevistas encontram-se nos apêndices G e H respectivamente.

É conveniente informarmos que entre essas entrevistas voltamos algumas vezes na sede da Vigilância em Saúde para tirar dúvidas; para aprofundar um pouco mais alguns temas que eram do interesse da pesquisa; e também para acompanhar alguns trabalhos. Assim como, enviamos e recebemos emails que auxiliaram a pesquisadora no recebimento de documentos que eram oferecidos para análise. Dessa forma, a pesquisa que se iniciou em março de 2011 se prolongou até o mês de agosto de 2011.

Com esta parte do campo concluída passamos a organizar as categorias apriorísticas já definidas no roteiro de entrevistas, sendo elas:

- ◆ a estrutura do setor saúde e o controle das doenças transmissíveis no município de pesquisa no período anterior a descentralização;
- ◆ a estrutura atual do setor saúde do município;
- ◆ a capacitação dos profissionais da Vigilância em Saúde;
- ◆ os recursos financeiros e humanos das três unidades de vigilância;
- ◆ a estruturação das atividades dos profissionais das três unidades de vigilância;
- ◆ a notificação e subnotificação das doenças transmissíveis;
- ◆ fluxograma das notificações;
- ◆ a investigação epidemiológica de campo;
- ◆ integração entre as vigilâncias e outros setores da saúde do município de pesquisa (intra-setorialidade);
- ◆ a inter-setorialidade no município em relação às ações para o controle das doenças transmissíveis;
- ◆ a situação de algumas doenças transmissíveis no município de pesquisa.

1.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Entrevistas realizadas, transcrições prontas, partimos para a organização das categorias temáticas (apriorísticas) já citadas. Essa organização começou com a leitura flutuante de todas as entrevistas, que é uma leitura descompromissada de objetivos, tentando apenas apreender as ideias principais e as impressões. Depois passamos a detectar essas categorias nos textos das entrevistas.

Isso feito, passamos para uma nova leitura das entrevistas, mas, uma leitura minuciosa tentando captar categorias não apriorísticas, isto é, categorias que emergiram espontaneamente das respostas dos sujeitos e que foram consideradas importantes para complementar à pesquisa como, por exemplo: o ensino de saúde pública no Brasil; a integração da SUCAM com o setor da educação e com a comunidade; as atividades do guarda sanitário que fazia parte dos órgãos extintos.

Destacamos que todos os capítulos desta tese contaram com trechos das entrevistas¹³ com a tríade de profissionais, pois, consideramos que essa é uma forma de trazer os sujeitos da pesquisa para o centro do estudo. Além disso, no método de estudo de caso que empreendemos neste trabalho essa estratégia é muito utilizada, pois, de acordo com Yin (2010), ela ajuda o leitor a tirar conclusões independentes sobre a validade de uma determinada interpretação do pesquisador.

1.5 ORGANIZAÇÃO DOS CAPÍTULOS DA TESE

Esta tese se constitui de seis capítulos e estes se dividem em seções e subseções. Nestas últimas são abordados alguns temas mais específicos que consideramos relevantes para essa pesquisa. Na medida do possível, esses capítulos estão organizados cronologicamente como forma de determinar a ordem dos acontecimentos que marcaram as transformações das políticas de saúde no Brasil, principalmente, as políticas referentes à vigilância das doenças transmissíveis. Acredita-se ser esta uma forma eficaz de apresentar a revisão histórica como a que se pretendeu empreender numa das etapas deste trabalho. Porém, é necessário registrar que, em alguns momentos, a ordem reflexiva das questões que emergiram tornaram-se mais importantes que a ordem cronológica determinada inicialmente.

¹³ Os trechos das entrevistas serão transcritos para o texto da tese sem que sejam editados, somente serão eliminados os vícios de linguagem.

Também ressaltamos que por serem capítulos um tanto longos decidimos na finalização de cada um deles realizar uma síntese contendo algumas considerações necessárias para dar continuidade ao trabalho.

O primeiro capítulo trata-se da introdução deste trabalho, na qual, especificamos a escolha pelo tema; objetivos, métodos e técnicas de pesquisa; o trabalho de campo e a sua análise.

No segundo capítulo apresentamos alguns aspectos históricos e sociais da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil. Este capítulo está dividido em três seções, nas quais, abordamos o século XIX, iniciando com a vinda da Família Real ao Brasil em 1808 e as instâncias de saúde que se originaram desse período. Assim como, revelamos algumas das incipientes mudanças no modelo organizacional e financeiro na saúde com a Proclamação da República. Na segunda seção discutimos o século XX, no período anterior a implantação do SUS, e tratamos das mudanças ocorridas nas políticas de saúde, principalmente, as que dizem respeito às instituições que foram sendo criadas nesse período referentes às doenças transmissíveis que são o ponto central deste estudo. Na terceira seção apresentamos a síntese analítica do capítulo.

O terceiro capítulo está organizado em cinco seções. Na primeira analisamos o que a literatura específica apreende sobre o conceito de descentralização. A seguir, enfocamos o processo inicial da descentralização do setor da saúde no Brasil no final de década de 1980. Na terceira seção, abordamos a parte central deste capítulo que é a implantação do sistema de saúde e o início da descentralização da vigilância epidemiológica. Em seguida incluímos as percepções dos entrevistados sobre o atual sistema de saúde. E na última seção, assim como no capítulo anterior, realizamos uma síntese do capítulo contendo algumas considerações que achamos necessárias para dar continuidade ao trabalho.

No quarto capítulo o enfoque principal é a vigilância epidemiológica e a sua estruturação no Brasil ao longo dos anos. Esse capítulo se constitui em oito seções. Na primeira seção, apresentamos como foi que o conceito de vigilância epidemiológica se disseminou pelo mundo, ganhando forma no Brasil e se constituindo numa estratégia essencial na detecção de doenças. Na segunda, destacamos a estruturação, na década de 1970, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e, em seguida, analisamos a reestruturação desse sistema após o SUS. Na quarta seção, enfocamos a reestruturação do MS em 2003 e a criação da Secretaria da Vigilância em Saúde. Na quinta seção abordamos o atual processo funcional da vigilância

epidemiológica, já inserida na Vigilância em Saúde. Dessa seção faz parte o histórico da notificação das doenças no Brasil e a investigação epidemiológica de campo que são consideradas atividades municipais e que serão analisadas no estudo de caso. Na sexta seção realizamos um balanço da atual situação epidemiológica no Brasil e em SC. Na seção seguinte, apresentamos as considerações dos entrevistados sobre a descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis. Para finalizar, apresentamos uma síntese do capítulo contendo algumas ponderações que achamos necessárias para que possamos adentrar na segunda parte deste trabalho que se constitui em um estudo de caso, no qual, analisamos a organização da vigilância das doenças transmissíveis num município de Santa Catarina.

No quinto capítulo abordamos o estudo de caso realizado no município de pesquisa. Este capítulo se divide em quinze seções, em que são analisados vários temas, entre eles: as instituições e os profissionais que atuavam no trabalho para a erradicação do vetor da malária nesse período no estado de SC; o setor da saúde no município de pesquisa no período anterior a descentralização desta área; o início da organização do setor saúde no município na década de 1990; panorama geral do município na virada do século que incluirá dados sobre a população e o acesso a serviços públicos, assim como, alguns dados sobre o setor saúde no município; dados da Vigilância em Saúde e da vigilância sanitária no município pesquisado quanto à capacitação dos profissionais, repasse de verbas, recursos humanos; as atividades pertinentes à unidade de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária; as atividades intrasetoriais e os pontos de intersectorialidade no município de pesquisa; problemas relativos às interferências políticas nas atividades das unidades de vigilância; a situação de algumas doenças de notificação no município e as percepções dos entrevistados sobre as mesmas. Na penúltima seção realizamos um cotejamento entre a concepção dos sanitaristas/pesq. (DALÍ, GOYA, MIRÓ, MONET, RENOIR) e do técnico da DIVE/SC (TÂNTALO), que foram apresentadas nas seções 3.4 e 4.7 deste trabalho, e o que foi possível apurar no estudo de caso no município com base nas entrevistas realizadas com os profissionais das três unidades de vigilância (ambiental, epidemiológica e sanitária). E finalmente na última seção apresentamos uma síntese analítica do capítulo.

Enfim, no sexto capítulo retomamos os objetivos iniciais desta tese, apresentamos os principais resultados e esquematizamos algumas considerações finais.

CAPÍTULO 2

A VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE CENTRALIZAÇÃO/DESCENTRALIZAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo analisar alguns dos principais acontecimentos e instituições na área da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil no período anterior a Constituição Federal de 1988, que consideramos o marco das mudanças do setor saúde no Brasil. Assim como, tentar compreender como ocorreram os períodos de centralização/descentralização do setor da saúde que fizeram parte da história do país nos séculos XIX e XX, até o final da década de 1980.

Nesta parte da pesquisa recuperamos ideias e eventos políticos, econômicos e sociais relacionados com as doenças transmissíveis no Brasil; embora, não seja interesse aprofundá-los além da dimensão que interessa para este estudo. Pois, a meta principal é situar as instituições ligadas à saúde que foram sendo organizadas ao longo dos anos no país, mais especificamente, as instituições ligadas ao controle e erradicação¹⁴ das doenças transmissíveis que vigoraram no período anterior a descentralização do setor da saúde que está configurada hoje no país.

¹⁴ Para o esclarecimento de alguns conceitos é importante citarmos que o controle das doenças abrange uma série de atividades destinadas a reduzir a incidência e a prevalência de uma doença até que ela não se constitua mais de um problema de saúde pública. A erradicação de uma doença é considerada como a extinção, por métodos artificiais, do agente etiológico de uma doença infecciosa, ou de seu vetor, prevendo sua impossível reintrodução em qualquer região do globo. Já a eliminação de uma doença infecciosa é atingida quando se obtém a cessação da sua transmissão em extensa área geográfica, mas, continua persistindo o risco de sua reintrodução, seja por falha na utilização dos instrumentos de vigilância ou controle, seja pela modificação do comportamento do agente ou vetor (WALDMAN, 2000).

Essa análise está fundamentada em documentos¹⁵, bem como, embasada na experiência de alguns sanitaristas/pesq. que foram entrevistados para esta pesquisa e que participaram de grande parte do trajeto das políticas de saúde pública no Brasil, cujos pseudônimos usados para identificá-los são: DALÍ, GOYA, MIRÓ, MONET, RENOIR. Esses indivíduos além de atuarem em diversas instituições de ensino e pesquisa na área de saúde pública no período compreendido entre 1960-1990, também tiveram uma experiência singular, pois, alguns deles foram agentes na condução da implementação de muitas políticas de saúde em várias regiões do país. Alguns de seus relatos aqui expostos são extremamente importantes para que possamos conhecer melhor o formato político institucional da saúde durante o período anterior ao SUS.

2.1 O SÉCULO XIX E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Um dos marcos do século XIX no Brasil é representado pela chegada da Família Real, em 1808. A partir daí começaram a se caracterizar algumas mudanças econômicas e sociais importantes para a população brasileira como, por exemplo: a abertura dos portos às nações amigas; a liberação da instalação de indústrias no Brasil; a instalação do Banco do Brasil; a fundação da Biblioteca Real; a instalação da Imprensa Régia; e a criação das primeiras escolas de cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, ambas destinadas a sanar a falta de profissionais habilitados que havia no Brasil. Também foram criadas as primeiras instâncias de saúde que tinham como objetivo principal fiscalizar o exercício da medicina e garantir a salubridade da costa atuando na fiscalização dos portos para impedir a chegada de novas doenças ao país.

Além disso, uma das grandes contribuições de Dom João para a saúde no Brasil foi a criação, em 1811, da Junta Vacínica da Corte (JVC) como forma de implantar a vacinação no país. Os chamados

¹⁵ Esses documentos vão desde a legislação brasileira, formada e transformada ao longo dos anos; passa pelas várias interpretações fornecidas por alguns autores que investigaram o fenômeno; e agrega a posição de alguns indivíduos que fizeram parte da configuração do sistema de saúde que temos hoje. Neste capítulo o ponto de referência destas três vertentes são as políticas de saúde no Brasil, principalmente, aquelas referentes à estruturação das instituições concernentes às doenças transmissíveis.

Institutos Vacínicos expandiram-se para alguns estados, como: Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Em 1831 a JVC passou a chamar-se Junta Central de Vacinação e em 1846 se transformou no Instituto Vacínico do Império que tinha como objetivos o estudo, a prática, o melhoramento e a propagação da vacina antivariólica¹⁶ para todo o Império do Brasil (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ, 2010).

Com a Independência do Brasil em 1822 as instâncias de saúde criadas deixaram de ser responsabilidade da Coroa Portuguesa, ficando sob a competência das câmaras municipais atuando de forma descentralizada. Desse modo, temos aqui o início do primeiro período de descentralização da área da saúde no Brasil, no qual os poderes locais passaram a agir de acordo com os seus interesses e necessidades. De maneira geral, as ações municipais se resumiam em: vacinação em períodos de epidemias¹⁷; controle da entrada de escravos doentes nas cidades; expulsão dos hansenianos das áreas urbanas; e a destruição do lixo (ESCOREL & TEIXEIRA, 2008).

Ainda na primeira metade do século XIX devido ao aumento das epidemias no país, principalmente de febre amarela e varíola, o governo imperial empreendeu uma reforma na saúde diminuindo os poderes locais em relação às ações de saúde. Dessa forma, foi sendo instituído um modelo mais centralizado para as atividades de saúde, no qual, o poder central atuava na normatização dos serviços; cabendo aos poderes locais a alocação de recursos e execução das ações. O aparato utilizado para essa centralização foi a Junta Central de Higiene Pública (JCHP) que, incorporando o Instituto Vacínico do Império, tinha como finalidade coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação e fiscalização do exercício da medicina nas províncias. Foi criada também a Inspetoria de Saúde dos Portos, cujo objetivo era fiscalização dos portos marítimos e fluviais (ESCOREL & TEIXEIRA, 2008).

No final do século XIX, com o encerramento da fase imperial no Brasil, apesar de várias tentativas ainda não havia soluções para os

¹⁶ A primeira vacinação contra a varíola no Brasil ocorreu em 1798 e o método utilizado era o de variolização que consistia em retirar a secreção da pústula variólica e inoculá-la no indivíduo a fim de que adquirisse a forma benigna da doença (ROMERO, 2002).

¹⁷ Consideramos epidemia como sendo uma elevação do número de casos de uma doença ou agravamento em um determinado lugar e período de tempo caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada (PEREIRA, 2004).

graves problemas de saúde da coletividade. A saúde da população brasileira era extremamente precária com o predomínio de várias doenças. A prática sanitária utilizada no país se apoiava praticamente em conhecimentos científicos tradicionais de origem europeia e estava voltada basicamente ao espaço urbano. Os poucos serviços de saúde que foram instalados no país eram ineficientes e correspondiam a uma sociedade escravista que, a princípio, estava pouco preocupada com problemas sanitários da força de trabalho e com as exigências do comércio internacional. Apesar disso, alguns autores (OLIVIERI, 1999; CAMARGO, 2002) argumentam que o Imperador Dom Pedro II foi um dos grandes incentivadores das pesquisas científicas, inclusive, doando uma significativa quantia para que fosse montado o Instituto Pasteur¹⁸ na França em 1888. Esse Instituto foi um dos grandes centros de estudo na época, no qual alguns cientistas brasileiros foram se especializar, como é o caso de Oswaldo Cruz.

2.1.1 A República Velha e a descentralização do setor da saúde

Com a Proclamação da República, em 1889, foi se consolidando em algumas regiões do Brasil uma nova forma de produção subordinada à racionalidade capitalista e articulada ao mercado internacional que impunha a necessidade de políticas públicas orientadas, principalmente, à preservação da força de trabalho. Para isso foi constituído em 1890 o Conselho Superior de Saúde Pública, em substituição da JCHP, que além de se preocupar com as condições sanitárias dos portos nacionais, por meio da Inspetoria de Saúde dos Portos, visava também: à vigilância das localidades e habitações populares; a propagação do serviço de vacinação; e a fiscalização da alimentação pública por meio da Inspetoria Geral de Higiene Terrestre (COSTA, 1986).

Com a promulgação da Primeira Constituição Republicana, em 1891, o Governo Provisório da República estabeleceu um novo modelo de descentralização da área da saúde no Brasil. Isto é, ficou designado que a higiene terrestre passaria a ser de responsabilidade dos estados da federação. Dessa forma, foi instituído que caberia aos poderes locais o cuidado com a saúde da população e ao governo federal caberiam: ações de saúde somente no distrito federal (Rio de Janeiro); a vigilância

¹⁸ O Instituto Pasteur foi fundado por Louis Pasteur diante da consagração da sua descoberta da origem microbiana das doenças infecciosas que possibilitou um maior controle das infecções.

sanitária dos portos; e assistir os estados em casos previstos constitucionalmente.

Numa análise mais ampla podemos dizer que essa descentralização mostrou-se ineficaz, pois, as epidemias não reconheciam fronteiras e continuavam a assolar o Brasil. Isso porque mesmo havendo a descentralização da área da saúde os serviços de higiene estaduais, municipais e mesmo na capital federal continuavam a inexistir desorganizando cada vez mais a economia do país exceto por São Paulo (HOCHMAN, 2006).

De acordo com Bueno (2005), essa descentralização deu margem para que São Paulo obtivesse sua autonomia no que diz respeito à instituição de uma saúde pública estadual criando o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo que passou a administrar uma rede de instituições¹⁹ criadas com o dinheiro público. E assim sendo, o serviço sanitário paulista foi se consolidando como uma sofisticada organização de prevenção e combate das enfermidades que assolavam o país e veio a servir de modelo para os outros estados brasileiros.

Na instância federal, em 1896, o setor da saúde pública passou por nova reforma e com esta surgiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) que era vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A DGSP tinha como atribuições: o comando dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; os estudos sobre doenças infecciosas; a organização das estatísticas demográfico-sanitárias; e o auxílio aos estados em períodos epidêmicos, sendo que, esse auxílio só era prestado em caso de solicitação dos governos locais (HOCHMAN, 2006). Isso quer dizer que até o fim do século XIX a descentralização da área da saúde continuava em vigência no país.

Ao retratarmos este período histórico observamos que apesar do conceito de saúde pública ser utilizado no século XIX, ele só vai ser

¹⁹ Entre essas instituições destacamos: o Laboratório de Análises Clínicas (responsável pela análise dos alimentos, bebidas, drogas e fórmulas medicinais); o Laboratório Farmacêutico (encarregado do preparo e fornecimento dos medicamentos para hospitais da rede pública); o Instituto Vacinogênico (produtor e distribuidor da vacina contra a varíola); o Hospital de Isolamento (local em que eram levadas as pessoas suspeitas de estarem infectadas por doenças contagiosas); o Serviço Geral de Desinfecção (responsável pela vistoria de casas sob suspeita de contaminação); e o Laboratório de Bacteriologia (laboratório de pesquisa que era comandado por Adolfo Lutz) (BUENO, 2005).

definido pela primeira vez no ano de 1920, pelo bacteriologista americano Charles-Edward Amory Winslow, como sendo:

A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (WINSLOW, 1920)

Depois desta definição muitas outras foram sendo elaboradas. De acordo com Souza (1975 p. 87-92), no Brasil surgiu a definição de saúde pública como sendo: “a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população”. Operacionalmente o conceito passou a ser definido como:

(...) campo de conhecimentos e atividades que têm por objetivo, a partir do diagnóstico do nível de saúde das populações, elevar tais níveis, através da aplicação de medidas de alcance coletivo com a participação da comunidade.

Ainda segundo o autor, seja qual for a definição de saúde pública sempre está subentendido, por um lado, a ideia de multidisciplinaridade, já que, somente o profissional médico não conseguiria dar conta de um campo tão amplo que abrange, entre outras coisas, a educação e o saneamento. O que quer dizer que para se exercer a saúde pública houve a necessidade de um trabalho de equipe de profissionais de várias áreas que passaram a ser denominados sanitaristas. Por outro lado, fica subentendida a ação do Estado que se configura na intervenção no processo de saúde e doença da população, cujo instrumento é o sanitarista que tem conhecimento sobre as doenças e seus controles, bem como, sobre saneamento, educação em saúde, prevenção e promoção da saúde.

2.2 ALGUMAS TRANSFORMAÇÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XX

No século XX o ainda precário sistema de saúde brasileiro sofreu grandes transformações que vieram acompanhadas de mudanças socioeconômicas, culturais e políticas. Este século se mostrou como um marco para o surgimento da saúde pública com bases científicas modernas. Do início do século, com a criação do Instituto Soroterápico Federal²⁰ cujo objetivo inicial era a fabricação de soros e vacinas contra a peste (BRASIL, 2004), até meados da década de 1960 o modelo hegemônico de saúde no Brasil foi o Sanitarismo Campanhista.

Na primeira década do século XX a saúde foi marcada pelas campanhas sanitárias dirigidas por Oswaldo Cruz que era diretor²¹ da DGSP no Rio de Janeiro desde 1903. As campanhas foram concebidas dentro de uma visão militar no qual o uso da força e da autoridade eram considerados instrumentos de ação. Inicialmente, essa estratégia de campanha sofreu cerrada oposição por parte dos positivistas, dos políticos e de vários jornais cariocas que fizeram implodir rebeliões contra o “rigoroso” programa de combate às doenças²². Apesar das arbitrariedades Costa (1986) argumenta que, se por um lado, as campanhas dirigidas por Oswaldo Cruz se ajustavam aos interesses dominantes que aspiravam à expansão da economia capitalista. Por outro lado, foram extremamente úteis no que diz respeito: as rotinas de controle das doenças infecciosas; no controle dos elementos considerados causadores de más condições sanitárias; na vistoria das habitações populares; na vacinação sistemática; e no controle dos portos. E em consequência dessa prática sanitária houve uma queda nos indicadores de mortalidade geral e também na mortalidade vinculada as doenças transmissíveis.

Hochman (2006) ao analisar esse período argumenta que ainda não havia entre a população a consciência da interdependência sanitária, esta se encontrava restrita aos círculos médicos e higienistas, sendo esse

²⁰ O Instituto Soroterápico Federal foi rebatizado em 1908 como Instituto Oswaldo Cruz.

²¹ Esse cargo corresponde hoje ao de Ministro da Saúde.

²² Uma das rebeliões mais conhecidas foi a chamada “Revolta da Vacina” ocorrida em 1904. Entretanto, essa rebelião popular não foi somente uma revolta contra o caráter compulsório da vacina, mas, foi uma revolta contra a carestia. Segundo Costa (1986) a revolta também foi utilizada como uma tentativa de golpe contra o governo de Rodrigues Alves.

um dos motivos das insurreições contra as campanhas de vacinação. O crescimento dessa conscientização entre a elite brasileira acabou proporcionando um sentimento geral de que o Estado deveria, naquele momento, assumir para si a responsabilidade pela saúde da população e a salubridade do território. Isso porque, as doenças que atingiam o país eram decorrentes, em sua maioria, da falta de saneamento e atingiam todas as classes sociais devido à transmissibilidade das doenças. Dessa forma, a simples ameaça das doenças criava elos de interdependência entre os indivíduos (pobres ou ricos) que demandavam um aumento da responsabilidade pública com a saúde da população.

Foi também na primeira década do século XX que eclodiram algumas epidemias (especialmente febre amarela e peste) no Rio de Janeiro e, devido a isso, o Congresso Nacional estabeleceu as bases da defesa sanitária na capital federal e acabou impondo a notificação compulsória das seguintes doenças: tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola, difteria, febre tifoide, tuberculose e hanseníase. Mais tarde, em 1914, essa legislação que impunha a notificação de algumas doenças na capital federal se expandiu para outras inspetorias de saúde distribuídas pelo litoral brasileiro. Nessas inspetorias a prioridade era notificar cólera, febre amarela e peste. Nesse sentido, Costa (1986) enfatiza que a omissão do registro de quaisquer dessas enfermidades estariam sujeitas aos rigores do Código Penal e poderiam sofrer penalidades que iam desde o pagamento de multas até a prisão. A imposição da notificação neste período se mostrava policialesca, podendo ser considerada como um instrumento utilizado para alijar os indivíduos infectados do convívio social.

Após essa iniciativa de notificação das doenças em 1904 foram criados, por Oswaldo Cruz, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção. Esta última tinha como responsabilidade combater a malária e a peste no Rio de Janeiro. Mais tarde esses serviços se transformaram em Inspetoria de Serviços de Profilaxia (BRASIL, 2004).

Já em 1908 começaram as expedições científicas pelo Brasil, empreendidas pelo Instituto Oswaldo Cruz, que possibilitaram o conhecimento da realidade sanitária do interior do país e contribuíram para a ocupação de algumas regiões. Uma das mais famosas expedições

científicas foi realizada pelos médicos Arthur Neiva e Belisário Pena²³, em 1912, que acompanhados de farmacêuticos, técnicos de laboratório e alguns tropeiros percorreram durante nove meses boa parte dos estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. Essas expedições serviram para tratar dos enfermos que eram encontrados pelo caminho e também para conhecer o crítico estado sanitário da população brasileira (BERTOLLI FILHO, 2006).

Lima (1999) menciona que houve no Brasil nove expedições científicas de 1908 a 1922 e dessas expedições resultaram relatórios que traziam a público, pelos jornais²⁴, os problemas dos sertanejos, principalmente, da multiplicidade de enfermidades que os assolavam, como: a malária, chagas, beribéri, a febre amarela e a ancilostomose. O retrato esboçado pelas expedições apontava que o problema da falta de desenvolvimento do Brasil não estava na miscigenação das raças, nem era em consequência do clima, mas, o problema estava na saúde, na educação e na ausência de identidade nacional²⁵. A partir daí os problemas sociais do sertão passaram a fazer parte das discussões que visavam, principalmente, a reforma dos serviços de saúde no Brasil.

Cabe ainda ressaltar que nessa época houve muita discussão sobre o sistema federalista do Brasil, havia sanitaristas que não acreditavam que a autonomia dos estados pudesse contribuir para a unidade das práticas judiciais, administrativas, educacionais e sanitárias. E dessa forma, já havia indícios de descontentamentos com a descentralização do setor da saúde que se prolongava desde 1822.

2.2.1 As condições sanitárias do sertão brasileiro na década de 1910 e a atuação da Fundação Rockefeller

O período correspondente a 1910-1919 foi turbulento no Brasil, pois, começou a ocorrer às reivindicações operárias quanto: as leis de proteção ao trabalho da mulher e da criança; fixação máxima de horas

²³ Belisário Pena publicou em 1918 “O Saneamento no Brasil” que apontava as falhas das políticas de saúde da época, sendo que, as estatísticas sobre as endemias rurais apontavam que 70% da população sofria de amarelão, 40% era vítima da malária e 15% era atingida pela doença de chagas (CASTRO SANTOS, 1985).

²⁴ Aliás, é interessante destacar que a mídia impressa da época foi o grande veículo que denunciava a desorganização dos serviços de saúde pública no Brasil.

²⁵ Este tema pode ser aprofundado na obra de Lima (1999).

de trabalho; criação de caixas de pensão para idosos e incapacitados por acidente de trabalho; regulamentação da higiene das fábricas; assistência médica e farmacêutica. Essas reivindicações deram origem a uma greve geral em São Paulo (1917) que acabou fortalecendo os recentes sindicatos. A questão social passou a ser discutida sob vários aspectos deixando evidente a necessidade de redefinição do papel do Estado frente aos problemas sociais. Entretanto, foi somente a partir de 1920 que o Estado, como resposta a essas reivindicações das classes trabalhadoras, criou todo um aparato burocrático de leis sociais.

Quanto às primeiras propostas de reforma dos serviços sanitários no Brasil começaram a surgir em 1917. De acordo com Hochman (2006), uma delas se fixava na implantação do Conselho Superior de Higiene com o objetivo de coordenar as ações de saúde e saneamento em todo o território nacional; inclusive, educar a população nos assuntos de higiene. Dentro dessa proposta foi criado o Serviço dos Medicamentos Oficiais com o objetivo de fabricar e distribuir medicamentos contra a malária pelo Instituto Oswaldo Cruz. Também foram criadas as bases para a presença de serviços federais de saneamento rural nos estados, bem como, postos de profilaxia de malária e ancilostomíase no DF e áreas limítrofes; e um posto antimalárico sob a responsabilidade da Fundação Rockefeller.

A Fundação Rockefeller²⁶, de acordo com Castro Santos (1985), teve um papel importante na evolução do movimento sanitário no país e no combate às doenças endêmicas²⁷. Sua jornada se iniciou em 1915 com a chegada de William Henry Welch (bacteriologista) e Wickliffe Rose (Diretor da International Health Commission) que faziam parte de uma comissão especial da Fundação. Essa comissão tinha como objetivo

²⁶ Não é intenção neste trabalho estender-nos exaustivamente sobre a Fundação Rockefeller. Entretanto, consideramos importante comentar que há três correntes teóricas que tentam explicar a atuação da Fundação no Brasil. A primeira, defende que a atuação da Fundação nos países da América Latina e em outras economias agroexportadoras estaria pautada numa relação de dominação de uma sociedade industrial sobre uma sociedade agrária. Entre os autores que seguem esta corrente estão: Brown (1979), Garcia (1984) e Labra (1985). A outra corrente representada por Ettling (1981) destaca o papel filantrópico da Fundação. A terceira corrente teórica tem como representantes: Castro Santos (1989) e Cueto (1992) e estes não endossam nenhuma das teorias anteriores, pois, na visão dos autores ambas correntes teóricas são consideradas versões simplistas a respeito da atuação da Fundação no Brasil (FARIA, 1995).

²⁷ Para fins de definição, as doenças endêmicas são aquelas que, sem grande variação de incidência, ocorrem constantemente em determinada região.

identificar áreas de atuação e coletar informações sobre as condições de combate a algumas doenças infecciosas, como: a malária, a ancilostomíase e a febre amarela.

A chegada ao Brasil foi marcada pelo estabelecimento de acordos cooperativos entre a Fundação e os governos dos estados brasileiros. Conforme Faria (1995), os estados interessados no desenvolvimento de campanhas sanitárias e pesquisas científicas deveriam convidar oficialmente a Comissão Sanitária Internacional e por meio deste convite a Fundação concordava em cooperar com recursos financeiros e na organização dos serviços. No acordo cooperativo o governo do estado, no qual seria implantado o serviço da Fundação Rockefeller, arcava com pelo menos 25% das despesas e o restante ficava sob a responsabilidade da Fundação. Sendo que, a comissão médica que era enviada aos estados ficava responsável pelas informações sobre prevalência²⁸, distribuição, diagnóstico, tratamento e importância econômica das doenças, assim como, o fornecimento de pessoal qualificado e equipamentos científicos; além da instalação de laboratórios e postos de combate às endemias²⁹. Os médicos chefes de cada serviço eram responsáveis pelo treinamento de profissionais brasileiros, com métodos desenvolvidos pela Fundação, e pela elaboração de relatórios e boletins sobre os trabalhos.

Cunha (2005) menciona que o modelo organizacional que a Fundação adotou no Brasil foi o de circunscrições e cada uma delas incluía vários estados. Essas circunscrições se dividiam em setores, que, por sua vez, se subdividiam em distritos. Os distritos ainda eram divididos em zonas e postos de atendimento que se constituíam nas unidades básicas. O número dessas unidades variava de acordo com a extensão e a importância de cada setor. O critério escolhido para a definição das circunscrições, dos setores e dos distritos, era epidemiológico. Isto é, eram definidos em função das áreas de maior incidência³⁰ da doença. Cada uma das circunscrições tinha sede num de seus setores e ficava sob a coordenação geral de um médico sanitário

²⁸ Em Epidemiologia a prevalência é o número total de casos de uma doença, existentes num determinado local e período (PEREIRA, 2004).

²⁹ Endemia, em Epidemiologia e Medicina, é a “presença contínua de uma enfermidade, ou agente infeccioso, em uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica” (BRASIL, 2009 p. 107).

³⁰ Em Epidemiologia a incidência de uma doença se refere ao número de casos novos da doença que iniciaram no mesmo local e período (PEREIRA, 2004).

que tinha como tarefa coordenar e inspecionar os trabalhos desenvolvidos pelos setores da circunscrição sob sua responsabilidade.

Em 1917 a Fundação foi responsável pela abertura do primeiro posto de tratamento e profilaxia da ancilostomíase no Rio de Janeiro e a partir daí foi consolidando a sua atuação em vários estados da federação. Foram sendo implantados postos de profilaxia e tratamento das endemias, inclusive no combate à febre amarela e à malária, e foram instalados dispensários em várias cidades brasileiras. Além disso, foram realizadas pesquisas com quinino e quenopódio no combate às doenças infecciosas. Muitos profissionais brasileiros receberam treinamento e vários médicos e sanitaristas brasileiros obtiveram bolsas de estudos em universidades americanas (FARIA, 1995).

Em verdade, quando a comissão da Fundação Rockefeller chegou ao Brasil encontrou uma população rural abandonada, esquecida e acometida de várias doenças. Sendo assim, foi essa população que passou a ter prioridade, principalmente, no combate à ancilostomíase e, mais tarde, contra a malária e a febre amarela, primeiramente, nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro.

A ancilostomíase, também conhecida como amarelão, foi a primeira verminose que se tornou alvo de uma campanha mundial da Fundação Rockefeller. Essa verminose ficou bastante popular no Brasil quando o escritor Bento Monteiro Lobato, influenciado pelos resultados das primeiras expedições sanitárias do Instituto Oswaldo Cruz, já mencionadas anteriormente, descobriu que o seu personagem Jeca Tatu não era indolente e preguiçoso como ele pensava. Mas, era sim, portador do amarelão que era uma doença que contribuía para o “atraso do país”. Após essa descoberta Monteiro Lobato lançou um almanaque que explicava ao povo, por intermédio do Jeca³¹, como o parasito se apropriava de seus corpos, qual era o ciclo da doença e como os ovos eliminados pelas fezes permaneciam no solo. E ainda explicava que o “caboclo” não deveria utilizar as bananeiras para as suas necessidades fisiológicas e deveria andar com suas botinas para evitar a contaminação. Dessa forma, consideramos que Monteiro Lobato foi de vital importância no lançamento de campanhas jornalísticas em favor do saneamento no Brasil.

Após a campanha mundial de ancilostomíase realizada pela Fundação Rockefeller, com o apoio no Brasil de Monteiro Lobato e da

³¹ Talvez Jeca Tatu tenha sido o primeiro personagem brasileiro a protagonizar uma campanha nacional.

imprensa, a instituição continuou a trabalhar no país. Em 1928, em cooperação com o governo federal brasileiro, a Fundação criou o Serviço especial de Febre Amarela em consequência de um surto epidêmico que assolou várias cidades brasileiras, inclusive a capital federal; e em 1935 instalou um laboratório destinado à produção da vacina contra a febre amarela no Instituto Oswaldo Cruz. De acordo com Avila Pires (1994), a Fundação também foi responsável por introduzir no Brasil, a partir de 1930, novos métodos e abordagens para o estudo das relações mútuas entre vetores, hospedeiros e reservatórios de arboviroses e de zoonoses³².

Em 1939 a Fundação criou, em parceria com o governo federal, o Serviço de Malária do Nordeste³³. Pois, a região vinha sendo castigada desde o início da década por surtos epidêmicos da doença, que em dois momentos assumiram especial gravidade: o primeiro ocorreu em 1930 na cidade de Natal (RN) e se estendeu até 1931; o outro em 1938 atingiu Natal e Fortaleza (CE) sendo definitivamente debelado somente em 1940 quando se concluiu a erradicação do *Anopheles gambiae*, mosquito transmissor da doença (TAUIL et al, 1985).

Em 1942 a Fundação Rockefeller se retirou do país, depois de quase trinta anos de atuação, e os serviços criados por ela foram absorvidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública. A atuação da Fundação Rockefeller no Brasil sofreu acentuadas críticas sobre os métodos adotados no tratamento de algumas doenças. Faria (2002 p. 572) menciona que algumas figuras nacionais chegaram até a apontar uma possível “invasão americana por meio dos expedientes sanitários, ou a tentativa de penetração do protestantismo, contrário às tradições religiosas do nosso povo”. Apesar das críticas, a atuação da Fundação se mostrou eficaz no que diz respeito à educação médica e no desenvolvimento dos serviços médicos-sanitários e científicos no Brasil. Foi a Fundação que no final da década de 1910 incentivou a criação do Laboratório de Higiene que viria a ser um centro para o desenvolvimento da educação e pesquisa na área de saúde e responsável pela realização de pesquisas com doenças infecciosas. Em 1924 o Laboratório se transformou no Instituto de Higiene de São Paulo, sobre o qual dissertamos mais adiante.

Voltando novamente ao início do século XX, foi em meados da década de 1910 que a descentralização da higiene terrestre, que vigorava

³² De acordo com Avila Pires (2000) são consideradas zoonoses as doenças ou infecções transmitidas naturalmente entre o homem e outros vertebrados.

³³ Em 1941 esse serviço passou a ser denominado Serviço Nacional de Malária.

no Brasil desde 1891, passou a ser questionada, pois, considerava-se que os estados não estavam preparados financeiramente e tecnicamente para tal empreendimento, exceto por SP. Passou a ser defendida pela Liga Pró-Saneamento do Brasil³⁴ a unificação e a centralização dos serviços sanitários na esfera federal por meio de um órgão federal com jurisdição em todas as regiões. Esse novo órgão deveria compreender: a Inspeção de Saúde Pública do Distrito Federal; Inspeção de Saúde dos Portos e Rios; Inspeção Geral de Profilaxia Rural e Urbana dos Estados; Inspeção de Demografia Sanitária. Também seria encarregado dos serviços de abastecimento de água, esgotos e engenharia sanitária. Essa proposta da Liga, segundo Costa (1986), defendia a possibilidade dos estados e municípios criarem serviços próprios e, sendo assim, desde a segunda década do século XX já estava sendo plantada a semente da municipalização da saúde. Mas, apesar dos esforços para a implementação da proposta da Liga, esta foi recusada naquele momento e somente em 1920 é que vai ser criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que viria reunir num mesmo órgão a organização dos serviços sanitários (esse Departamento será analisado mais adiante quando introduzirmos as reformas na saúde realizadas por Carlos Chagas).

Finalizando esta parte entendemos que durante praticamente toda a década de 1910 (1910 a 1919) foram sendo ampliados os aparatos legais, institucionais e de recursos humanos da saúde pública, inclusive foi sendo ampliado o número de doenças que deveriam ser notificadas. No entanto, toda essa nova legislação restringia-se inicialmente à base territorial do distrito federal (RJ), já que, o modelo que estava sendo seguido no Brasil indicava a descentralização do setor da saúde. De acordo com Hochman (2006) os estados, em sua grande maioria deficientes (exceto por São Paulo³⁵), utilizando o aparato da legislação

³⁴ A Liga Pró-Saneamento do Brasil foi criada em 1918 e seu líder era Belisário Penna. Essa Liga deu origem em 1923 a Sociedade Brasileira de Higiene que teve como prática a realização de congressos nacionais de sanitaristas em 1923, 1924, 1926, 1928 e 1929. Os temas privilegiados nos congressos, no que diz respeito às práticas de saúde, foram: controle das doenças parasitárias e epidêmicas através de métodos de extermínio de vetores e práticas imunizantes (COSTA, 1986).

³⁵ O estado de São Paulo desde o final do século XIX tinha como prática algumas ações para melhorar as condições de saúde da população, isso porque as oligarquias locais já haviam percebido que as epidemias eram um entrave ao desenvolvimento econômico do estado. Para maiores informações sobre o tema se dirigir a Escorel & Teixeira (2008); Castro Santos (1993).

passaram a solicitar a intervenção sanitária federal por meio de auxílio federal no que se refere a apoio técnico, financeiro e recursos humanos para debelar os focos das epidemias de febre amarela e peste. Sendo que, a expansão dos serviços federais de profilaxia rural somente começaram a ocorrer a partir de 1917 com a entrada da Fundação Rockefeller. E em 1918 foi criado o Serviço de Profilaxia Rural que era subordinado a então Inspetoria de Serviços de Profilaxia.

2.2.2 A saúde pública no Brasil na década de 1920

Na década de 1920, com o crescimento da economia cafeeira e a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da assistência à saúde passou a ganhar mais destaque, pois, as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão de obra. Para tentar sanar esses problemas de saúde começou a se estruturar no país as políticas sociais³⁶ com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), caracterizando o início da previdência social no Brasil. Os benefícios previdenciários, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos destinavam-se a empregados de empresas específicas, sem recursos do poder público (MERCADANTE, 2002). Para alguns autores como Donnangelo (1975), por exemplo, a criação dessas CAPs encontrava-se relacionada à necessidade de preservação da força de trabalho, associadas à produtividade do trabalhador e a formação do capital mediada pelo Estado.

Na década de 1930, em substituição as CAPs, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por categorias profissionais e não mais por empresas. Os IAPs também ofereciam serviços médicos, benefícios e pensões. No entanto, a assistência médica continuava a ser um privilégio dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, organizado dentro das regras sindicais que se encontravam atreladas aos interesses do Estado (ESCOREL & TEIXEIRA, 2008).

Dessa forma, a partir das mudanças iniciadas na década de 1920 foi montada no Brasil toda uma estrutura previdenciária que passou a prever, entre outras coisas, a saúde do trabalhador brasileiro, ou seja,

³⁶ As políticas sociais podem ser consideradas como “intervenções estatais voltadas para modificar as condições materiais e culturais de reprodução da classe trabalhadora” (VASCONCELOS, 1999:159). Geralmente são respostas a uma série de reivindicações que são geradas através da luta de diferentes grupos da população que expressam diversos interesses.

essa assistência era destinada somente aos trabalhadores formais. A saúde destinada ao restante da população só vai começar a se estruturar melhor com a reforma que Chagas empreendeu na saúde pública também no início da década de 1920.

2.2.2.1 Chagas e a reforma na saúde pública na década de 1920

A partir da década de 1910 a saúde pública passou a ocupar lugar de destaque no debate político nacional no que diz respeito à preocupação com o quadro sanitário vigente no país e as dificuldades de obter consenso a respeito de soluções politicamente viáveis para o seu saneamento. Nesse período a mídia se mostrou como um importante instrumento de divulgação dos problemas sanitários e também das soluções que estavam sendo debatidas pelos especialistas. Também foi essencial para a ampliação da consciência de interdependência sanitária entre a elite, que passou a se tornar “solidária” para com os menos afortunados. Pois, ficou claro que as doenças (assim como os micróbios) têm como característica igualar e conectar todos os seres humanos (sejam pobres ou ricos) e suas comunidades em uma ampla cadeia de mútua dependência (HOCHMAN, 2006).

No fim da década de 1910 e início da década de 1920 a população brasileira passou por mais algumas epidemias bastante trágicas, como a de gripe espanhola e de hanseníase, que mostraram a precariedade e a necessidade da reorganização dos serviços sanitários e mudanças na área da saúde pública. Com isso foi crescendo a ideia de que a política de combate às endemias e epidemias deveriam ser implementadas pela União independente da contribuição que cada estado pudesse dar. Em resposta às epidemias foram efetuadas modificações nos serviços sanitários federais e para tanto foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), substituindo o DGSP, e tendo como diretor geral Carlos Chagas. Cabe ressaltar que grande parte da bibliografia referente à história da saúde pública no Brasil elegeu Chagas como o único responsável pela criação do DNSP e esqueceu que na década de 1910 já se discutia amplamente, inclusive com o apoio da mídia, a criação de um órgão que centralizasse os serviços sanitários.

Em 1923, na tentativa de sanar os problemas sanitários vigentes no país, Chagas criou o Regulamento Sanitário Federal³⁷ por meio do Decreto nº 16.300. Nesse Decreto ficaram determinadas as atribuições e

³⁷ Também conhecido na literatura específica como a Reforma Chagas.

competências do DNSP que passou a ter poderes para interferir amplamente na vida da população. De acordo com Bueno (2005), o órgão passou a legislar sobre os mais variados temas como, por exemplo: o controle do exercício profissional da medicina; licenciamento de farmácias, drogarias, laboratórios, ervanários e fábricas de medicamento; inspeção sanitária dos empregados domésticos; fiscalização de mananciais e análise das águas; fiscalização de domicílios, lugares e logradouros públicos, fábricas, oficinas, restaurantes; fiscalização de gêneros alimentícios; defesa sanitária marítima e fluvial; inspeção médica de imigrantes³⁸.

No entanto Chagas, enquanto diretor do novo órgão, passou a ser muito criticado, pois, esse seu conjunto de medidas foi considerado policialesco, centralizador e autoritário. Mas, mesmo assim, essas medidas assinalaram mudanças importantes na prática estatal no campo da saúde pública no país, pois, significaram uma ampliação da iniciativa pública sobre os problemas sanitários até então vigentes (COSTA, 1986).

Além dessas medidas, foram lançados no país vários programas de saúde, entre eles: o de higiene infantil³⁹; de combate às endemias rurais; combate à tuberculose, à hanseníase e às doenças venéreas. Também nesse período foram criados o Instituto de Higiene de São Paulo e o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública no Rio de Janeiro e ambos tiveram a colaboração da Fundação Rockefeller na preparação de médicos sanitaristas para atuarem no Brasil. Ambos cursos serão analisados a seguir e aproveitaremos o espaço para realizar uma discussão sobre o médico sanitário enquanto profissional de saúde pública no Brasil.

2.2.2.2 A institucionalização do ensino de saúde pública no Brasil⁴⁰

Em 1924 foi criado o Instituto de Higiene de São Paulo (IHSP), que substituiu o Laboratório de Higiene (criado no final da década de

³⁸ Essas medidas podem ser consideradas como o início da vigilância sanitária no país.

³⁹ De acordo com Boarini & Yamamoto (2004) a discussão dos temas: higiene infantil, educação, higiene dos indivíduos e a “utilidade dos casamentos eugênicos” estavam presentes no III Congresso Brasileiro de Higiene que ocorreu no ano de 1926 em SP.

⁴⁰ Para aprofundar o tema sugerimos a leitura de: Castro Santos & Faria (2006); Faria (1999); Fonseca (2004) e Labra (1985).

1910)⁴¹. A criação desse Instituto foi resultado de um convênio entre o governo do estado de São Paulo e a International Health Board da Fundação Rockefeller. A nova instituição tinha várias funções, entre elas: desempenhar dedicação à investigação sanitária, estudo de métodos e planos para implementação de campanhas sanitárias; fiscalização de soros e vacinas comercializados em São Paulo; propaganda sanitária para alertar a população quanto às doenças infecciosas; organização de cursos para a formação de educadores de saúde e inspetores sanitários (vide foto da primeira turma do curso de educadores sanitários no anexo A). E também era sua função organizar cursos de especialização para a formação de médicos sanitaristas.

O primeiro curso destinado à especialização de médicos sanitaristas foi inaugurado em 1928 e passou a ser denominado de Curso de Especialização em Higiene e Saúde Pública. Faria (1999), ao se dedicar a pesquisa sobre o IHSP, argumenta que na época vários profissionais receberam bolsa para a realização do curso de especialização que era dividido em quatro trimestres. Nos três primeiros trimestres os futuros médicos sanitaristas recebiam instruções sobre: parasitologia, higiene química, higiene pessoal, nutrição, bacteriologia, imunologia, epidemiologia, administração em saúde pública, higiene mental, atendimento pré-natal, higiene infantil, e engenharia sanitária. No último trimestre os alunos prestavam serviços ou nos departamentos do IHSP ou então no Serviço Sanitário, nos quais, realizavam trabalhos de campo sobre algum tipo de problema em saúde pública. Depois de formados grande parte dos médicos sanitaristas acabavam desempenhando cargos técnicos no Serviço Sanitário de São Paulo que, conforme assinalamos anteriormente, foi criado em 1891 em

⁴¹ É interessante destacar que um ano após a criação do IHSP foi inaugurado em SP o primeiro centro de saúde do país. Inclusive, nesta época ocorreram vários debates na tentativa de definir a finalidade dos centros de saúde. Enquanto o sanitarista Ernâni Agrícola defendia que os centros de saúde deveriam ser uma unidade integral de ações sanitárias. Waldomiro de Oliveira, também sanitarista, entendia que os centros de saúde deveriam ser uma unidade especializada em ações de higiene e educação sanitária. Debates a parte, percebe-se que nesta época já estava sendo concebida a ideia de se construir uma rede de serviços que na visão de Ernâni Agrícola deveria ser uma “ampla ‘rede básica’ descentralizada, localizada nos municípios e estruturada conforme os princípios da regionalização, hierarquização e descentralização” (MERHY, 1992, p. 99). Portanto, consideramos que estes debates colaboraram para que fosse plantada a semente da organização das redes de serviços que temos atualmente no sistema público de saúde brasileiro.

decorrência do prolongamento da descentralização promovida pelo sistema federativo da república brasileira.

Em 1931 o IHSP passou a ser reconhecido oficialmente como Escola de Higiene e Saúde Pública que foi incorporada pela Universidade de São Paulo em 1938 que, mais tarde, em 1969, passaria a ser denominada de Faculdade de Saúde Pública. Em meio à trajetória do IHSP é criado, em 1949, o Curso de Saúde Pública para engenheiros, destinado à formação de engenheiros sanitaristas.

A Fundação Rockefeller, além de financiar a formação de médicos sanitaristas em São Paulo, financiou, em parte, o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública (CEHSP) criado por Carlos Chagas em 1925 no Rio de Janeiro. De acordo com Castro Santos & Faria (2006), Carlos Chagas solicitou à Fundação que enviasse dois pesquisadores norte-americanos, das áreas de epidemiologia e administração sanitária, para ministrar aulas no curso. Na época a Fundação enviou ao Brasil dois professores (Allen W. Freeman e John. A. Doull) da School of Hygiene and Public Health da Universidade Johns Hopkins, financiados pela Fundação Rockefeller.

O CEHSP, assim como o IHSP, visava preparar os médicos para o exercício da profissão sanitária, fornecendo pessoal especializado para o desempenho dos cargos técnicos no recém-criado DNSP⁴². Aliás, o sanitarista depois de formado deveria dedicar-se integralmente ao seu trabalho e era vedado o exercício da clínica remunerada aos médicos que pertencessem ao DNSP (CUNHA, 2005).

Na década de 1930 houve uma reformulação do ensino médico em todo o Brasil que originou cursos de especialização em várias áreas da Medicina, inclusive, fortalecendo a especialização dos médicos sanitaristas⁴³. Entretanto, no final dessa década o CEHSP é encerrado só retomando suas atividades em 1941 sob a denominação de Curso de Saúde Pública, anexo ao Instituto Oswaldo Cruz e subordinado ao DNS. De acordo com Barros Barreto (1943), até o ano de 1943 o Curso de Saúde Pública do Rio de Janeiro formou 69 especialistas e todos pertencentes aos quadros dos serviços sanitários federais e estaduais.

⁴² Segundo Castro Santos & Faria (2006), o CEHSP é oriundo do Curso de Medicina Pública que já se destacava em 1917 no Rio de Janeiro. Esse curso incluía no seu programa duas especialidades: para médicos legistas e médicos higienistas.

⁴³ Nessa época também se expandiram pelo país os cursos intensivos voltados para a formação de profissionais em saúde pública, como: enfermeiras de saúde pública e visitadoras sanitárias.

Já em 1950, com a criação da Escola Nacional Saúde Pública (que até então era denominada Instituto Castelo Branco) o Curso de Saúde Pública do Rio de Janeiro é reformulado e passou a privilegiar outras categorias profissionais no ensino em saúde pública como: engenheiros, dentistas e enfermeiras. Com essa abertura para outras áreas foi se modificando a relação de trabalho do médico sanitarista que passou a compartilhar seu conhecimento com outros profissionais não médicos determinando uma nova prática coletiva e multiprofissional.

No final da década de 1960 houve a regulamentação das normas de organização e funcionamento das universidades (Lei nº 5.540/ 1968) que propiciou a reforma do ensino médico, que recomendava um novo currículo para o curso de Medicina. Esse novo currículo acabou abrindo espaço para outras reformas que estariam relacionadas com a formação em saúde pública (NUNES, 1998).

Dessa forma, até mais ou menos a década de 1970 a formação do sanitarista ou profissional da saúde pública era realizada por meio de cursos de especialização (que hoje denominamos *latu sensu*) e cuja demanda provinha dos organismos de saúde das esferas municipal, estadual ou federal. Com a reforma universitária de 1968, foram criados os cursos de pós-graduação (*strictu sensu*) voltados ao preparo do profissional para a academia (ensino e pesquisa).

Atualmente a clientela dos cursos de especialização, assim como de pós-graduação em saúde pública, é multiprofissional, ou seja, envolve o pessoal graduado em diversas áreas, sejam elas: biológicas (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, veterinários), humanas (ciências sociais, antropólogos, sociólogos, economistas, advogados) ou exatas (engenharia, estatística, matemática).

Para as finalidades desta tese resgatamos o início da institucionalização do ensino de saúde pública no Brasil, para mostrar que a formação do médico sanitarista no início do século apresentava rupturas importantes na profissão médica. A que consideramos mais contundente é a ruptura do modelo tradicional da prática médica. Isso porque o sanitarista não tinha como objetivo somente a saúde do indivíduo, mas, a saúde de determinada comunidade ou da coletividade.

Também não podemos deixar de salientar que não há dúvidas que os cursos de São Paulo e do Rio de Janeiro, implantados no início do século XX e voltados para a especialização de médicos sanitaristas, ampliavam os horizontes dos médicos. Pois, eram constituídos de disciplinas muito diversificadas que, até mesmo, extrapolavam a ciência médica introduzindo-os em outro campo, o da engenharia sanitária. Assim sendo, com a institucionalização do ensino da saúde pública no

Brasil foi se constituindo um novo campo científico com interesses, normas e práticas específicas.

2.2.2.3 Ser médico sanitарista no Brasil

Foi observado anteriormente que no Brasil, desde a primeira metade do século XX, os médicos sanitарistas eram incorporados à burocracia estatal como funcionários públicos, os quais, de acordo com Pereira Neto (2001), atuavam profissionalmente em alguma instância do poder público, vinculados à gestão dos serviços de profilaxia, educação ou ação higienista. Inclusive, alguns médicos sanitарistas por estarem muito perto do poder acabaram ocupando cargos de destaque no governo.

O trabalho desses médicos era um trabalho árduo, com dedicação em tempo integral e incluía a necessidade de disponibilidade para viagens de trabalho⁴⁴ “em busca da doença e dos doentes” (CUNHA, 2005 p. 5). E nas diversas regiões do país o médico sanitарista se apresentava como um representante do poder público. Imbuído desse poder, eles se tornaram um dos grandes promotores de mudanças na saúde pública do Brasil.

Mas, ser sanitарista no Brasil no início do século XX era muito mais que ter um emprego garantido num órgão público. Era uma luta para consolidar toda uma estrutura de saúde pública no país, que conferia ao médico sanitарista reconhecimento social e prestígio. Prestígio esse, que os elevou a categoria de elite intelectual, pois, estes homens eram portadores de um saber médico-científico que os diferenciava das outras especialidades médicas. Dessa forma, para ser médico sanitарista era necessário ter, além de vocação, uma esmerada especialização e também um grande otimismo para tentar resolver os sempre prementes problemas sanitários vigentes no Brasil.

Atualmente, tendo em vista a descentralização do sistema de saúde e, consequentemente, não havendo mais as instituições que centralizavam as ações e serviços de saúde nas quais os sanitарistas se encaixavam perfeitamente, esse profissional acabou perdendo grande parte do seu mercado de trabalho. Inclusive quando houve, na década de 1980, as conferências nacionais para discutir a reestruturação dos recursos humanos nas instituições públicas de saúde foi deixado de lado

⁴⁴ Havendo interesse no tema que trata sobre as viagens dos sanitарistas que atuaram nas instituições brasileiras na década de 1920, reportar-se a Cunha (2005).

o papel do médico sanitário. Ou seja, não foi atribuído a esse profissional nenhum papel específico na condução das novas políticas de saúde. Esse fato pode ter ocasionado à desvalorização do profissional médico sanitário no Brasil e a perda de um contingente de profissionais dotados de capital cultural específico que abrangia um amplo conhecimento adquirido por meio de muito trabalho de campo.

Além disso, no Brasil as poucas instituições públicas que admitem esse profissional, de maneira geral, oferecem baixos salários⁴⁵ em se comparando com outras especialidades médicas liberais/conveniadas. Isso acaba sendo um fator que desmotiva os jovens a seguirem a carreira de médico sanitário. Ávila (1998) indica outros fatores que interferem negativamente na escolha dessa especialidade médica como, por exemplo: a rotina burocratizada que deve ser seguida pelo médico sanitário nas instituições públicas; o afastamento da relação médico-paciente; a perda de status no setor público; e falta de incentivo na graduação. Diante disso tudo, perguntamos: afinal, qual o papel atribuído ao médico sanitário hoje, já que, com as mudanças ocorridas no país a partir da descentralização do setor da saúde, esse profissional perdeu o status que lhe era conferido no início do século?

2.2.3 De 1930 a 1945: a saúde pública com Vargas no poder

Logo no início da década de 1930 Getúlio Vargas assumiu o poder em meio a uma grave crise econômica, social e política que já afetava o Brasil desde a década anterior. Pois, o velho modelo oligárquico não se adaptava mais às questões sociais. Não sendo mais possível tratar as questões sociais como caso de polícia o que determinou, entre outros fatores, a famosa Revolução de 30.

Com Vargas no poder foi sendo gerada uma ampla reforma política e administrativa no país. Na saúde, Vargas empreendeu um regime autoritário cujas reformas centralizadoras acabaram por decretar o fim da descentralização, em vigor desde 1822. Para os estados em que não havia serviços de saúde organizados a proposta de centralização foi bem aceita. No entanto, estados como SP, por exemplo, que já possuíam serviços de saúde organizados não aceitaram muito bem a intervenção

⁴⁵ Ávila (1998) indica que o salário de um médico sanitário corresponde hoje ao 43º lugar entre as várias especialidades médicas.

federal e nem mesmo a ideia da centralização⁴⁶ (BERTOLLI FILHO, 2006).

Inicialmente os serviços de saúde foram organizados em todos os estados para o tratamento de enfermidades específicas, como: o tracoma, a hanseníase e a ancilostomose, deixando as demais moléstias em segundo plano. De acordo com Bertolli Filho (2006), as decisões na saúde sanitária, que antes eram tomadas pelos médicos sanitaristas, passaram a ser tomadas pelos políticos e burocratas que não conheciam os problemas de saúde da população e muito menos os conceitos epidemiológicos. Apesar disso, a nova organização do setor da saúde impulsionou os cursos de formação de enfermeiras sanitárias que percorriam os bairros mais carentes ensinando aos moradores regras básicas de higiene, e quando necessário, encaminhando os doentes mais graves para os hospitais públicos ou filantrópicos⁴⁷.

Ainda no início da década de 1930, de acordo com Castro Santos (1985), foi atendida parcialmente a demanda dos sanitaristas comprometidos com a causa pública da criação de um ministério da saúde. Mas, ao invés de um ministério específico da saúde Vargas resolveu criar um ministério que dividia funções entre a saúde e a educação, o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP). Esse ministério em 1937, com o Estado Novo, foi transformado no Ministério da Educação e Saúde (MES) por meio da Lei nº 378 de 30 de janeiro de 1937 (BRASIL, 1937). Essa mesma Lei instituiu, no seu Artigo 67, o primeiro Conselho Nacional de Saúde⁴⁸ e também decretou a

⁴⁶ A intervenção federal no estado de SP pode ser aprofundada na obra Merhy (1992).

⁴⁷ Foi também nos primeiros anos da era Vargas que se iniciou um movimento de educação na área da saúde que tinha como objetivo convencer a população da necessidade de mudanças de hábitos higiênicos, para tentar diminuir a disseminação de doenças infectocontagiosas. Os recursos utilizados nesse movimento eram panfletos e cartazes elaborados pelo MESP e pelos serviços estaduais. Essa primeira tentativa mostrou-se um tanto infrutífera, já que, a grande maioria dos brasileiros eram analfabetos e não podiam se beneficiar do material distribuído. Assim sendo, em 1938 as campanhas em favor da higiene passaram a ser divulgadas pelas rádios em todos os estados da federação. Os panfletos passaram a trazer ilustrações coloridas que podiam ser entendidas por todos, analfabetos ou não (BERTOLLI FILHO, 2006).

⁴⁸ Ainda durante o governo de Vargas, é realizada no Brasil a 1ª CNS que tem como temas principais: a organização sanitária estadual e municipal; a ampliação das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose e o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento (BRASIL, 1941).

reestruturação do então Departamento Nacional de Saúde (DNS) que incorporou o antigo DNSP. O novo órgão passou a englobar vários serviços dispersos e a centralizar ainda mais a direção política, administrativa e financeira de todas as atividades sanitárias do país.

Em 1941 foi constituída uma nova reforma na saúde pública federal que originou algumas instituições pertinentes às doenças transmissíveis, como: Serviço Nacional de Lepra⁴⁹; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Malária⁵⁰; Serviço Nacional de Febre Amarela⁵¹; Serviço Nacional de Peste⁵². Além disso, foram criadas a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar; bem como, o Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e foram instituídas sete Delegacias Federais de Saúde (BRASIL, 1941a).

A constituição dessas instituições se fez necessário porque no Brasil, assim como em grande parte dos países da América Latina, ainda prevaleciam várias doenças que já estavam sendo controladas em outros países⁵³. De acordo com Bertolli Filho (2006), as principais doenças que persistiam eram as moléstias infectocontagiosas e parasitárias. O autor ainda analisa que na era Vargas, que compreende o período de 1930-1945, houve, por um lado, uma diminuição de mortes por doenças epidêmicas, principalmente nos grandes centros urbanos do sudeste e do sul do Brasil. Por outro lado, aumentaram significativamente as doenças

⁴⁹ A Lei nº 9.010 de 1995 designou a abolição do termo “lepra” da linguagem dos documentos oficiais do Estado. E sendo assim, só utilizaremos este termo quando estivermos nos referindo a documentos da fase anterior a essa Lei.

⁵⁰ O Serviço Nacional de Malária anteriormente era denominado Serviço de Malária do Nordeste

⁵¹ Originário do Serviço de Febre Amarela instituído em 1937 (Lei nº 378).

⁵² Segundo Avila Pires (2005) o Serviço Nacional de Peste era muito organizado, tanto é que levou o Brasil a se tornar o único país a possuir dados ininterruptos sobre a ocorrência de peste bubônica durante mais de 35 anos.

⁵³ Já havia desde a segunda metade do século XIX uma ideia de cooperação internacional em assuntos de saúde. Essa ideia resultou em várias reuniões que culminou com a Primeira Conferência Internacional dos Estados Americanos (1889) com o objetivo de “determinar métodos de controle e erradicação de epidemias pestilenciais no hemisfério” (BASTOS, 1996 p. 28). Até que em 1902 é fundada a Repartição Sanitária Internacional que em 1943 passou a ser denominada de Organização Pan-Americana de Saúde considerada uma das mais antigas organizações de cooperação em saúde (CUETO, 2007).

endêmicas, como: a esquistossomose, a doença de chagas, a tuberculose, as doenças gastrointestinais, as doenças sexualmente transmissíveis e a hanseníase.

Dessa forma, neste período varguista, mesmo vigorando o autoritarismo e a centralização dos serviços, houve a expansão dos serviços de saúde no Brasil. O DNS acabou ampliando a rede pública dos centros e postos de saúde e no plano da Medicina curativa foram sendo instalados hospitais gerais, sanatórios para tuberculose e leprosários. A prática da Medicina liberal passou a conviver com as ofertas de serviços médicos proporcionados pelos IAPs, vinculados à previdência social, que se mostraram como uma conquista de direitos sociais pelos assalariados das indústrias.

Mas, consideramos que a instituição mais pujante criada neste período foi o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o qual tinha uma estreita ligação com o governo norte-americano por meio do *Institute of Interamerican Affairs* (Instituto de Assuntos Interamericanos – IAIA). Ou seja, o SESP era uma agência bilateral financiada com recursos norte-americanos e brasileiros que atuou dessa forma até 1960 quando foi transformado em fundação, passando a ser denominada de Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP).

2.2.3.1 O SESP e a organização da saúde pública no Brasil

O SESP⁵⁴ foi criado em 1942 durante a II Guerra Mundial e, conforme Bastos (1996) era um órgão que não fazia parte do MES, mas, era subordinado ao Ministro da Educação e Saúde e dispunha de autonomia para determinar o processo administrativo que deveria ser seguido.

De acordo com Campos (2006), o SESP pode ser dividido em três fases. Na primeira fase da sua instituição o acordo bilateral entre o Brasil e os EUA sobre saúde e saneamento incluíam em suas atribuições o saneamento do Vale do Amazonas, em especial, na profilaxia e estudos de malária e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico da região.

O órgão também tinha como atribuição a colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia e, por intermédio deste, com as repartições

⁵⁴ Não pretendemos nesta tese abordar os trâmites políticos entre o governo brasileiro e o norte-americano para a organização do SESP enquanto acordo bilateral sobre saúde e saneamento, mesmo porque, isso já foi realizado detalhadamente por Campos (2006) e Bastos (1996).

sanitárias estaduais para o combate à hanseníase. O contrato bilateral também previa que outros problemas de saúde pública deveriam incluir-se na atividade do SESP, mediante novos e prévios entendimentos e contratos entre as duas partes (vide no anexo B a estrutura administrativa do início do SESP em 1943 e no seu encerramento em 1960).

Dessa forma, as primeiras políticas sanitárias do SESP foram empreendidas no combate às endemias fora dos grandes centros urbanos, inicialmente, na região norte do país, na Amazônia e no Vale do Rio Doce. Para o empreendimento de tal tarefa foi necessário, com a colaboração norte-americana, formar mão de obra qualificada. Essa formação de mão de obra era voltada para todos os profissionais não se restringindo aos médicos e engenheiros sanitários. De acordo com **RENOIR**, essa formação era estendida também as enfermeiras; técnicos em laboratório; auxiliares de saneamento; inspetores de saneamento; as visitadoras sanitárias (ou visitadoras familiares); e os guardas sanitários⁵⁵. Todos esses profissionais exerciam atividades que faziam a ligação entre o posto de saúde e a população. No entanto, gostaríamos de abrir um parêntese neste trabalho para apresentar um pouco mais as atividades das visitadoras e dos guardas sanitários.

Conforme Teixeira (2008), entre esses dois profissionais houve uma “divisão sexual” do trabalho, na qual, foi enfatizado o trabalho dos homens como de guardas sanitários e das mulheres como visitadoras sanitárias. As visitadoras sanitárias, de acordo com Campos (2006), exerciam um papel fundamental no processo educativo em saúde na comunidade⁵⁶. Eram preparadas para visitar as famílias e ensinar a estas normas básicas de higiene, nutrição e prevenção de doenças, bem como, eram aptas para auxiliar os médicos e enfermeiras nos centros de saúde e supervisionar as parteiras. O autor comenta que a visita domiciliar acabou se constituindo como um dos aspectos fundamentais das visitadoras sanitárias pelo seu apelo social. Entretanto, essas mulheres exerciam também um papel político, pois, representavam a interferência do poder público no espaço privado das populações rurais. Esse duplo

⁵⁵ Segundo Campos (2006) muitos profissionais que fizeram parte do SESP receberam bolsas de estudo para cursos de graduação e pós-graduação em universidades americanas ou a realização de estágios em hospitais e laboratórios nos EUA.

⁵⁶ Vale ressaltar que a educação em saúde não era atribuição somente das visitadoras, pois, todos os profissionais da saúde eram orientados para serem educadores sanitários.

papel das visitadoras muito se assemelha ao papel das agentes comunitárias que trabalham hoje no Programa de Saúde da Família (PSF) dos municípios brasileiros.

Quanto aos guardas sanitários⁵⁷, apesar da bibliografia especializada contemplar muito pouco sobre o trabalho deste profissional, é possível inferir que estes tiveram um papel muito relevante na saúde pública do Brasil, pois, eram responsáveis, entre outras coisas, por: mapear e rastrear as zonas de focos de doenças; eliminar os focos de doenças; visitar domicílios; registrar todos os dados capturados nas visitas; e acompanhar os médicos e pesquisadores em suas visitas pelo sertão do Brasil. Fonseca (2000) observa que a função do guarda sanitário foi essencial para o desenvolvimento das atividades de saúde pública, principalmente, no período de vigência do SESP. Atualmente grande parte do trabalho que era desenvolvido pelos guardas sanitários continua a ser realizado pelos guardas de endemias que estão vinculados ao setor de vigilância ambiental dos municípios.

Tanto para os guardas como para as visitadoras, o SESP desenvolveu manuais específicos que acompanhavam os cursos ministrados e que orientavam quanto às atuações desses profissionais. O manual do guarda sanitário era muito minucioso, contendo informações bastante complexas. Tratava de temas diversos que iam desde detalhar o modo de fazer mapas e relatórios até como controlar o destino das fezes humanas. Segundo Teixeira (2008 p. 968 e 971), esse manual continha informações e procedimentos que remetiam “à função do guarda sanitário como criador de novas condições materiais de existência e como controlador do seu uso nos termos considerados adequados”. Já o manual de curso das visitadoras contemplava vários tópicos que iam desde higiene pessoal até curso de laboratório e saneamento ambiental. Era exigido das visitadoras uma ação exemplar e ordenação moral e higiênica, ou seja, as “visitadoras deveriam personificar em si certo espírito do sanitarismo e, por tal processo, como se fossem *ícones*, comunicá-lo imediatamente”.

Continuando o trabalho, com o êxito do SESP nos estados da região norte do país, a partir de 1949 o poder público resolveu expandir seus serviços a outros estados brasileiros. Dessa forma, o SESP foi transformado em um “órgão complementar dos trabalhos sanitários

⁵⁷ Guarda sanitário, guarda de endemias e guarda de epidemiologia são nomenclaturas utilizadas por diferentes órgãos, que não nos impede de tratar como sinônimos, pois, estes tinham mais ou menos as mesmas funções.

afetos às organizações específicas locais, estaduais ou municipais em várias zonas do país” (DUTRA, 1950, p. 125).

Nessa segunda fase do SESP foram estabelecidos convênios com os estados e municípios para a construção, normatização e expansão da saúde pública. Os primeiros contratos assinados foram com os estados da Bahia, Pernambuco e Paraíba e tinha como objetivo organizar os serviços médicos-sanitários para melhorar as condições de saúde das populações locais e instituir centros de treinamento para as respectivas organizações estaduais de saúde. Além disso, para que houvesse a modernização da saúde pública foi necessário construir escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde; instalar sistemas de água e esgoto e montar uma rede horizontal e permanente de unidades sanitárias que eram subordinadas aos distritos sanitários⁵⁸ e integradas aos departamentos estaduais de saúde.

Conforme Campos (2006), a unidade mais importante da rede era o centro de saúde⁵⁹ que funcionava como um departamento de saúde. Depois vinham as outras unidades do modelo, que eram os postos e os subpostos de saúde, instalados nas pequenas vilas e tinham como finalidade a fiscalização do saneamento, educação sanitária, controle de doenças infecciosas e clínica médica.

Ainda de acordo com o autor, os centros de saúde instalados no Brasil seguiram o modelo desenvolvido nos EUA nas primeiras décadas do século XX. Sendo que, os centros norte-americanos tinham como objetivo: o controle das doenças transmissíveis; o saneamento ambiental e a inspeção dos alimentos; pesquisas em saúde pública e estatística vital; educação sanitária; e serviços de laboratório. Além disso, tinham como base a descentralização operacional e financeira, pois, eram organizados e geridos com recursos locais, fornecendo a população somente a medicina preventiva.

Já no Brasil os centros de saúde forneciam medicina preventiva e curativa e eram organizados e financiados pelos estados e pelo governo

⁵⁸ Os distritos sanitários normalmente se localizavam na sede do município mais importante, abrangendo um número variável de municípios nos quais eram localizados os postos de higiene e os hospitais. Do quadro de funcionários de um distrito sanitário faziam parte: um médico sanitarista, um engenheiro sanitarista, uma enfermeira e um técnico em educação sanitária. Todos se encontravam aptos a coordenar e supervisionar as unidades sanitárias de cada distrito (CAMPOS, 2006).

⁵⁹ Alguns centros de saúde já existiam na organização sanitária do Brasil desde a década de 1920.

federal. Nesse sentido Campos (2006, p. 238) cita que no Brasil a rede integrada horizontal acabou se organizando “de forma descendente, do estado para a sociedade, transformando-se em elemento de fortalecimento de um poder público que se queria cada vez mais centralizado”. Assim sendo, os centros de saúde eram subordinados a uma estrutura de saúde centralizada, mas, com financiamento da instância federal e estadual. Além disso, os centros de saúde sespianos no Brasil seriam os “polos de irradiação de um programa voltado para a família”. Acreditamos ser esses polos os primórdios do PSF.

A partir de 1954 o SESP protagonizou uma terceira fase. Essa fase era constituída de novas experiências contratuais denominadas Serviços Cooperativos de Saúde. Esses serviços eram financiados pelo SESP e pelos estados conveniados e objetivavam modernizar ainda mais a administração sanitária estadual por meio do aperfeiçoamento de pessoal e da atualização e padronização técnica, científica e administrativa. Esses serviços cooperativos eram integrados a estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde (SESS) e ocorriam da seguinte maneira: um sanitarista, indicado pelo SESP, dirigia o Serviço Cooperativo até a finalização do contrato e a partir daí o departamento de saúde estadual assumia a responsabilidade pela infraestrutura sanitária montada (PINHEIRO, 1992).

Esse novo modelo de contrato foi assinado por vários estados e só deixaram de existir em 1964 com o governo militar. É bom lembrar que cada estado realizava um contrato de acordo com as suas necessidades e para ilustrá-los tomamos o exemplo de Santa Catarina.

O contrato entre o SESP (composto pelo Ministro da Saúde e o IAIA) e o estado de Santa Catarina (Secretaria da Saúde e Assistência Social do Estado de Santa Catarina) foi firmado por meio da Lei nº 379 de dezembro de 1958. Bastos (1996) aponta que os primeiros municípios do estado beneficiados com o Serviço Cooperativo foram: Timbó, Indaial, Ibirama, Presidente Getúlio, Rio do Sul e Terporanga, todos no Vale de Itajaí e mais o município de Florianópolis.

Ao analisar o acordo entre o SESP e o estado de SC, Campos (2006) menciona que se tratava de um acordo peculiar, já que, organizações privadas também fizeram parte dele. Isto é, além do SESP e da SES estavam incluídos no convênio a Federação Rural de Serviços Sociais de Santa Catarina (FADESC) e o Conselho Regional dos Serviços Sociais Rurais de Santa Catarina (CR/SC). Dessa forma, o SESP em Santa Catarina protagonizou uma parceria público/privada na sua constituição e também financiamento e tinha como objetivo principal desenvolver no estado programas de saúde e saneamento;

sendo suas principais atribuições: estudar a organização dos serviços de saúde pública existentes no estado e seu aprimoramento; execução de um programa de saúde pública nos municípios do interior do estado, particularmente nas comunidades rurais; colaboração no preparo e aperfeiçoamento dos servidores necessários à execução do programa; e colaboração com os demais serviços da Secretaria da Saúde e Assistência Social e do MES (BRASIL, 1958).

Finalizando esta subseção destacamos que o SESP, desde a sua criação, foi um importante instrumento de combate às doenças transmissíveis. Entre as suas atividades incluía-se como rotina obrigatória a vacinação contra varíola e a febre amarela, principalmente, nos postos da região do Amazonas. Bastos (1996), em sua obra que tem como protagonista o SESP, cita que em 1948 numa das reuniões do SESP foram aprovadas algumas medidas referentes ao controle das doenças transmissíveis, entre elas:

- ◆ melhorar o conhecimento de casos de doenças transmissíveis, considerando como doenças de notificação compulsória as que constassem do Regulamento Sanitário do Estado, acrescidas das que os Programas julgassem de interesse;

- ◆ realizar a investigação epidemiológica e preenchimento da ficha respectiva somente quando se tratasse de: enfermidades que não ocorriam habitualmente na região, havendo, portanto, interesse em descobrir a fonte de contágio; enfermidades que estivessem sob o controle dos Programas, seja por meio de medidas consumadas, seja por medidas que estivessem sendo executadas;

- ◆ realizar rotineiramente a imunização contra a varíola, sendo que, as outras imunizações deveriam ser executadas em emergências ou sistematicamente de acordo com a incidência local das respectivas doenças;

- ◆ auxiliar aos médicos clínicos locais no diagnóstico de casos suspeitos e execução do controle de laboratório, desde que exequível, mediante a realização de provas de alcance das possibilidades materiais e técnicas da unidade sanitária;

- ◆ colocar em execução medidas de controle dos setores de maior importância na região;

- ◆ tratar os casos de doenças transmissíveis com a dupla finalidade de assistir o doente e extinguir uma provável fonte de contágio;

- ◆ colocar em prática outras medidas de controle se assim o permitissem as condições locais.

Vale mencionarmos que essas medidas aprovadas pelo SESP foram pioneiras ao estabelecerem o preenchimento de fichas de investigação epidemiológica, mesmo que ainda estivessem sendo contempladas somente as doenças não habituais nas localidades, e com isso tentar desvendar a fonte de contágio das doenças para que fosse possível executar medidas de controle. Essas fichas são utilizadas ainda hoje pelas unidades de vigilância epidemiológica nos municípios brasileiros e as consideramos como parte essencial desta pesquisa.

2.2.4 Década de 1950: a criação do Ministério da Saúde e do DENERU

Há um consenso na literatura de que durante toda a década de 1950 o processo de industrialização no Brasil gerou uma grande massa operária nos centros urbanos que deveria ser mantida hígida na sua capacidade de produção. E isso acabou determinando a expansão da assistência médica da previdência social e a regulação dos IAPs. Essa expansão foi discutida na 2ª CNS (1950) juntamente com temas relacionados às condições de higiene e segurança no trabalho e a prestação da assistência médico-sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes.

Em 1953, ainda sob o governo de Vargas, o então MES foi desdobrado em dois ministérios: o Ministério da Saúde e o Ministério de Educação e Cultura. O MS, criado por meio da Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953, não era uma ideia nova, pois, a discussão sobre um ministério autônomo já vinha sendo realizada desde a década de 1910, com a Liga Pró-Saneamento, conforme foi apresentado anteriormente. Hamilton & Fonseca (2003) indicam que o consenso em torno da necessidade de um ministério independente só ocorreu mais acirradamente após a II Guerra Mundial entre os membros dos partidos políticos vigentes na época, União Democrática Nacional e o Partido Social Democrático, e também entre os sanitaristas que faziam parte da Sociedade Brasileira de Higiene⁶⁰.

Com a criação do novo ministério o DNS, que fazia parte do antigo MES, passou a integrar o MS, enquanto que o SESP continuou sendo um órgão autônomo. Aliás, nessa década o SESP atingiu seu ápice em poder e prestígio, bem como, expandiu ainda mais sua área de atuação geográfica; diversificou atividades e influenciou a organização

⁶⁰ Para um estudo mais detalhado sobre o tema sugerimos a leitura de Hamilton & Fonseca (2003).

de várias outras instituições como, por exemplo, os departamentos de saúde estaduais, por intermédio dos Serviços Cooperativos de Saúde, que já foram apresentados anteriormente. Entretanto, toda essa expansão não foi suficiente para acabar com os vários problemas em saúde pública⁶¹ no Brasil, especialmente aqueles relacionados à falta de saneamento cuja consequência principal se traduzia nas altas taxas de mortalidade infantil.

Mas, mesmo com a criação da nova pasta, as verbas para a saúde ainda eram irrisórias⁶², confirmando o descaso das autoridades para com a saúde da grande maioria da população brasileira que se encontrava excluída do mercado de trabalho formal. A falta de verbas impedia que o MS atuasse com eficácia na saúde coletiva e se traduzia: na falta de funcionários especializados, equipamentos, postos de atendimento e, principalmente, no aumento dos índices de mortalidade e morbidade⁶³ de doenças que inutilizavam muitos brasileiros para o trabalho e para a vida. Além da escassa verba, havia outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde que era o clientelismo⁶⁴, ou seja, a grande troca de favores entre os partidos ou os líderes políticos, principalmente, nas áreas rurais (BERTOLLI FILHO, 2006).

Outro fato de destaque na década de 1950 foi a introdução de uma nova corrente de pensamento no campo da saúde pública no Brasil que defendia a ideia que a saúde da população dependia do grau de desenvolvimento econômico do país ou da região. Esse pensamento era oriundo dos sanitaristas desenvolvimentistas⁶⁵ que mostravam ter várias divergências com os sanitaristas sespianos, principalmente, em relação

⁶¹ Enquanto o Brasil lutava bravamente para tentar acabar com as doenças provenientes, principalmente, da falta de saneamento, houve em âmbito mundial a decisão da Assembléia Mundial de Saúde em promover em todo o mundo o controle da varíola considerada a doença que mais marcou a história da humanidade.

⁶² Braga & Paula (1981) mencionam que a verba estimada para a saúde na década de 1950 era de 1,2 % do PIB enquanto que nos Estados Unidos era de 4,5 % do PIB.

⁶³ Morbidade se refere ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população (PEREIRA, 2004).

⁶⁴ O conceito de clientelismo é discutido por vários autores entre eles destacam-se: Arretche (1996); Carvalho (1997); Seibel & Oliveira (2006).

⁶⁵ Entre os sanitaristas desenvolvimentistas os de maior destaque foram: Mário Magalhães da Silveira, Samuel Pessoa e Josué de Castro (CAMPOS, 2006).

ao modelo de atenção à saúde adotada pelo SESP e também sobre as campanhas nacionais.

A crítica dos sanitaristas desenvolvimentistas ao modelo de atenção sespiano centrava-se, principalmente, no alto custo do modelo copiado dos Estados Unidos, que não considerava os aspectos econômicos e sociais dos problemas sanitários brasileiro. Quanto à discordância sobre o modelo de campanhas, os sanitaristas sespianos defendiam o modelo de campanhas nacionais, verticais e não coordenadas entre si. Já os desenvolvimentistas defendiam a criação de uma coordenação entre campanhas e a promoção da extensão de cobertura de saúde que deveria ocorrer na forma de um modelo nacional de assistência apropriado às necessidades. A proposta dos sanitaristas desenvolvimentistas sustentava a ideia de que as ações de coordenação e controle deveriam ser do nível federal, enquanto que os municípios deveriam ser responsáveis pela atenção à saúde preventiva e curativa (ESCOREL & TEIXEIRA, 2008). Essas divergências entre os sanitaristas sespianos e desenvolvimentistas propiciaram que a municipalização de alguns serviços de saúde passasse a ser o centro da discussão.

Apesar das discussões presentes nesse período sobre a falta de verbas do novo ministério e o descaso com a saúde pública, houve um fato que obteve bastante impacto na segunda metade da década de 1950 que foi a criação, por meio da Lei nº 2.743 de 6 de março de 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU). Esse órgão era vinculado ao MS e foi instituído no início do governo desenvolvimentista do Presidente Juscelino Kubitschek. O novo órgão passou a ser dirigido por um sanitarista, o Dr. Mário Pinotti.

2.2.4.1 O DENERU e o INERU

O DENERU tinha como objetivo principal centralizar vários serviços nacionais criados em 1941, conforme já foi mencionado anteriormente, e que lidavam com as doenças do interior do país

(malária⁶⁶, leishmaniose, doença de chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá e tracoma) (HOCHMAN, 2009).

Já as doenças que tinham serviços federais específicos como: a tuberculose, hanseníase, sífilis (e demais doenças venéreas), febres tifóides e paratifóide, amebíase, shigelloses, difteria, coqueluche, varíola e as meningites, não fizeram parte do campo de ação do DENERU. Isso porque o combate a essas doenças eram executados por órgãos locais de saúde pertencentes a estados, territórios, municípios, distrito federal, autarquias e instituições particulares. Porém, esses órgãos locais tinham assistência técnica e financeira do MS (BRASIL, 1956). Ou seja, em conformidade com a Lei nº 2.743 de 1956, o DENERU tinha como finalidade a efetivação de convênios com o objetivo de assistir tecnicamente e financeiramente as repartições estaduais, territoriais, municipais, autárquicas e instituições particulares que viessem cooperar nas campanhas empreendidas pela instituição e, sobretudo, fiscalizar a aplicação dos recursos concedidos.

Enquanto instituição pública, o DENERU dispunha de um núcleo central situado na capital da República e era constituído de vários órgãos: Diretoria Geral; Divisão de Cooperação e Divulgação; Serviço de Administração; e também vinte e cinco Circunscrições correspondendo ao distrito federal e a cada um dos estados e territórios, com sede nas respectivas capitais. Além desses órgãos faziam parte do DENERU: a Divisão de Profilaxia; o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERU); e o Serviço de Produtos Profiláticos. Todos estes órgãos serão abordados neste trabalho por serem de grande importância na vigilância das doenças transmissíveis.

O Serviço de Produtos Profiláticos era constituído de estabelecimentos industriais para o preparo de: inseticidas, moluscocidas, raticidas e de outros produtos que se fizessem necessários ao desenvolvimento das diversas campanhas profiláticas.

A Divisão de Profilaxia tinha como atribuições: levantar a carta da distribuição geográfica das endemias; registrar o grau de prevalência

⁶⁶ Em 1965 o Serviço Nacional de Malária, com a criação da Campanha de Erradicação da Malária, passou a ser independente do DENERU. Na ocasião a Campanha passou a seguir um modelo de organização internacional (métodos de combate da doença e normas de trabalho) e, segundo *DALÍ*, esse modelo internacional da Campanha de Malária passou a ser adotado para outras doenças aqui no Brasil. Aprofundaremos um pouco mais este tema no capítulo referente ao estudo de caso.

dos vetores e hospedeiros, sendo essa ação uma das mais importantes para o controle das doenças; colaborar na realização dos inquéritos concorrentes para avaliação da eficiência dos métodos empregados; estabelecer os métodos e recursos profiláticos a serem empregados e controlar sua aplicação; providenciar os produtos profiláticos e terapêuticos que deviam ser usados e distribuí-los de acordo com as necessidades regionais; elaborar os orçamentos das diversas campanhas, em colaboração com outros órgãos normativos e executivos do departamento; registrar e acompanhar o desenvolvimento das campanhas (BRASIL, 1956).

DALÍ relatou que essa Divisão era responsável por arquivos de dados e coleções de mapas e ambos provinham de registros criteriosos de dados sobre as doenças. Esses dados eram registrados em fichas pelos guardas sanitários e conferidos pelo seu supervisor. Essa coletânea de dados, segundo o entrevistado, possibilitava que os técnicos explicassem, por exemplo, porque ocorriam os surtos de peste em determinados locais.

Já o INERU tinha como competência a realização de pesquisas e estudos sobre as endemias com a finalidade de ampliar o conhecimento das mesmas e aperfeiçoar os métodos profiláticos destinados a combatê-las, bem como, estabelecer as normas para inquéritos sobre as referidas doenças e promover sua realização. Dessa forma, o INERU realizou estudos sobre a febre amarela, peste, verminose, boubá, esquistossomose, filariose, tracoma, bócio endêmico, brucelose, leishmaniose e doença de chagas. Além disso, no INERU eram ministrados cursos de parasitologia, microbiologia, imunologia, educação sanitária, saneamento básico e inseticidas (BRASIL, 1956).

De acordo com *DALÍ*, entre o pessoal de campo do DENERU e os pesquisadores do INERU havia certa competitividade: *“o pessoal do INERU dizia que o pessoal do campo fazia a mesma coisa sempre, que não progredia. O pessoal do campo dizia que os outros só faziam planejamento, mas, não conheciam o trabalho no campo”*. Apesar de não aprofundarmos o tema há indícios de que essa disputa possa ter colaborado para a extinção do DENERU.

Ao analisar o DENERU Silva (2008) esclarece que este órgão concebeu um novo formato na centralização dos serviços de saúde e consolidou a institucionalização do modelo campanhista. Além disso, na década de 1960, com o desenvolvimento dos trabalhos do DENERU houve: o aumento do trabalho com cobertura total nas áreas de cada endemia; a promoção de inquéritos nas áreas desconhecidas; a adoção de métodos de vigilância/manutenção nas áreas em que já havia tido

êxito as campanhas profiláticas; e a organização de uma infraestrutura sanitária para detectar o reaparecimento de endemias que estivessem na fase de manutenção e vigilância.

Dessa forma, nesse período no Brasil coexistiram dois órgãos, o DENERU e o SESP, ambos responsáveis pela saúde da população. O DENERU atuava voltado para determinadas doenças nas áreas rurais. Enquanto que o SESP atuava, principalmente, nos serviços de atenção à saúde. Entre esses órgãos não havia qualquer tipo de cooperação ou entrosamento entre os profissionais. Os programas e ações eram desenvolvidos isoladamente e essa falta de integração possibilitava a multiplicidade de ações superpostas (ESCOREL & TEIXEIRA, 2008).

O DENERU foi extinto em 1970, com a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). No entanto, no período de transição do DENERU para a SUCAM houve a suspensão das atividades da Campanha de Malária⁶⁷ por aproximadamente um ano. **RENOIR** relatou que nesse período de transição houve um aumento do índice de lâmina positiva, de 11% para 33%, em Porto Nacional (GO), em que havia uma diretoria regional da SUCAM que atendia vários municípios, inclusive do Pará. Ao ser perguntado sobre o porquê dessa paralisação o entrevistado comentou que foi em consequência, tão somente, de uma transição administrativa. Mas, o inusitado nisso tudo é que a infestação do mosquito foi tão grande nesse período de paralisação que fez com que a própria população reclamasse a falta de borrifação:

Muitas pessoas que iam lá pedir dispensa da borrifação porque diziam que tinham alergia ao DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano), vinham pedir para que nós mandássemos os guardas da SUCAM porque a malária ficou insuportável. Então houve uma inversão dessa vontade da população, isso mostrava que havia uma efetividade desse trabalho que estava sendo feito.

2.2.5 Década de 1960: a transformação do SESP em Fundação e as “novas” ideias sobre municipalização da saúde

Na década de 1960 com a fusão de todos os IAPs e de outros institutos foi criado, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que significou a cobertura previdenciária para a população urbana e rural. De acordo com Oliveira & Teixeira (1986), o INPS tinha

⁶⁷ As atividades se constituíam na borrifação das áreas a cada seis meses.

como características: o privilegiamento da prática médica privativa, individual, assistencialista e especializada⁶⁸ em detrimento da saúde pública; o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica baseada na lucratividade do setor saúde; o privilegiamento da produção privada dos serviços médicos; e, por fim, a criação de um sistema médico industrial. Segundo os autores, o sistema médico industrial, incluído no INPS, acabou se tornando tão complexo, tanto financeiramente quanto administrativamente, que acabou levando a criação em 1978 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Dessa forma, foi se consolidando a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o MS que tinha como objetivo a saúde pública e o Ministério da Previdência Social⁶⁹ que priorizava a assistência médica dos trabalhadores incluídos no mercado formal de trabalho.

Ressaltamos que o fortalecimento da previdência social nesse período acabou contribuindo para o fracasso da implantação, pelo MS, de alguns planos como, por exemplo, o Plano Nacional de Saúde (PNS), em 1968⁷⁰, que tinha como objetivos principais a universalização do acesso e a integração da assistência médica no MS (princípios presentes hoje no SUS). Nesse sentido Mercadante (2002) analisa que esse Plano sofreu forte resistência da área previdenciária, visto que, as propostas em pauta implicavam perda de poder da medicina previdenciária em favor do MS.

Mas, foi principalmente durante o regime militar⁷¹, caracterizado por uma lógica centralista que suprimia qualquer tipo de debate no seio da sociedade, que o MS sentiu suas verbas reduzirem-se ainda mais. Enquanto que as verbas para os ministérios militares, dos Transportes e da Indústria e Comércio cresceram, isso tudo em nome de uma política

⁶⁸ No Brasil, nesta época, houve uma fragmentação da Medicina em especializações em consequência da introdução nos currículos das escolas médicas brasileiras do relatório Flexner. Por um lado, a especialização médica trouxe uma melhor compreensão e entendimento das doenças, mas, por outro lado, houve um prejuízo muito grande para o doente, pois, este passou a ser analisado de maneira fragmentada e não como um ser global (para maiores detalhes sugerimos as obras de: Moraes 1997; Cutolo, 2001 e Quaresma, 2005).

⁶⁹ Para mais detalhamentos sobre essa duplicidade entre os ministérios sugerimos a leitura de Oliveira & Teixeira (1986).

⁷⁰ A proposta do PNS surgiu após a 4ª CNS (1967).

⁷¹ O regime militar no Brasil ocorreu entre 1964 e 1985 e se caracterizou: pela falta de democracia, supressão de direitos constitucionais, censura, perseguição política e repressão aos que eram contra o regime.

de segurança e desenvolvimento. E ainda, as poucas verbas do MS eram empregadas para o pagamento dos serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres e também eram destinadas para algumas campanhas de vacinação. Sobrando muito pouco para investir nos sistemas de distribuição de água tratada e coleta de esgotos, esses considerados elementos vitais para a prevenção de grande parte das doenças que afetavam (e ainda afetam) os brasileiros (BERTOLLI FILHO, 2006).

Outro fato marcante para a saúde nesta década foi a regulação de toda a administração federal, inclusive, estabelecendo as competências de cada um dos ministérios por meio do Decreto Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967. E em se tratando do MS o governo militar resolveu que ficaria sob a sua responsabilidade:

- ◆ a formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde;
- ◆ a responsabilidade para com as atividades médicas e paramédicas;
- ◆ a responsabilidade com as ações preventivas em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- ◆ controle de drogas, medicamentos e alimentos;
- ◆ pesquisas médico-sanitárias (BRASIL, 1967).

Apesar do destaque da previdência social na década de 1960 e meados da década seguinte, houve um fato proeminente na saúde pública que foi a transformação do SESP em Fundação.

2.2.5.1 SESP: de Serviço Especial para Fundação

Foi exatamente no ano de 1960 que o SESP foi transformado em uma fundação do MS (Lei nº 3.750 de 11/04/1960), a FSESP, que deixava de receber auxílio do governo americano e passava a disputar recursos com outras instituições brasileiras. A “nova” instituição, nessa época, vai se destacar pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária em áreas geográficas distantes e carentes.

A expansão das atividades da FSESP passaram a abranger, além da assistência médica: a educação sanitária, o saneamento, o combate à

malária⁷², o controle de doenças transmissíveis e o desenvolvimento de pesquisas de medicina tropical (vide no anexo C a estrutura administrativa da FSESP). A seção de controle das doenças transmissíveis tinha como uma de suas responsabilidades estimular a organização das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVEs) no âmbito das secretarias estaduais⁷³ (ANDRADE, 2003). Dessa forma, começou a se implantar no Brasil estruturas estaduais organizadas para a vigilância de algumas doenças transmissíveis.

Para o controle das doenças transmissíveis foi necessário organizar todo um aparato para a notificação dessas doenças. **RENOIR**, por ter trabalhado numa unidade mista de saúde que pertencia a FSESP, explicou de que forma eram realizadas as notificações das doenças:

Quando eu trabalhei na unidade mista de Porto Nacional (GO) nós tínhamos alguns funcionários que pertenciam a FSESP. Havia um sistema muito interessante de notificação de doenças. A principal doença de notificação era a malária, mas, nós tínhamos muitas outras doenças, entre elas tínhamos: blastomicose que vinha do sul do Pará; nós tínhamos alguns casos de sarampo, naquela época não havia vacina; tracoma era uma doença bem localizada; também bócio endêmico que não é doença infecciosa, mas, era uma doença que a gente notificava. A gente fazia o seguinte, como a gente tinha um atendimento muito grande, mais de 15, 20, 30 casos por ambulatório, a gente apenas anotava na parte da frente da ficha, que era orientação da FSESP, colocava ali a doença. A arquivado antes de arquivar aquela ficha ela verificava se tinha anotado alguma doença de notificação com a data e aí ela mesma providenciava a notificação.

O entrevistado acrescenta que os médicos particulares de Porto Nacional também notificavam as doenças porque o controle da medicação era realizado pelo médico da unidade de saúde. Esse fato demonstra que nessa época havia integração entre as instituições de saúde pública e a CEME. Dessa forma, para que todos os pacientes,

⁷² A malária é uma doença transmissível que sempre acometeu todos os estados da federação brasileira, inclusive Santa Catarina, como será apresentado no capítulo referente ao estudo de caso. Entretanto, hoje a preocupação maior é com a região amazônica que detém grande parte dos casos de malária no Brasil. Essa situação coloca o Brasil entre os trinta países com a maior incidência de malária no mundo.

⁷³ Em alguns estados a FSESP cedeu seus próprios técnicos para organizar as UVEs nas secretarias de saúde.

tanto os atendidos pelo sistema público quanto pelo privado, fossem medicados havia a necessidade da notificação, sem ela não havia medicação, já que, de acordo com **RENOIR**, esta era distribuída exclusivamente pelos médicos das unidades de saúde.

Além de estabelecer mais rigidamente a notificação das doenças transmissíveis, a FSESP foi responsável por organizar em vários estados do Brasil cursos de saúde pública de caráter rápido e intensivo como, por exemplo: organização e administração sanitária; engenharia sanitária; organização e administração hospitalar (MERCADANTE, 2002).

Na FSESP, assim como no SESP, destacou-se o trabalho da visitadora sanitária e auxiliar de saneamento na promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária. Segundo o relato de **RENOIR** eram as visitadoras sanitárias que *“faziam o controle das parteiras leigas que faziam os partos de multigestas⁷⁴”*. Essas mulheres eram periodicamente capacitadas para evitar problemas como, por exemplo, *“a tentação de fazer (exame de) toque sem luva”*. Quando ocorriam casos de infecção pós-parto as parteiras eram chamadas a conversar sobre os procedimentos de controle de infecção. Já os médicos ficavam responsáveis pelos partos de primigestas (primeira gestação) e também dos partos em que no pré-natal era detectado algum problema como, por exemplo, um parto gemelar, um parto pélvico ou alguma outra condição que exigia o parto hospitalar.

Ainda enfatizamos que tanto o SESP quanto a FSESP tiveram grande importância na concepção das diretrizes que norteiam as atuais práticas de trabalho do Programa de Agentes Comunitários da Saúde e Programa Saúde da Família; pois, essas instituições foram responsáveis pela oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade (SILVA & DALMASO, 2002).

Campos (2006), ao analisar a FSESP menciona que quando foi alterado o estatuto jurídico do SESP e este tornou-se uma fundação acabou perdendo muito da sua autonomia, poder e recursos. Algumas de suas funções foram transferidas para outros órgãos do MS. Na análise do autor, a FSESP passou a ser muito mais exposta à influência de interesses político-partidários, até que em 1964 o governo militar resolveu extinguir os Serviços Cooperativos de Saúde com os estados, o que faz com que a FSESP comece a declinar.

⁷⁴ Multigestas se refere a mulheres que já passaram por outras gestações.

Bastos (1996 p. 489-90) ao tratar da FSESP cita que ao longo dos anos a Fundação atravessou muitas crises e greves internas com objetivos diversos que dificultaram o desenvolvimento dos seus programas de trabalho. E também passou por muitas reformas que nem sempre agradaram os técnicos da Fundação. Ao fazer um balanço sobre a instituição o autor reforça um pouco mais os achados de Campos (2006)⁷⁵:

Um balanço feito de maneira independente, sem saudosismo ou modernismo aventureiro, sem paixões, indica que esse papel tão relevante, tão representativo para o desenvolvimento socioeconômico das várias regiões do país, a FSESP vêm perdendo. Essa fragilidade pode ser explicada pela perda de sua eficiência operacional e pela falta de agressividade no campo em que atua. A perda de condição de liderança se deu desde o momento que o Ministério da Saúde assumiu diretamente a responsabilidade de determinadas atividades, principalmente de caráter normativo e supervisor, que estavam com a Fundação desde muitos anos. Por outro lado, é preciso considerar que, as secretarias estaduais de saúde, apesar de não contarem com suficientes recursos financeiros, de pessoal, e serem bastante vulneráveis às investidas político-partidárias, reestruturaram-se, reorganizaram-se, redefiniram seus objetivos e assumiram a responsabilidade de algumas funções que estavam com o Ministério ou com a FSESP.

Neste balanço realizado por Bastos (1996) sobre a FSESP, podemos observar que a fragilização desse órgão acabou gerando o empoderamento do MS e das SESs. E mesmo tendo sido uma instituição de suma importância dentro das políticas de saúde no Brasil, já que chegou a atuar em mais ou menos 600 municípios operando cerca de 861 unidades básicas de saúde (BRASIL, 2004), em 1990 a FSESP dá o seu suspiro final em consequência da aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei nº 8.029 que autorizava a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que incorporou os serviços da FSESP e também da SUCAM.

⁷⁵ É relevante mencionarmos que Bastos ocupou cargos na SESP e depois na FSESP.

Na década de 1960, houve outro fato bastante proeminente que foi a realização da 3ª CNS, em 1963, que tinha como finalidade discutir quatro temas oficiais: a implantação de um Plano Nacional de Saúde; a situação sanitária da população brasileira; a distribuição das atividades médico-sanitárias nos três níveis da federação; e a municipalização dos serviços de saúde. A seguir apresentamos as propostas da 3ª CNS.

2.2.5.2 O projeto de municipalização da saúde na 3ª CNS

A municipalização pretendida pelos participantes da 3ª CNS tinha como objetivos principais sanar a ineficiência no que diz respeito ao acesso de toda a população brasileira aos serviços de saúde pública e, também, organizar serviços estatísticos que fornecessem dados sobre nascimentos e óbitos. A finalidade da municipalização não era a de afastar a União e nem os governos estaduais dos problemas sanitários. Mas, era para estimular o interesse dos municípios por uma atividade de grande importância para as suas populações e determinar a organização de serviços de assistência médico-sanitária nos locais que ainda não existiam (BRASIL, 1963).

Na forma como estava sendo idealizada a municipalização da saúde caberia ao MS dar assistência técnica, financeira e material aos municípios que se dispusessem a organizar os seus próprios serviços de saúde. A organização médico-sanitária deveria se ajustar as necessidades da população e possibilidades de cada um dos municípios. E dessa forma, não estava previsto um esquema pré-fabricado para todos os municípios.

Segundo a proposta da 3ª CNS, caberia aos estados orientar, coordenar e supervisionar as atividades de saúde pública e, também, preparar pessoal para essa atividade. Já os municípios teriam como responsabilidade organizar e manter os serviços locais de saúde, bem como, admitir pessoal para criar uma infraestrutura permanente em saúde. No entanto, ainda eram poucos os estados e, principalmente, os municípios que estavam aptos a tomar para si esses encargos. Acreditamos ser esse um fator relevante que desfavoreceu, nesse momento, a implantação de um sistema nacional de saúde descentralizado, que só seria implementado sistematicamente após a implantação do SUS, na década de 1990.

Entretanto, o descontentamento com a não implantação do novo sistema fez com que alguns participantes da 3ª CNS e partidários da municipalização da saúde, ainda em meados da década de 1970, conseguissem implantar em certas áreas carentes do Brasil algumas

experiências municipais que tinham como meta a organização dos serviços locais de saúde, com a implementação de serviços básicos de saúde.

Essas experiências locais em saúde aconteceram, principalmente, em Londrina (PR), Campinas (SP) e Niterói (RJ), cujos prefeitos eram partidários do Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Essas experiências foram orientadas pelos discursos da Medicina Preventiva aliada ao projeto da Medicina Comunitária. Bem como, foram amparadas por organismos internacionais como: a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Fundação Kellogg e tiveram a colaboração da ação pastoral da Igreja Católica, que na época tinha uma estreita ligação com os movimentos sociais emergentes (BRASIL, 2007).

Embora essas experiências locais não tenham sido capazes de alterar o modelo hegemônico do sistema de saúde no Brasil na década de 1960, elas trouxeram várias contribuições políticas e sociais. Ou seja, houve a expansão dessas experiências pelo país que acabaram configurando o chamado Movimento Municipalista para a Saúde que mais tarde, na década de 1980, vai se mobilizar, articular e criar alianças com outros movimentos sociais, como por exemplo: o Movimento Popular de Saúde, Movimento Sanitário e Movimentos Médicos⁷⁶, em prol da luta pela Reforma Sanitária e também pela redemocratização do país.

As experiências locais também demonstraram que era possível a municipalização no processo de mudanças da realidade sanitária brasileira. Além disso, conforme Alvim (1999), foram extremamente importantes como centros de articulação política entre os secretários municipais de saúde. Ainda podemos afirmar que a dimensão política e social que as primeiras experiências locais obtiveram serviram de laboratório de ideias que deram origem a projetos de âmbito nacional e regional como o Projeto Montes Claros e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento.

⁷⁶ Esses movimentos sociais foram muito importantes para a trajetória das políticas de saúde no Brasil. Entretanto, não nos caberá aprofundá-los no momento, visto que, isso já foi realizado com propriedade por vários autores, dentre eles: Gerschman (2004), Escorel (1998), Soares & Mota (1997) e Tomacheski (2007). Mas é importante destacarmos que através das alianças entre essas diferentes forças organizadas da sociedade civil foi possível que alguns membros desses movimentos ocupassem postos de condução da política setorial.

2.2.6 Década de 1970: reorganização da saúde pública no Brasil e as novas propostas mundiais

Na década de 1970 houve no Brasil uma grande ampliação e modernização do setor privado de saúde que até então era, em grande parte, subsidiado pelo Estado, tanto na área da assistência médica quanto na assistência hospitalar.

Foi nesta década também que se inaugurou no país o chamado convênio-empresa. Nesse arranjo as empresas passaram a se responsabilizar direta ou indiretamente pela assistência médica de seus empregados recebendo em troca um subsídio da Previdência (MELLO, 1977). Dessa forma, a maior parte dos médicos ou trabalhavam como profissionais liberais atendendo consultas particulares, ou então, como assalariados/conveniados credenciados pelo governo. Já na década de 1980 este novo segmento empresarial da saúde, que contava também com as cooperativas de saúde, montaram uma grande rede de serviços e se colocaram a disposição da classe média brasileira. Mais tarde, esse credenciamento também se incorporou aos serviços hospitalares, laboratoriais e de clínicas especializadas.

Quanto à saúde pública, a década de 1970 trouxe muitas inovações e como não é possível tratar sobre todas elas pontuamos nesta parte do trabalho somente aquelas que, de alguma forma, envolvem o tema de pesquisa. Sendo assim, apresentamos nesta subseção a reorganização que o MS sofreu em 1970 e a criação de várias secretarias. Dentre as quais, enfatizamos a organização da SUCAM priorizando a sua integração com o setor da educação e com as necessidades da comunidade e também tratamos dos abalos que a SUCAM sofreu na década de 1980. Também faz parte desta subseção o estabelecimento do novo Sistema Nacional de Saúde em 1975 e a criação de alguns projetos na saúde, sendo que, os analisados neste trabalho são: o Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), já que, estes colocaram em pauta novamente a discussão sobre a municipalização da saúde. Por fim, destacamos as propostas das organizações mundiais em relação à promoção à saúde na década de 1970.

A primeira inovação referente à saúde pública na década de 1970 foi a reorganização administrativa do MS⁷⁷, por meio do Decreto nº 66.623 de 22 de maio de 1970. Essa reorganização criou várias

⁷⁷ A competência do MS já havia sido legislada na década de 1960, conforme mencionado anteriormente.

secretarias e, entre elas, a Secretaria de Saúde Pública (SSP). A SSP ficou encarregada da coordenação e administração dos órgãos incumbidos das atividades de prevenção da saúde pública através da realização de campanhas; de estudos de nutrição; do controle de fatores nosológicos; de levantamentos epidemiológicos e estatísticos; de educação sanitária, de organização e de fiscalização sanitária. A nova Secretaria passou a ser integrada por quatro órgãos: o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças; a Divisão Nacional de Fiscalização; a Divisão Nacional de Organização Sanitária; e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Esta última resultou da fusão do DENERU, da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação de Malária⁷⁸. Este órgão, que era vinculado a SSP, desde a sua criação foi dotado de autonomia administrativa e financeira e tinha como finalidade executar atividades de erradicação e de controle de endemias nas áreas em que houvesse transmissão atual ou potencial (BRASIL, 1970).

2.2.6.1 A organização da SUCAM

A SUCAM, conforme o Decreto 66.580 de 15 de maio de 1970, era dotada de recursos orçamentários da União. Entretanto, o órgão estava aberto a receber outros tipos de recursos como, por exemplo, doações (que podiam ser realizadas por pessoas físicas ou jurídicas, nacionais, estrangeiras ou internacionais) e também convênios ou contratos para prestação de serviços (BRASIL, 1970a).

De acordo com o Decreto citado acima, os serviços da SUCAM deveriam ser executados por: servidores do MS; servidores das entidades da administração indireta vinculadas ao MS; servidores de outros órgãos da administração federal, estadual ou municipal; pessoal temporário e de obras, contratados pelo regime da legislação trabalhista; e colaboradores eventuais. A contratação do pessoal temporário e dos colaboradores se aplicava ao pessoal de nível técnico-científico e também ao pessoal destinado à execução de trabalhos relacionados com operações de campo.

O Artigo 9 do Decreto preconizava que a SUCAM deveria trabalhar em “regime de projetos, descentralizando, sempre que

⁷⁸ De acordo com Silveira & Rezende (2001), apesar desse novo órgão reunir as duas principais campanhas contra essas endemias no Brasil esse fato não representou uma integração entre elas e nem mesmo uma integração destas com o Sistema de Saúde vigente.

possível, a execução dos serviços”. Ficando a seu critério contratar empresas especializadas ou técnicos para a execução dos trabalhos. Esse Decreto também estabelecia as várias finalidades da SUCAM dispostas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Finalidades da SUCAM

<p>supervisionar, orientar, coordenar, controlar e executar, segundo planos de trabalho e programas financeiros, aprovados pelo MS, quaisquer atividades de erradicação e de controle de endemias, em todo território nacional, por meio de campanhas específicas;</p> <p>realizar estudos e investigações epidemiológicas para a elaboração de programas de trabalho, dentro dos seus objetivos;</p> <p>assistir, técnica e materialmente, sem prejuízo de sua atuação direta, e sempre que possível, os órgãos ou entidades federais e municipais, e pessoas de direito privado que cooperem nos projetos e atividades contra endemias.</p> <p>celebrar convênios, acordos, ajustes e contratos com órgãos e entidades públicas ou privadas, objetivando a execução ou ampliação dos projetos e atividades programadas ou especiais de interesse público;</p> <p>executar trabalhos de hidráulica sanitária ou obras de saneamento do meio, diretamente relacionados com a erradicação ou o controle de endemias;</p> <p>promover a difusão de educação sanitária em áreas de sua atuação;</p> <p>promover, por intermédio dos órgãos competentes, a formação de pessoal técnico especializado necessário aos seus trabalhos;</p> <p>divulgar os resultados de investigações, estudos e dos programas de erradicação ou de controle de endemias;</p> <p>estabelecer, com organizações culturais ou técnicas, intercâmbio de informações e conjugação de esforços para solução de problemas compreendidos em seu âmbito de ação.</p>

Fonte: Brasil (1970a)

Observa-se que todas as tarefas destinadas a SUCAM eram complexas e incluíam, além de erradicar e controlar as endemias, a execução de obras de saneamento, educação sanitária, formação de pessoal técnico e estudos e pesquisas epidemiológicas.

Também faziam parte da SUCAM vários departamentos, entre eles, o Departamento de Erradicação e Controle de Endemias (DECEN) cuja finalidade era orientar, coordenar e supervisionar as atividades de erradicação e controle das endemias em todo o território nacional. Também era de sua competência realizar estudos epidemiológicos, investigações operacionais, análise estatística, educação sanitária, divulgação e aperfeiçoamento do pessoal técnico e de campo e, ainda, participar da elaboração dos programas da SUCAM junto à Coordenadoria de Planejamento, Orçamento e Controle.

O DECEN era compartimentado em divisões assim distribuídas: Divisão de Malária; Divisão de Doença de Chagas; Divisão de Esquistossomose; Divisão de Peste e Leishmaniose; Divisão de Febre Amarela e Filariose; Divisão de Outras Endemias; e ainda a Divisão

Técnica e o Serviço de Projetos e Atividades Especiais ⁷⁹. Segundo *MIRÓ* em cada uma dessas divisões havia um “*expert*” e, além disso, todas as informações sobre as endemias eram consideradas confiáveis pelos técnicos e sanitaristas que atuavam na SUCAM.

As divisões que correspondiam às doenças transmissíveis de difícil controle que estavam instaladas no país eram divididas em: Seção de Operações de Campo, que desempenhava entre as suas várias atividades a coordenação e supervisão dos trabalhos de reconhecimento geográfico, a borrifação de inseticidas e a busca de casos; e a Seção de Epidemiologia, cuja principal função era programar e supervisionar a execução das atividades de epidemiologia em todos os níveis.

Quanto as Diretorias Regionais, que anteriormente pertenciam ao DENERU e recebiam a denominação de circunscrições, passaram a fazer parte da organização da SUCAM em 1976, por meio da Portaria nº 161/BSB (BRASIL, 1976). Essas Diretorias eram consideradas órgãos de atuação nos estados, territórios e distrito federal e eram sediadas nas capitais de cada unidade federativa. Cada uma delas poderia dispor de 80 distritos que eram seus subordinados tanto técnica quanto administrativamente. Sendo que, cada um dos distritos eram constituídos de vários municípios. Dessa forma, a SUCAM passou a contar com vinte e cinco Diretorias Regionais cuja competência de cada uma delas era, entre outras: elaborar planos, coordenar, orientar, executar e supervisionar operações de erradicação ou de controle de endemias na área de sua jurisdição; promover atividades de educação sanitária, manter as atividades dos laboratórios; apresentar boletins periódicos e relatórios anuais das atividades técnicas e administrativas realizadas. Era competência dos distritos a execução, em sua jurisdição, de todas as atividades destinadas à erradicação e controle de endemias. Todos os recursos eram provenientes da SUCAM (a distribuição das Diretorias Regionais e seus respectivos distritos encontram-se no anexo D deste trabalho).

Percebe-se que a SUCAM era uma instituição cuja organização administrativa e técnica era centralizada. Essa centralização englobava: a educação sanitária da população⁸⁰; o controle e erradicação das doenças; o saneamento básico; a formação do pessoal técnico

⁷⁹ Todas essas divisões estão amplamente detalhadas na obra de Moraes (1990).

⁸⁰ A educação sanitária da população, segundo *RENOIR*, também era realizada pelos médicos das unidades de saúde que além de atenderem aos doentes eram chamados por seus superiores para motivar e esclarecer a população quanto à necessidade da borrifação de inseticida nas casas.

especializado; e os estudos e investigações epidemiológicas. No entanto, no que diz respeito ao combate das endemias, da elaboração de planos até a execução das ações, eram descentralizadas, ou seja, eram de competência das Diretorias Regionais e seus distritos. Como não havia integração entre os programas e grupos que geriam as campanhas ocorriam alguns transtornos, conforme citado por **DALÍ**:

(...) ia uma equipe para o campo que trabalhava com peste, seis meses depois ia outra equipe para trabalhar com chagas. O resultado é que muitas vezes se usava o mesmo inseticida (na época se usava primeiro DDT e depois BHC) em ciclos na mesma localidade, às vezes em épocas diferentes, não havia uma coordenação entre as campanhas.

Dessa forma, a falta de organização, integração e coordenação entre as campanhas geravam problemas com a multiplicação de gastos desnecessários e superposições de ações que traziam prejuízos ao meio ambiente.

2.2.6.1.1 A integração da SUCAM com o setor da educação e com as necessidades da comunidade

É oportuno mencionarmos que a SUCAM promovia a educação sanitária que era considerada essencial para o combate às endemias. As informações sobre as doenças eram passadas até mesmo para as crianças pelas professoras das escolas rurais⁸¹. Segundo **GOYA**, eram mais ou menos 36 escolas rurais que atuavam junto a SUCAM, e dessa forma, havia *“36 professoras rurais da melhor qualidade que quando elas se reuniam uma vez por ano e recebiam o material, aquilo era feito com uma garra extraordinária”*. Ainda segundo o entrevistado eram as professoras que:

(...) produziam materiais, elas faziam peças de teatro, elas visitavam as casas onde tinha notificado (a doença) para saber se apareceu mais. Elas cobravam do sistema municipal se houve ou não houve a resposta, tinha um sistema de feedback.

A SUCAM, como relatou **GOYA**, oferecia um treinamento anual às professoras, que eram em sua maioria mulheres, e *“cada treinamento anual era decidido por um workshop, por uma oficina de trabalho, em que elas escolhiam o tema para ser discutido”*. Dessa forma, os temas

⁸¹ Cabe destacar que a educação em saúde já era realizada pelo DENERU que foi acoplado a SUCAM em 1970.

discutidos pelas professoras junto aos técnicos e os sanitaristas da SUCAM eram bem variados como, por exemplo: *“doença de chagas, mas eles discutiam direitos humanos; discutiam vacinação; discutiam helmintologia, vermes, parasitoses intestinais. É, discutir direito humano naquela época, você já pensou? Em pleno regime militar”*. Conforme o entrevistado, esse treinamento muitas vezes contou com a colaboração da professora Hortênsia Hurpia de Hollanda⁸² que na época estava *“inaugurando uma maneira de fazer educação para saúde baseada nas evidências epidemiológicas locais e baseada no discurso da população”*.

GOYA também menciona que para participar das oficinas de trabalho eram convidados alguns especialistas em áreas diversas: *“A oficina de direitos humanos foi dada pelo Ministro Patrus Ananias⁸³”*, que nesse período já era uma pessoa em evidência que se dispôs a ir a uma escola rural dar uma palestra para professoras rurais. Fatos como este demonstram que a SUCAM era uma instituição respeitada e de prestígio e que recebia muitas autoridades que colaboravam com a instituição levando o seu conhecimento para a população.

Muitas vezes originava das próprias professoras o pedido para que o grupo de técnicos da SUCAM fizesse reuniões com a comunidade, segundo **GOYA**:

(...) vocês organizam e a gente vai. (...) achando que juntava duas ou três pessoas e tinha sessenta pessoas e discutiam todas essas coisas. E discutia o que as pessoas queriam discutir, por exemplo, a possibilidade de apropriação de um sistema de água que beneficiasse a comunidade.

Nesse caso a população ia às reuniões e reivindicava a discussão de suas necessidades e os técnicos tentavam fazer a articulação entre a comunidade e o poder público para tentar resolver o problema:

⁸² A professora Hortênsia Hurpia de Hollanda ocupou papel de destaque no DENERU ao oferecer propostas de educação em saúde e ao fazer críticas aos procedimentos da instituição no que diz respeito à participação da população. Ela também foi incentivadora da formação das equipes multiprofissionais para assessoramento de trabalho de pesquisa, planejamento e reciclagem com o objetivo de inovar e reformular concepções e ações de controle das endemias rurais no Brasil. Para aprofundar o estudo sobre a professora Hortênsia sugerimos a obra de Diniz; Figueiredo & Schall (2009).

⁸³ Patrus Ananias, formado em Direito, foi professor universitário, e teve uma grande atuação nos movimentos políticos e sociais da década de 1970. De 2004 a 2010 foi titular do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Quer dizer, a população não tinha força para trazer o prefeito, mas, uma equipe técnica que estava ligada à Organização Mundial da Saúde, ao ministério, tinha mais. Então essa advocacia, esse meio de campo era possível fazer.

Ainda de acordo com **GOYA**, apesar de haver pouca integração entre os vários setores públicos, os gestores municipais, de certa forma, participavam das reuniões com a população, mesmo porque, a aproximação com a população e com os técnicos e sanitaristas da SUCAM poderia se transformar numa ligação com as instâncias superiores.

2.2.6.1.2 O trabalho do guarda sanitário da SUCAM

A SUCAM, enquanto instituição voltada para o controle de doenças transmissíveis, tinha como meta treinar o seu pessoal para o trabalho de campo e estes eram considerados a linha de frente contra as endemias. Dentre os técnicos da SUCAM que estavam voltados para a execução de ações no combate as endemias, enfatizamos o trabalho dos guardas sanitários que já se faziam presente na saúde pública do Brasil desde a década de 1940 na extinta SESP, conforme foi mencionado anteriormente. Esses guardas desbravaram os mais longínquos lugares do país na tentativa de controlar os focos das doenças e também educar, principalmente, a população rural no que diz respeito às medidas sanitárias.

Uma das responsabilidades dos guardas era visitar periodicamente os domicílios conversando e vivenciando “as agruras de quem reside em condições inóspitas, onde a ação do governo muitas vezes está representada pela sua própria presença [guardas]” (MORAES, 1988 p. 19). Conforme **DALÍ**: *“os guardas conheciam as pessoas da comunidade, conheciam as casas, tinham aquele mapeamento das fazendas, dos sítios tudo aquilo. Na época não tinha GPS era feito topografia simples, eram mapas bem completos”*.

Nessas visitas domiciliares os guardas verificavam a água e os focos de mosquitos, segundo **DALÍ**: *“O guarda entrava nas casas para ver se tinha barbeiro e saía de lá com um saco cheio de barbeiro”*. Os achados eram escritos num relatório, que devidamente assinado pelos guardas, era pregado na parede de cada casa. Além disso, o guarda sanitário era um profissional valorizado, recebiam periodicamente capacitação e promoções: *“Ele podia chegar a inspetor, ele sabia tudo, o inspetor sabia tudo” (MIRÓ)*.

Também era trabalho do guarda sanitário borrifar as casas com DDT⁸⁴ para combater o mosquito da malária, isso quando o morador permitia. Era ele também quem colhia as lâminas das pessoas febris e quem vacinava as crianças contra paralisia infantil. Para ilustrarmos a rotina de um guarda sanitário da SUCAM vamos disponibilizar algumas estrofes, retiradas da obra de Moraes (1988 p. 34-43), de um verso escrito por um guarda da SUCAM relatando sobre o seu trabalho:

Quadro 2 Versos escritos por um guarda de endemias (1987)

Senhores prestem atenção	(...)Por isso nós pesquisamos	É um serviço severo
A história que vou contar	Larvas no criadouro	Depende de muita atenção
Como um guarda da SUCAM	Capturamos anofelinos	É o que o inspetor espera
Que viaja e vai trabalhar	Picando em nosso couro	Uma boa borrifação
Protegendo os moradores	Tudo para erradicar	Continua o vai-e-vem
Dos transmissores se livrar.	A malária do nosso povo.	Com o pé, o olho e a mão.
Comecei na zona urbana	Vou contar como é feito	(...) Na área de epidemiologia
Na capital em Manaus	A desarrumação da casa	Eu trabalho também
Trabalhava todo dia	Tirando com muito jeito	Colhendo amostras de sangue
Era um trabalho fatal	Os objetos que a atrasa	De pessoas que febre tem
Pegando aperto de chefe	Removendo um por um	Seguindo a hierarquia
Quando a borrifação era mal.	Para preparar a casa.	Que a campanha contém.
(...) Em julho de setenta e cinco	Está à casa pronta	Em nosso Sub-Distrito
Consegui a me casar	Para ser feita a borrifação	Trabalho não é moleza
Continuei no mesmo risco	O guarda pega a bomba	Somos poucos companheiros
Aos inseticidas cheirar	Apóia o êmulo na mão	Para dar assistência a pobreza
Ainda continuo cheirando	Com o movimento flexível	Borrifando ou vacinando
Para a família sustentar.	Pra colocar a pressão.	A área rural que é grandeza.
(...) Um dia cheguei a uma casa	Quando o ponteiro do manômetro	(...) Nestas minhas viagens
Na área de borrifar	Atingir 55 libras desejadas	Enfrento a luta pra valer
Dei bom dia ao cidadão	O guarda que é por dentro	Lido com a papelada
Dono deste lugar	Pra resolver a parada	Borrifo e faço o comer
Ele me respondeu	Põem o aparelho sobre o ombro	Sou motorista de lancha
Você já vem me atormentar.	E começa a primeira fachada.	Chefio a equipe e podem crer.
Eu ainda lhe falei	Assim vamos eliminando	Esta é minha vivência
A razão de visitar	Várias recusas ruins	Lhes digo de coração
Pedi que se acalmasse	Enfrentando vários germes	Tenho boas referências
Para podermos conversar	Que até tem raiva de mim	Com toda população
O homem aí se danou	Vou levando a vida de Guarda	Prestamos várias assistências
Foi o jeito nos retirar.	Que não é tão ruim.	Que podemos a este povão.

Fonte: Moraes (1988)

⁸⁴ O DDT (sigla de Dicloro-Difenil-Tricloroetano) foi o primeiro pesticida moderno desenvolvido após a II Guerra para o combate dos mosquitos causadores da malária e do tifo. O uso deste produto hoje é proibido em vários países por ser considerado cancerígeno. Aliás, alguns homens que exerceram a função de guardas na SUCAM estão com sua saúde comprometida em consequência do uso do DDT.

Todo o pessoal de campo da SUCAM como o guarda sanitário, por exemplo, eram submetidos a um trabalho militarizado, no qual, o princípio da hierarquia e disciplina era rigidamente seguido, conforme **RENOIR**:

(...) primeiro, para cada equipe de guardas de endemias havia um guarda chefe que supervisionava esses trabalhos. Os guardas chefes eram supervisionados pelo inspetor de endemias, já com formação mais avançada. Os vários inspetores de endemias eram supervisionados pelos inspetores gerais. E os vários inspetores gerais eram supervisionados por um técnico de nível superior que existia na unidade.

Todos os sanitaristas/pesq. entrevistados concordam que a supervisão dos serviços é de extrema importância no trabalho de campo. Eles alegam que sem supervisão não há controle de endemias:

(...) a gente costumava dizer na SUCAM que nem santo trabalha em trabalho de campo sem funcionar bem a supervisão. Nós punimos muitos guardas da SUCAM naquela época que às vezes diziam que tinham borrifado as casas e quando a supervisão chegava via que não tinha. Isso acontecia naquela época, imagina agora (RENOIR).

Mesmo havendo problemas, os sanitaristas/pesq. entrevistados falam com respeito, admiração e também saudades desse personagem, o guarda sanitário. De acordo com as narrativas, o guarda sanitário era considerado essencial no trabalho de combate às endemias. Era um pessoal treinado periodicamente e esse treino consistia, entre outras coisas, em saber fazer e usar armadilhas e iscas:

Era o guarda sanitário quem conhecia todas as pessoas da comunidade. Era ele quem saía toda manhã com o equipamento embaixo de sol e chuva e ia colocando ratoeiras, visitando as casas, ensinando a fazer fossa. Era um pessoal que quando a gente chegava lá você tinha orgulho, porque ele sabia mais que a gente. O que nós aprendíamos com os guardas não é brincadeira. (DALÍ).

Além disso, os entrevistados são unânimes em apontar a engenhosidade dos guardas sanitários ao criarem equipamentos que facilitavam o trabalho das equipes em campo:

Me lembro um caso no Ceará, que naquela época estavam pegando pulga para estudar a peste: “ah! doutor tem um aparelhinho aqui muito bom”. E eles chegavam com um jeep,

encostavam o jeep na casa. Botavam um caninho de borracha no limpador de para-brisa. O limpador de para-brisa do jeep era a vácuo. Então aquele tubinho, que era cumprido, entrava no filtro, na água do tubo. Saía a outra ponta e ele fazia um aspirador. Pronto, lá se iam as pulgas (risos) (DALÍ).

Outro momento de transmissão de experiência de vida e criatividade dos guardas sanitários foi apresentado por MIRÓ e no relato fica evidente a consideração dos sanitaristas/pesq. quanto ao conhecimento prático e o aprendizado adquirido com os guardas sanitários:

Lá no matadouro a gente estava com um problema, deu uns barbeiros lá de palmeira, aquelas palmeiras grandes. Então, duas alternativas: ou corta a palmeira, caía, botava um lençol branco lá para contar o serotonino. Ou senão levava uma escada: “não vou subir naquele negócio lá”. Aí veio um sujeito: “doutor, o senhor me desculpe, o que o senhor quer fazer?” Eu disse: “eu quero pegar barbeiro”. Diz ele: “vou dar uma ideia ao senhor, o senhor sabe muito para ser um doutor. Sabe muito mais do que eu, mas, eu dou uma ideia. Porque que a gente não corta umas árvores daqui e emenda elas, e aí põe um desse bichinho que o senhor traz. Põe ele lá no negocinho e que ele não saia. Põe ele lá que o barbeiro vem comer ele. Não precisa derrubar palmeira. Não precisa botar escada. A gente põe aquilo e os bichos vêm comer e fica tudo ali no cano longo e entra ali numa ratoeirazinha e vem cheio de barbeiro”.

As narrativas dos entrevistados apresentadas nesta parte do trabalho vêm reforçar não só a essencialidade dos trabalhos de campo para controlar os vetores de algumas doenças, como malária e dengue, mas, também o conhecimento e o empoderamento que os guardas sanitários tinham naquela época. Hoje esse trabalho de campo continua a ser realizado pelos agentes de endemias que pertencem a uma estrutura municipalizada do setor da saúde.

2.2.6.1.3 Os primeiros abalos na estrutura da SUCAM

Apesar da SUCAM ter se mostrado como uma instituição bastante ativa, principalmente, no seu trabalho de controle e erradicação de várias doenças, na formação de pessoal técnico especializado e também na educação sanitária, a década de 1980 trouxe os primeiros abalos na estrutura da instituição.

Analisando a obra de Moraes (1988) observamos que o primeiro abalo ocorreu em 1987 quando houve uma tentativa de retirar da competência da SUCAM, por meio do Decreto nº 94.196 e 94.197, as Campanhas de Combate a Malária, a de Febre Amarela e também a de *Aedes aegypti* que passariam a se submeter ao MS. Segundo esses Decretos as campanhas teriam caráter temporário e continuariam a cargo do superintendente da SUCAM ou alguma outra pessoa designada por ele para ocupar o cargo (BRASIL, 1987; 1987a).

As atividades das Campanhas seriam executadas pelos funcionários do MS e não mais pelos funcionários da SUCAM havendo também necessidade de contratar novos funcionários (regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho) pelo tempo em que durasse a Campanha, já que, o MS não estava preparado para assumir tecnicamente essas Campanhas. Sendo assim, haveria a necessidade de se organizar toda uma nova estrutura administrativa e técnica que viesse dar conta dessas mudanças onerando ainda mais o Tesouro Nacional. Percebendo a inviabilidade do ato o MS revogou os Decretos em 1988.

A SUCAM também sofreu outro abalo no final do ano de 1987 quando o Decreto-Lei nº 2.403, que fixava as diretrizes do sistema de carreira do serviço civil da União e dos territórios federais⁸⁵, determinou que os órgãos autônomos tivessem seus quadros de funcionários incorporados aos ministérios a que estivessem vinculados (BRASIL, 1987b). Dessa forma, a SUCAM perdeu parte de sua autonomia no que diz respeito a administrar seus recursos humanos. Nesse caso, é de se supor também que esse Decreto-Lei, o qual faz parte da redemocratização do país, ao determinar que diversos funcionários da SUCAM voltassem a seus ministérios de origem, provavelmente, acabou provocando um esvaziamento do órgão. E mais ainda, pode ter provocado certa apreensão entre os funcionários permanentes nos cargos, já que, estes eram funcionários contratados pela SUCAM e não eram estatutários.

Mas, de qualquer forma, a SUCAM vai continuar a existir até 1991 quando a FUNASA passa a incorporar os seus serviços e os da FSESP. Mas, isso será apresentado no próximo capítulo desta tese quando discutiremos o período posterior a Constituição Federal de 1988. Por hora, passamos a discutir a ocorrência de algumas mudanças com o Sistema Nacional de Saúde que foi implantado no país na década de 1970.

⁸⁵ Esse Decreto também determinou que o ingresso nos cargos públicos deveriam acontecer por meio de concursos públicos.

2.2.6.2 O estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde

Na década de 1970 foi organizado, pelo governo federal, o setor saúde sob forma sistêmica definindo dois grandes campos institucionais: o do Ministério da Saúde⁸⁶ de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária⁸⁷; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) com atuação voltada, principalmente, para o atendimento médico-assistencial individualizado. A partir dessa divisão foi institucionalizado oficialmente o Sistema Nacional de Saúde (SNS)⁸⁸ por meio da Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975.

No que diz respeito às doenças transmissíveis a Lei nº 6.229 regulamentou duas medidas muito importantes. Uma delas foi tornar compulsória a notificação de doenças. A outra medida foi a regulamentação do Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 1975b).

De acordo com Bueno (2005), o PNI se traduziu numa mudança no sistema de vacinação, pois, o então Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, era partidário de que somente a vacinação permanente seria capaz de manter controladas as doenças contagiosas. Dessa forma, a regulamentação do Programa passou a prever a obrigatoriedade⁸⁹ de vacinação contra algumas doenças contagiosas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como, pelas entidades privadas subvencionadas pelo governo federal, estadual e municipal em todo o território nacional. Sendo obrigatório também o Atestado de Vacinação que é até hoje emitido gratuitamente pelos serviços públicos de saúde.

⁸⁶ Foi também na década de 1970 que ocorreu a transferência do MS do Rio de Janeiro para Brasília.

⁸⁷ A Lei da Vigilância Sanitária (Lei nº 6.360) foi promulgada em 1976 e abrangeu, inicialmente, somente a área de medicamentos (BUENO, 2005).

⁸⁸ O SNS foi tema de discussão da 5ª CNS em 1975 que também discutiu: o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil; o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; o Programa de Controle de Grandes Endemias e a Extensão dos Programas de Saúde às Populações Rurais (BRASIL, 1975a). A 6ª CNS em 1977 buscou a expansão dos serviços de saúde relacionados ao PIASS.

⁸⁹ Apesar de haver a obrigatoriedade de vacinação principalmente para as crianças desde a década de 1970, cabe destacar que há no Brasil indivíduos, seguidores de práticas médicas não convencionais, que adotam o uso restrito de, por exemplo, antibióticos e vacinação.

Quanto à notificação compulsória de algumas doenças a Lei nº 6229/1975 passou a obrigar que todos os casos suspeitos ou confirmados fossem notificados. Sendo consideradas de notificação as doenças que implicariam em medidas de isolamento ou quarentena. Por ser este um dos principais temas deste trabalho deixamos para aprofundá-lo no capítulo 5 da tese.

Ainda segundo o novo SNS deveria haver integração entre os estados, territórios e distrito federal no que se refere ao planejamento de saúde e a criação e operação de serviços de saúde em apoio às atividades municipais. Aos municípios caberiam a manutenção de serviços de saúde, especialmente os de pronto-socorro e a vigilância epidemiológica (BRASIL, 1975). Entretanto, a repartição das competências em saúde entre os entes federados só iria ser melhor definida a partir da Lei Orgânica nº 8080/1990, que será analisada no próximo capítulo.

Mas, mesmo com a implantação do SNS o MS ainda sofria com seus recursos escassos o que acabou determinando o desenvolvimento de ações muito mais curativas do que preventivas. Segundo Bertolli Filho (2006) uma parte dos poucos recursos do setor eram destinados para o pagamento dos serviços prestados por hospitais particulares aos doentes pobres. E a outra parte dos recursos destinava-se para algumas campanhas de vacinação. Dessa forma, pouco sobrava para investir no tratamento de água e coleta de esgoto que são considerados elementos vitais na prevenção de muitas doenças. Na época, a falta de prevenção acabou ocasionando o aumento de doenças⁹⁰ como: dengue, malária e meningites.

Mercadante (2002) ao analisar o SNS aponta que, mesmo com algumas limitações, o novo sistema foi um avanço não só por se tratar da primeira tentativa concreta de racionalizar o sistema dentro dos limites permitidos pelo contexto político vigente; mas, também, porque passou a reconhecer oficialmente algumas deficiências na organização do sistema que já eram apontadas por vários estudiosos do setor.

2.2.6.3 Criação de novos projetos na saúde na década de 1970 no Brasil

Além do novo SNS, foi na década de 1970 que o governo militar, na esteira das propostas inovadoras para o sistema de saúde como as

⁹⁰ O autor também menciona que quando as doenças se tornavam epidêmicas as autoridades militares recorriam à censura impedindo que os meios de comunicação alertassem a população.

experiências de saúde locais já citadas anteriormente, acabou criando dois grandes projetos na área da saúde: o PMC e o PIASS⁹¹.

O PMC, que teve início em 1971, foi um projeto de âmbito regional no qual se experimentou a aplicação dos princípios norteadores de um modelo alternativo de organização de serviços de saúde. Este projeto foi permeado por vários interesses tanto nacionais quanto internacionais, já que, inicialmente, foi financiado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional. Conforme Escorel (2008), a Agência buscava um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo que pudesse ser implantado em vários outros locais. Por meio deste projeto foi possível se experimentar no Brasil os princípios de: regionalização; hierarquização; administração democrática e eficiente; integralidade da assistência à saúde; atendimento por auxiliares de saúde; e participação popular. Porém, todos esses princípios só vão se tornar realidade para todos a partir da Constituição de 1988 e da determinação da implantação do SUS.

O PIASS, concebido em 1976, tratava-se de um programa de interiorização do atendimento, buscando maior eficiência e baixos custos. Esse programa tinha como objetivo implantar, inicialmente na região nordeste⁹² do Brasil, uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes na tentativa de contribuir para a melhoria da saúde da população local. O programa se propunha a adotar práticas relacionadas ao meio ambiente e problemas sanitários com a colaboração da comunidade (ESCOREL, 2008; SILVA & DALMASO, 2002).

Os mecanismos de coordenação do PIASS em âmbito federal eram: avaliação e execução do programa a cargo do Grupo Executivo Interministerial (GEIN), composto por representantes do MS, do MPAS, dos Ministérios do Interior e do Planejamento; e uma secretaria técnica ligada à Secretaria Geral do MS, que analisava os projetos estaduais e elaborava normas e diretrizes. Em âmbito estadual era o Grupo de Coordenação Estadual quem deveria elaborar planos anuais, avaliados

⁹¹ Estes projetos vão ser apresentados aqui de forma reduzida uma vez que podem ser aprofundados por meio da obra de Escorel (2008) e também de Oliveira & Teixeira (1986).

⁹² A partir de 1979 o PIASS se expandiu para outras regiões de maior concentração de pobreza e foi adaptando o modelo às características regionais, de modo a privilegiar a integração das unidades PIASS em nível federal, estadual e municipal (PESSÓA, 2005).

pelo GEIN; coordenar a implementação desses planos; e supervisionar as unidades. Castro & Viana (1992) argumentam que se o programa fosse implementado da forma como foi idealizado significaria um fortalecimento das SESs, já que, os municípios e as Diretorias Regionais de Saúde (ligadas às SESs) deveriam assumir, de modo gradual, a coordenação do programa. Entretanto, devido à escassez de recursos, o programa acabou se resumindo na ampliação da rede física instalada para o atendimento da população, sem que houvesse um maior investimento na melhoria das ações de saúde.

Apesar das limitações tanto o PMC quanto o PIASS foram projetos que semearam a participação comunitária na área da saúde. Assim como, foram responsáveis pela expansão dos agentes de saúde e os visitantes sanitários, que eram recrutados dentro das próprias comunidades que seriam beneficiadas com os Programas.

Vale ressaltar que esses programas foram derivados das experiências locais de serviços de saúde que começaram a ser realizadas no início da década de 1970. Além disso, houve outro acontecimento que consideramos ter se derivado dessas experiências que foi o 1º Encontro dos Secretários Municipais de Saúde do Nordeste realizado em Teresina (PI) em 1978. Com o êxito desse primeiro Encontro passou a ser realizado um encontro nacional denominado Encontro Municipal do Setor Saúde. O primeiro deles ocorreu também em 1978 em Campinas (SP) e contou com a participação de 61 municípios das regiões norte, nordeste e sul. Bertone (2002) considera esse Encontro como o primeiro fórum expressivo que conseguiu reunir, em um mesmo espaço, os trabalhadores da academia com os trabalhadores dos serviços públicos.

Segundo Goulart (1996) os articuladores desse Encontro Nacional foram: Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Nelson Rodrigues dos Santos, entre outros. Nesse fórum foram apresentadas várias teses, práticas e ações dos serviços municipais de saúde. E foi por meio deste Encontro que os secretários municipais se mobilizaram e estabeleceram as dez regras, ou melhor, os dez mandamentos da municipalização da saúde que estão dispostos no quadro abaixo.

Quadro 3 – Dez mandamentos da municipalização da saúde- década de 1970

1. A prioridade de programação municipal de saúde deve estar voltada para a Atenção Primária, através de postos de saúde. A manutenção de estrutura hospitalar própria deve ser uma exceção, decorrente da omissão dos órgãos estaduais ou federais, em melhores condições financeiras para se responsabilizar por tais serviços.
2. O pronto atendimento de emergências simples pelos postos de saúde deve ser atribuição dos municípios, e as emergências complexas devem ser referidas a serviços de nível secundário ou terciário, que são de competência da União e do estado. A instalação e manutenção dos serviços complexos de pronto-socorro, pelo município, deve ser exceção decorrente da omissão dos órgãos estaduais ou federais, ou então, exceção decorrente de raras peculiaridades locais.
3. Os órgãos financiadores tipo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) devem dar prioridades aos pedidos dos municípios e outros órgãos públicos para a instalação de uma rede de postos de Atenção Primária. Condenando-se a atual posição do FAS e congêneres, de dar prioridade e financiamento para a rede privada, que vem aplicando somente na instalação de empresas hospitalares.
4. O sistema de pagamento de serviços médicos por “unidade de serviços” é visto como inconveniente para os municípios e demais órgãos públicos. Uma vez que introduz graves distorções no sistema de atenção à saúde, porque estimula a produção de atos médicos superfluos e muitas vezes sofisticados, realizados com objetivo de obtenção de lucros.
5. A União e estados devem rever a política tributária, de forma a assegurar maior volume de recursos aos municípios, especialmente através de alteração na forma de distribuição de impostos arrecadados pelos estados e pela União.
6. As prefeituras devem ampliar suas dotações para a Saúde, de forma que o município possa assumir maiores responsabilidades na prestação de serviços à população.
7. A influência dos serviços de saúde sobre o desenvolvimento socioeconômico é limitada. Entretanto, a influência ao desenvolvimento socioeconômico nos níveis de saúde da população é determinante. Desta forma, os secretários reconhecem que as decisões sobre política global de desenvolvimento devem contar com ampla participação da população, a grande interessada neste desenvolvimento. Tal política deve assegurar: o aumento da produção de alimentos básicos para o consumo interno, adequada às necessidades de toda a população; a fixação do trabalhador rural à terra; condições para elevação do poder aquisitivo da população.
8. Será necessária a integração do serviço municipal de saúde com os serviços das demais instituições locais para maior aproveitamento dos recursos disponíveis, barateamento dos custos e expansão da cobertura. É considerado por unanimidade que há dificuldades na execução de programas municipais de saúde, devido ao bloqueio dos canais de comunicação e entendimento entre o município-estado-União, principalmente com o estado, em virtude de divergências político partidárias entre os dirigentes municipais e os poderes superiores. Dessa forma, denuncia-se a dificuldade de se obter bom relacionamento, devido à predominância de interesses político-partidários e econômicos, em detrimento das reais necessidades da população.
9. Ao analisar os aspectos municipais de aplicação de programas de saúde, não se pode dissociar sua característica técnica e sua característica política: embora os secretários municipais de saúde exerçam funções técnicas, são agentes de uma estrutura político-administrativa cujo chefe, o prefeito municipal, é o único dirigente do poder executivo nacional, de expressão legitimamente política e democrática. Na sua maioria, são escolhidos pelo voto direto da população.
10. Os municípios, através dos diversos mecanismos de pressão, devem obter do estado e da União, condições para cumprimento das atribuições que lhe são conferidas pela Lei do Sistema Nacional de Saúde, dentro do espírito e forma do que foi estabelecido no presente memorial.

Fonte: Goulart (1996, p. 77-8)

Esse Encontro Nacional tocou em alguns problemas que atualmente continuamos a enfrentá-los. O primeiro deles é a dificuldade de relacionamento entre os municípios, estados e União em consequência de divergências político-partidárias. Até mesmo quando os partidos realizam coligação, muito comum na política partidária brasileira, os conflitos continuam a existir. Como assinala Weber (1999) a eliminação da luta entre os partidos é impossível a não ser que se queira eliminar qualquer representação ativa do povo.

O segundo problema denunciado pelos secretários municipais no Encontro, que continua sendo bastante atual, é a prevalência dos interesses político-partidários em detrimento das demandas da população. Isso ocorre porque é o núcleo ativo do partido político, que é uma minoria, quem determina o tipo de procedimento de todo o partido e também quem faz a escolha dos candidatos. Assim como, determina o programa do partido que só vai levar em conta a demanda dos eleitores se houver possibilidade de atrair votos (WEBER, 1999).

Afora essas denúncias, que continuam muito atuais, o estabelecimento das regras acordadas entre os secretários municipais de saúde previu ainda as atribuições do nível municipal que teria a Atenção Primária como prioritária. E delineou o financiamento da saúde para os serviços municipais e o modo de pagamento dos serviços médicos. Em face disso podemos inferir que as demandas dos secretários municipais, propostas no Encontro Municipal do Setor Saúde em 1978, acabaram solidificando ainda mais a ideia da municipalização da saúde no Brasil, que já tinha feito parte da pauta da 3ª CNS em 1963, ou seja, 15 anos antes. E até mesmo antes da 3ª CNS quando começaram as discussões entre os sanitaristas sepianos e os sanitaristas desenvolvimentistas sobre municipalização na década de 1950. Por outro lado, essas propostas visavam, especialmente, a Atenção Primária, não havendo qualquer menção sobre mudanças em relação ao controle das doenças transmissíveis que, até então, faziam parte das atividades da SUCAM e da FSESP, órgãos que desenvolviam as campanhas sanitárias sem o envolvimento do poder municipal (TEIXEIRA & COSTA, 2008).

Mas, essas inovações na saúde que foram sendo discutidas e implantadas no Brasil durante toda a década de 1970 não ocorreram de forma isolada. Algumas experiências estavam sendo vivenciadas em outros países e, de acordo com a literatura, estavam afinadas com as propostas que emergiram a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978.

2.2.6.4 As propostas mundiais de promoção de saúde

No final da década de 1970 a OMS lançou, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata (na então URSS), a proposta para o alcance da meta **“Saúde para todos no ano 2000”** e enfatizou que:

That health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important worldwide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector⁹³. (WHO, 1978)

A OMS e os países participantes da Conferência assumiram a responsabilidade de implantar a Atenção Primária em Saúde como motor das transformações sociais em busca de uma sociedade mais justa e igualitária. Sendo que, essa proposta vinha fortalecer os ideais de municipalização da saúde que já estava sendo discutido no Brasil por alguns secretários municipais de saúde, conforme apresentamos anteriormente.

A proposta da OMS visava à utilização de todos os recursos disponíveis pelos países para amenizar os graves problemas de saúde no mundo, em especial nos países pobres. Nesta Conferência ficou estabelecido que a Atenção Primária deveria compreender: as atividades de educação sanitária; suplementação alimentar; nutrição adequada; abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; assistência materno-infantil (inclusive planejamento familiar); imunização, prevenção e combate às doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças e traumatismos comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1979). A Conferência também recomendava a participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde. Para tanto seria necessário que os governos de cada país formassem

⁹³ Tradução do texto: (...) a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

estratégias que contemplassem as atividades determinadas na Declaração de Alma-Ata.

No Brasil, em decorrência da Conferência começaram a surgir debates políticos sobre que modelo de ABS⁹⁴ deveria ser implantado no país. De acordo com Vasconcelos (1999) esses debates originaram três propostas e duas delas se vinculavam a alguns movimentos sociais que estavam em voga neste momento no país. A primeira delas se apoiava no médico de família, que era uma sugestão da OMS. Entretanto, esta proposta foi rejeitada inicialmente no Brasil. O autor levanta duas hipóteses que concorreram para a rejeição do modelo. Na primeira, a rejeição se estabeleceu devido à oposição de setores progressistas dos profissionais de saúde que viam essa proposta muito próxima do modelo neoliberal de prática médica. A segunda hipótese que justificaria a rejeição do modelo é o fato de que parte de seu financiamento estava sob a responsabilidade do Banco Mundial que era presidido por um norte-americano e suas políticas coincidiam com os interesses dos governos e das elites do mundo industrializado.

A segunda proposta de reorganização do sistema de saúde com base na Atenção Primária que entrou em debate já era experimentada no Brasil por alguns municípios, conforme já apresentado neste capítulo, e se baseavam no trabalho de equipe e na relação educativa com a população. Entretanto, por essas experiências estarem fora do aparelho do Estado e se caracterizarem pela falta de recursos materiais e pelo uso da criatividade dos recursos locais, naquele momento acabaram sendo rejeitadas e criticadas por proporem uma “adaptação barata e sem qualidade da medicina para os pobres” (VASCONCELOS, 1999: 171).

A 3ª proposta, apontada pelo autor, defendia a multiplicação dos serviços básicos de saúde e sua integração aos serviços mais sofisticados. Apesar de incorporar atividades preventivas de saúde de alcance coletivo, esses novos serviços seriam estruturados fora dos serviços locais e também fragmentados em especialidades médicas. Mesmo assim, esta proposta acabou se consolidando como uma nova forma de sistema de saúde no Brasil e ocasionando a expansão dos centros de saúde em policlínicas.

⁹⁴ A Atenção Básica é denominada internacionalmente como Atenção Primária à Saúde e caracteriza-se por ações de saúde no nível individual e coletivo contemplando a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças, a reabilitação e a manutenção da saúde. Dessa forma, neste trabalho utilizaremos os conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária como se fossem sinônimos.

Vasconcelos (1999) assinala que apesar do enfraquecimento das outras duas propostas, em 1981 o Conselho Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação aprovou a criação do curso de especialização em Medicina Geral Comunitária que passou a se constituir como um polo de aglutinação dos profissionais provenientes daquelas experiências municipais de saúde comunitária. Anos mais tarde o Conselho Federal de Medicina aprovou a Medicina Geral Comunitária como especialidade médica.

Quanto ao grupo que defendia a Medicina Familiar este só vai ser reconhecido no final da década de 1980 quando Cuba consolidou em seu território o modelo de Atenção Primária à Saúde baseado nos médicos e enfermeiras de família, atuando com uma abordagem de saúde integral (AGUIAR, 1998). O modelo, difundido com êxito em Cuba, fez com que os profissionais da saúde de esquerda no Brasil repensassem o atendimento médico com base nas famílias e também nas comunidades. E aqui tem início a ABS que temos hoje no Brasil que é voltada para a família.

É essencial lembrarmos que paralelamente a essa organização da Atenção Primária no Brasil, a partir da década de 1970, foi se estruturando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica que estará sendo contemplado no capítulo 4 desta tese.

2.2.7 A década de 1980: caminhando para a descentralização do setor da saúde

No final da década de 1970 o Brasil foi assolado por uma grave crise econômica e social representadas, principalmente, pelas altas taxas de juros internacionais; pelo alto índice inflacionário; e pelo crescimento do desemprego no país. Esse período de recessão, como é chamado pelos economistas, deu espaço para que se solidificasse no país o projeto de redemocratização, que para alguns autores se iniciou em 1982 com a vitória do MDB na primeira eleição direta para governadores após 18 anos da instauração do regime militar⁹⁵. Esse período também ficou marcado pelas alianças realizadas entre o Movimento Sanitário e os outros movimentos pela redemocratização do país.

⁹⁵ Durante o regime militar (1964-1985) só estavam autorizados o funcionamento de dois partidos: o MDB e a Aliança Renovadora Nacional. O primeiro era de oposição, de certa forma controlada, enquanto que o segundo representava os militares.

Em meio a esse período de crise, a década de 1980 se inicia com a 7ª CNS cujo tema central de discussão era a implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). O Programa, influenciado pela proposta da OMS de “Saúde para Todos”, deveria ser gestado por um grupo técnico interministerial pertencente ao MS e ao MPAS e deveria contar com a participação dos técnicos vinculados ao Movimento Sanitário. O que demonstra que a saúde no Brasil no início da década de 1980 ainda encontrava-se imbricada entre os dois ministérios, o da saúde e da previdência.

O tema central discutido na 7ª CNS se dividia em 11 subtemas e todos subentendidos nos serviços básicos de saúde (SBS): regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federativas; saneamento e habitação nos SBS; desenvolvimento de recursos para os SBS; supervisão e educação continuada para os SBS; responsabilidade e articulação interinstitucional; alimentação e nutrição e os SBS; odontologia e os SBS; saúde mental e doenças crônico-degenerativas e os SBS; informação e vigilância epidemiológica e os SBS; participação comunitária; e articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde (BRASIL, 1980). Dessa forma, foi nesta CNS que começou a ser (re)pensado o novo sistema de saúde baseado em ações voltadas para ABS que aglutinava grande parte dos serviços de saúde. Inclusive, na 7ª CNS passou a ser reconhecida a necessidade da intersetorialidade para sanar os problemas em saúde básica da população brasileira.

No entanto, essa nova proposta do PREVSAÚDE acabou enfrentando várias resistências, tanto do setor privado quanto do setor mais conservador da Previdência Social e do MS, que exigiam a reformulação da proposta. Escorel (2008) aponta que houve doze versões para o PREVSAÚDE até que o governo federal resolveu engavetá-la⁹⁶.

Em 1981 ao se tornar pública a crise financeira e organizacional pela qual a Previdência Social passava, o governo federal acabou baixando um pacote denominado “pacote da previdência” que previa: o aumento das alíquotas de contribuição; a diminuição dos benefícios dos aposentados. Bem como, a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que passou a ser

⁹⁶ O PREVSAÚDE enquanto tema de estudo pode ser aprofundado na obra de Escorel (2008) e também na obra de Oliveira & Teixeira (1986).

um órgão do MPAS com representantes de vários ministérios⁹⁷, criado por meio do Decreto nº 86.329 de 2 de setembro de 1981; que tinha como objetivo reorganizar a assistência médica previdenciária no país reduzindo os custos, controlando os gastos e assim podendo viabilizar a expansão da cobertura em saúde.

De acordo com Escorel (2008), essa conjugação de representantes de órgãos diversos dentro do CONASP ocasionou confrontos entre quatro grupos. O primeiro grupo defendia o modelo assistencial vigente; o segundo defendia a organização do sistema nacional de saúde com base na medicina de grupo; havia ainda os que defendiam a responsabilidade estatal na execução dos serviços de saúde; e, por fim, o grupo que defendia a primazia do setor público e o controle do setor privado. Dessa forma, em meio a tantas divergências o plano do CONASP, que era de reorientação da assistência à saúde, não é implementado de forma integral. Mas, mesmo assim, criou as bases para novas políticas públicas de expansão de cobertura que se referem a vários programas, dentre eles, a implantação do Programa de Ações Integradas em Saúde e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, que serão contemplados a seguir.

2.2.7.1 O PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS EM SAÚDE (PAIS)

O PAIS foi criado em 1983 como uma proposta de organização de serviços básicos nos municípios com base em convênios entre as três esferas de governo. O programa incorporava: diretrizes de integração institucional centrada no poder público; integralidade de ações em saúde; regionalização dos serviços; definição de mecanismos de referência e contrarreferência; utilização da capacidade pública instalada; e descentralização dos processos administrativos e decisórios, que era uma proposta vinculada aos membros do Movimento Sanitário que já ocupavam alguns cargos no INAMPS (BORBA, 1998).

Um ano após a sua criação o PAIS foi transformado em Ações Integradas de Saúde (AIS) e foram se expandindo gradualmente por todo o Brasil⁹⁸. Pode-se dizer que as AIS foram criadas sob a influência

⁹⁷ Entre eles os ministérios: da Previdência e Assistência Social; Trabalho; Saúde; Educação e Cultura.

⁹⁸ Segundo Pugin & Nascimento (1996) até o final de 1986 mais de 2.500 municípios já faziam parte das AIS.

do Movimento Municipalista que teve início na década de 1970 em algumas regiões do Brasil.

As AIS foram responsáveis pela integração de várias instituições de atenção à saúde⁹⁹ no Brasil na definição de uma ação unificada em âmbito local. Essas ações propiciaram a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde nas unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros. Essas unidades locais eram responsáveis por ações de caráter preventivo e de assistência médica e se integravam ao sistema de saúde pública e ao sistema de assistência à saúde previdenciária. Ou seja, as unidades locais passaram a atender a população independente da contribuição financeira à previdência social, o que de certa forma, inaugura a universalização da assistência médica à população (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

Entretanto, Noronha & Levcovitz (1994) apontam que as AIS sofreram muitas resistências por parte dos prestadores privados dos serviços médico-hospitalares e das suas articulações presentes no aparato institucional da previdência social representados, principalmente, pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Associação Médica brasileira. Mas, mesmo sofrendo oposição as AIS foram responsáveis pela ampliação da infraestrutura da rede física dos cuidados básicos de saúde. Assim como, foram responsáveis pela visibilidade da possibilidade da gestão da saúde no âmbito municipal. Por meio das AIS foi possível dar início a redefinição das competências nas três esferas de governo no que diz respeito à saúde. Além disso, passaram a ser agenciados debates sobre a necessidade do fortalecimento das instâncias estaduais e municipais que acabaram sendo incorporados quando da implantação do SUDS em 1987, ou seja, logo após a realização da 8ª CNS em Brasília no ano de 1986.

⁹⁹ As instituições envolvidas faziam parte das três esferas de governo. No nível federal constavam: o MS, INAMPS, MPAS, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, FSESP, SUCAM, Central de Medicamentos e os hospitais universitários e de ensino que fazem parte do Ministério da Educação. No nível estadual constavam: as SESs; hospitais, fundações, universidades estaduais e também organizações filantrópicas. Finalmente no nível municipal se integravam: as Secretarias Municipais de Saúde, instituições de ensino e hospitais (PUGIN & NASCIMENTO, 1996).

2.2.7.2 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a nova reorganização do sistema de saúde

A 8ª CNS, realizada em Brasília em 1986 e presidida por Sérgio Arouca, foi convocada no término do autoritarismo e no início do período de redemocratização do país.

Essa Conferência¹⁰⁰ é considerada um marco no que diz respeito a sua abertura para a participação popular e também é considerada como o baluarte na propagação do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Com ela, foi inaugurada uma conquista social para toda a população brasileira, o direito à saúde, que foi definido amplamente pelo Estado como garantia de condições dignas de vida que implicam em: trabalho, educação, habitação. E também, acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis e a todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 1986).

Foi durante as pré-conferências e também durante a Conferência Nacional que foram debatidos vários temas muito importantes para o Brasil naquele momento. Um dos principais temas discutidos foi a estatização ou não do novo sistema de saúde e a sua implantação imediata ou progressiva. Com a recusa da estatização imediata da saúde houve consenso sobre a necessidade do fortalecimento e expansão do setor público. A participação do setor privado deveria ocorrer sob o caráter de serviço público concedido e os contratos regidos pelas normas do Direito Público.

Outro tema importante discutido na Conferência foi a separação dos encargos do MS e do Ministério da Previdência. Prevaleceu que a Previdência deveria se encarregar somente das ações pertinentes ao seguro social (pensões, aposentadorias). Já a saúde deveria ser entregue, “em nível federal, a um único órgão com características novas” que seria financiado por diversas receitas provenientes, basicamente, de impostos

¹⁰⁰ A 8ª CNS deu destaque para o “Movimento de Promoção à Saúde” cujo marco referencial é a Carta de Ottawa que resultou da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986. A Carta de intenções de Ottawa tinha como objetivo contribuir para a meta de saúde para todos no ano 2000 e nos anos subsequentes. Na Carta define-se promoção de saúde como sendo: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” e afirma que as pessoas devem se envolver neste processo como indivíduos, famílias e comunidades e que homens e mulheres devem participar como parceiros iguais (CARTA DE OTTAWA, 1986).

gerais (CORDEIRO, 2004 p. 351). Enquanto não fosse formado um orçamento próprio para a saúde a Previdência Social se encarregaria de destinar os recursos do INAMPS para o novo órgão até que houvesse o crescimento das novas fontes de financiamento. Dessa forma, no Brasil é inaugurado o Sistema Unificado de Saúde que viria a se constituir de um novo arcabouço institucional em que haveria a separação total da previdência e da saúde.

Esse novo sistema pretendido pelos membros da 8ª CNS deveria reger-se tendo vários princípios¹⁰¹, sendo que, alguns deles já estavam sendo experimentados em algumas localidades, ou seja, nas experiências de serviços de saúde locais já descritas neste capítulo.

Além disso, a 8ª CNS já antecipava as atribuições, no novo sistema de saúde, das três esferas de governo. Entretanto, o que não consta nos Anais da 8ª CNS é a quem deveria se reportar os órgãos autônomos do tipo da FSESP e da SUCAM.

Mas, embora aprovado na 8ª CNS a constituição de um novo sistema de saúde no Brasil houve necessidade de uma etapa preparatória ou uma etapa de transição e esta vai se empreender por intermédio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados.

2.2.7.2.1 Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS)

O SUDS foi criado em 1987, por meio do Decreto nº 94.657, ou seja, um ano após a 8ª CNS. Esse Programa representou uma reformulação dos convênios das AIS com a assinatura de novos termos de compromisso e de adesão entre o INAMPS e os estados, o distrito federal, os territórios e municípios. Segundo esse Decreto os convênios previam:

¹⁰¹ Entre esses princípios encontram-se: a descentralização na gestão dos serviços; a integralização das ações; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação popular na formulação das políticas, no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; fortalecimento do papel do município; universalização da cobertura; equidade no acesso; atendimento de qualidade; remuneração e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federais, estaduais e municipais; estabelecimento de planos de cargos e salários; capacitação e reciclagem permanente; admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes.

- ◆ a transferência da gestão de unidades assistenciais da estrutura organizacional do INAMPS;
- ◆ a cessão de uso de bens, inclusive imóveis;
- ◆ a transferência de recursos financeiros alocados ao orçamento do INAMPS, para aplicação nos serviços de saúde;
- ◆ a prestação de serviços pelos servidores efetivos pertencentes ao quadro permanente do INAMPS, lotados nas unidades da estrutura organizacional do INAMPS (BRASIL, 1987c).

No entanto, de acordo com Muller Neto (1991), os convênios realizados entre o SUDS e os estados assumiram formas variadas que contemplavam diferentes níveis de transferência de funções. Assim como, abarcavam diferentes esferas descentralizadas de governo que, por vezes, ocasionaram práticas centralizadoras e clientelísticas por parte do poder estadual no que se refere ao seu relacionamento com os municípios.

O novo modelo previa que os serviços primários de saúde ficariam a cargo dos municípios e os secundários e os terciários seriam controlados pelos estados. A implantação, que ocorreria na forma de convênios, previa a passagem gradativa das unidades assistenciais próprias do INAMPS e dos seus contratos e convênios para os estados. Entretanto, os estados encontravam-se despreparados para incorporar a assistência médica às atividades até então predominantemente preventivas que realizavam. O modelo também previa a transferência da gerência da rede de serviços próprios do INAMPS, assim como, do custeio e gerência dos serviços contratados e conveniados (com os recursos financeiros correspondentes), para as SESs, ocasionando a descentralização de decisões quanto à política de saúde.

O SUDS, enquanto programa que tinha como objetivo descentralizar as políticas de saúde, por um lado foi apoiado pelos setores minoritários no MS ligados à Secretaria Geral e também pelos dirigentes municipais, através da Secretaria de Articulação com Estados e Municípios. Por outro lado, o SUDS enfrentou resistências de vários grupos. Um desses grupos era composto pelos burocratas do INAMPS que se posicionavam contra a descentralização diante da possibilidade da extinção da instituição e do aumento do poder dos estados. Outro grupo que resistiu a implantação do SUDS foi o setor privado, pois, essa implantação desfavorecia esse setor, já que, implicava numa maior alocação dos recursos no próprio setor público. Além disso, a negociação da compra de serviços deixava de acontecer no nível central para ser realizada em cada um dos estados, diminuindo a capacidade de

pressão do setor (MULLER NETO, 1991; DRAIBE, VIANA & SILVA, 1990). Essa resistência dos setores privados continuou a acontecer durante a década de 1990 com a consolidação do SUS. Numa das falas de **GOYA** foi comprovada essa discussão, ou melhor, essa negociação quando o entrevistado foi incumbido pelo Ministro da Saúde, na época Adib Jatene, de ir a uma reunião com uma das mais importantes seguradoras de saúde do Brasil que resistia às mudanças no sistema de saúde:

Meu envolvimento com eles foi o seguinte: eu fui muito suave e ganhei a plateia toda, porque eu disse: olha, em primeiro lugar nós não podemos ter no nosso país esse tipo de briga não. (...) o enfrentamento não é inteligente. Até porque 35% a 40% da população brasileira não tem a menor chance de dar nada para vocês, se filiar a vocês. Nem vocês, nem nós estamos de acordo que essa gente fique desassistida. Em segundo lugar, porque é claro que vocês colocaram a opção de evoluções aí, eu fiquei muito bem impressionado com a qualidade do atendimento, com a dinâmica de trabalho, com a organização, com o feedback epidemiológico, com a avaliação de custos e a otimização do benefício, etc. Não há nenhuma razão para vocês não ensinarem isso para a gente. Os nossos (técnicos) são mais mal pagos, nós no sistema público somos mais mal pagos, nós somos vulneráveis a alterações na instância de poder. Nós, muitas vezes, estamos ali de passagem até arranjar uma coisa melhor. Mas, em geral as instâncias técnicas são muito bem interessadas e teriam muito a ganhar na associação com vocês. Então vocês não perderão nada. O SUS não é para essa gente que paga atenção privada. E o SUS também não devia ser tão importante para as pessoas que têm um bom convênio. Agora o que a gente tem é o seguinte: tem um orçamento grande da saúde; vocês têm um orçamento grande e a gente tem de evitar perdas dos dois lados. Então essa é uma contradição que eu acho importante também para evitar essa dualidade. O Dr. Jatene falava muito isso: muitas vezes as seguradoras estão se locupletando. Ela interna o sujeito pelo SUS, paga IH e coisa, depois ela recolhe aquilo como benefício próprio, não pode. E muita coisa vocês não fazem de jeito nenhum e nós é que fazemos. E muita coisa que nós não fazemos, vocês fazem. Então a gente pode perfeitamente se entrosar, o negócio é ter diálogo. (...) No Brasil nós temos que construir uma possibilidade, está lá no texto da Constituição: toda possibilidade e legitimidade da inter-relação do público com o privado. De uma maneira que os dois lados possam ganhar. Até para ficar bem claro, as seguradoras, as grandes firmas, como

a Unimed, por exemplo, tem muito pouco a oferecer em termos de preventivo, muito pouco a oferecer. Então que bom que o Estado possa se locupletar e possa também fazer a prevenção do dengue ou prevenção da malária para a classe A, claro e passava a ser a esfera maior. Não tem que se preocupar com isso, nós fazemos.

Como podemos observar neste relato houve uma negociação entre o setor público e o setor privado. E essa negociação não visava, de forma nenhuma, atrapalhar as seguradoras privadas de saúde que ofereciam cobertura às classes mais abastadas. No entanto, a exclusão das classes mais favorecidas do setor público de saúde gerou implicações para o sistema de saúde que são sentidas até hoje. Uma vez que, esse segmento populacional por ter um maior poder de vocalização de demandas, poderia ter contribuído para a melhoria da qualidade do sistema (FAVERET & OLIVEIRA, 1990; GRISOTTI & PATRÍCIO, 2006).

Continuando sobre os setores que criaram resistência ao SUDS, o outro grupo contrário às mudanças institucionais e a descentralização do setor saúde era formado pelos burocratas do MS juntamente com os sanitaristas campanhistas (verticalistas e centralizadores), sobretudo da SUCAM e da FSESP (MULLER NETO, 1991). Entretanto, a atitude dessas duas últimas instituições não foi de confronto, mas, sim de espera. Essa espera decorre do fato de que no item 9 da Exposição de Motivos nº 31 de 10 de julho de 1987 (assinada pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro da Previdência e Assistência Social), que estabelece as diretrizes do SUDS, constata-se que o MS passaria a ser o órgão técnico-normativo das ações de saúde e da proposição da política nacional de saúde. Devendo ficar subordinadas a ele as instituições “altamente especializadas, de referência nacional, e voltadas à pesquisa”. Devendo ser repensadas, de acordo com as diretrizes da descentralização, as funções de algumas instituições como: a Central de Medicamentos (CEME), a SUCAM, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), a FSESP, a Fundação das Pioneiras Sociais e a Fundação Oswaldo Cruz (MORAES, 1988 p. 123). Já que, frente ao MS estas instituições tinham autonomia no que diz respeito a sua administração tanto financeira quanto na elaboração de planos para execução de suas atividades de erradicação e controle das endemias.

Nesse caso a SUCAM, que já vinha sofrendo alguns abalos, passou a discutir a sua participação no SUDS, como apresentaremos a seguir.

2.2.7.2.2 *A participação da SUCAM no SUDS ou o fim da instituição?*

É notório que no Brasil a descentralização dos serviços de saúde sofreu grande influência do Movimento Municipalista que era liderado pelos prefeitos e políticos comprometidos com suas bases locais e que reivindicavam autonomia na formulação das políticas e planos locais de saúde. Esse foi um dos fatores que influenciaram na década de 1980 a implantação no Brasil de um sistema de saúde descentralizado com ênfase na municipalização. Entretanto, como poderiam sobreviver dentro deste modelo descentralizado instituições como a SUCAM que tinham autonomia administrativa e financeira e que contavam com a colaboração de profissionais especializados? Nesse caso, a quem a SUCAM deveria reportar-se: ao MS, as SESs ou as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs)? Ou será que a SUCAM poderia continuar sendo um órgão autônomo dentro do novo modelo descentralizado? A SUCAM que se encontrava dividida em Distritos Regionais teria como passar a ser desmembrada em municípios? E os municípios estariam dispostos a arcar com o ônus das atividades da SUCAM? E quem ficaria responsável pela capacitação dos municípios no que diz respeito às atividades desenvolvidas pela SUCAM?

Embora, a resposta a essas perguntas tenham sido pouco trabalhadas pela literatura especializada, conseguimos levantar alguns dados que consideramos relevantes para tentar explicar como ocorreu o desmonte da SUCAM (e da FSESP) com a implantação de um sistema de saúde descentralizado com ênfase na municipalização.

Partindo da Exposição de Motivos nº 31, citada acima, a SUCAM procurou a sua inclusão dentro do SUDS. Para isso, foi criado dentro da instituição, por meio da Portaria nº 796/BSB de 23 de julho de 1987, um grupo de trabalho com a finalidade de estudar e sugerir a forma de participação da instituição no SUDS. Esse grupo realizou encontros regionais entre os dias 10 a 18 de agosto de 1987, com a participação das diretorias e dos técnicos para a discussão do tema. Nesses encontros, realizados em vários lugares do país, foram chamados a participar outras instituições, como: a FSESP, as SESs, as SMSs, o INAMPS e a Secretaria Geral do MS.

Moraes (1988, p. 133) cita que o resultado desses Encontros foi levado a um Seminário que se realizou entre os dias 31 de agosto a 2 de setembro de 1987. Nesse Seminário projetou-se a preocupação, por parte de todos, com a implantação de um sistema descentralizado “face à inadequação dos equipamentos de saúde ora existentes na maioria dos estados brasileiros”. Dessa forma, a discussão principal não se dava em

torno da integração ou não da SUCAM ao SUDS, mas, sim como esse processo de integração deveria ser realizado. Desse modo, nesse Seminário foram acordados dez pontos que são:

Quadro 4 – Pontos acordados para a integração da SUCAM ao SUDS

1. A SUCAM, independente da posição que venha a assumir no novo sistema de saúde, deverá ser um órgão normativo, de supervisão e avaliação dos programas de controle das endemias no país. Deverá continuar atuando com tecnologia própria em surtos epidêmicos que requeiram ações imediatas e verticalizadas, voltadas para o controle e erradicação das doenças.
2. A integração da SUCAM ao SUDS deverá ocorrer de forma progressiva respeitando as peculiaridades locais. Como primeira etapa dessa integração deverá ser realizado um diagnóstico situacional de cada instituição antes de ser iniciada a unificação do sistema.
3. A consolidação da integração institucional exigirá planejamento participativo, desenvolvimento dos recursos humanos e agilização do sistema de informação, ou seja, melhor estruturação dos órgãos que comporão o sistema.
4. O processo de integração deve-se dar de acordo com a realidade local. Para isso deve ser mantida a SUCAM como órgão dotado de autonomia administrativa e financeira. Devendo ser conservada a sua organização até que sejam concretizadas as mudanças preconizadas pela Reforma Sanitária. A SUCAM pode iniciar seus procedimentos de integração em âmbito de cada unidade federada.
5. Para o fortalecimento das Diretorias Regionais, durante o processo de estadualização e municipalização, será necessário que a superintendência da SUCAM descentralize suas ações, conferindo as suas regionais autonomia administrativa e financeira.
6. A integração requer equiparação salarial e plano de cargos e salários para o setor saúde.
7. As ações de controle das endemias deverão ser incorporadas à política de Atenção Primária à Saúde, haja vista, a pretensão da municipalização da saúde.
8. É necessário definir uma política de desenvolvimento de recursos humanos integrada para o setor saúde (padronização de técnicos, diagnóstico e tratamentos) objetivando a harmonia, eficiência e qualidade do sistema.
9. A estadualização dos convênios assinados com o SUDS deverá atender a população acometida pelas grandes endemias. Para isso é necessário que seja assegurada a existência de uma estrutura orgânica, ágil, flexível e de grande cobertura, dotada de comando que seja capaz de obedecer a uma padronização técnica que assegure um alto grau de eficácia.
10. Sendo a SUCAM o órgão do MS que atua em todo o território nacional, executando ações de saúde não superpostas às outras instituições, justifica-se plenamente, que ela seja o representante desse ministério na Comissão Interinstitucional de Saúde.

Fonte: Moraes (1988 p. 134-135)

Ao analisarmos os pontos acordados para integração da SUCAM ao SUDS ficou claro que a instituição estava de acordo com a sua integração ao SUDS, desde que, continuasse a ter autonomia administrativa e financeira e pudesse agir como um órgão normativo, de supervisão e avaliação dos programas de controle das endemias no país. Quanto às ações de controle das endemias deveriam ser incorporadas à política de Atenção Primária à Saúde que passaria a ser prioridade dos municípios. Também é importante mencionar que, de acordo com esses pontos, prevalecia à ideia da SUCAM continuar atuando nos surtos

epidêmicos de forma verticalizada, principalmente, nas ações voltadas para o controle e erradicação das doenças. Quanto as Diretorias Regionais, num primeiro momento, seriam fortalecidas. No entanto, com a descentralização em vigência acabariam deixando de cumprir o seu papel, já que, os municípios passariam a ser responsáveis pela execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de ABS, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias.

Somente um ano após esse Seminário que o MS resolveu, por meio da Portaria nº 446 de julho de 1988¹⁰², instituir uma comissão destinada a propor diretrizes para descentralização de ações desenvolvidas pela FSESP e pela SUCAM. Mas, infelizmente não conseguimos obter maiores informações quanto à formulação dessas diretrizes e supomos que com o novo Decreto nº 96.763 de 23 de setembro de 1988 (BRASIL, 1988), que trata da reorganização do MS, essa comissão tenha se dissipado. Uma vez que, nesse Decreto a SUCAM e a CEME continuavam como órgãos autônomos e assim permaneceram até 1990 quando, por meio da Lei nº 8.029 de 12 de abril de 1990, foram extinguidas várias instituições da administração pública federal, entre elas, a FSESP e a SUCAM e no lugar destas foi criada a FUNASA.

Respeitando a ordem cronológica deste trabalho apresentaremos a estrutura da FUNASA, quando da sua implantação e, posteriormente, as transferências dos recursos dessa instituição para os estados e municípios, no próximo capítulo desta tese em que tratamos sobre o SUS e a descentralização do setor saúde em vigência atualmente no Brasil. E finalizando esta parte apresentaremos a seguir o marco divisório dos dois períodos pesquisados que é a Constituição Federal de 1988.

¹⁰² Nesse período houve outro fato que pode ter contribuído para o desmonte da SUCAM. Ou seja, em 1988 um novo decreto (nº 96.186 de 21 de junho) anuncia, entre outras coisas, que os servidores federais do MS e da SUCAM que estivessem em exercício nos hospitais que haviam sido transferidos para os estados ficariam submetidos às administrações gestoras estaduais. Não podemos afirmar, mas, acreditamos que pode ter havido um esvaziamento substantivo da instituição em consequência desse decreto.

2.2.7.3 A Constituição Federal de 1988

O fato de maior destaque na década de 1980 foi com certeza a promulgação da nova Constituição em 5 de outubro de 1988, que consideramos como o marco divisório deste trabalho. Na Constituição fica instituído no Brasil um sistema de seguridade que reúne três principais aspectos:

- ◆ previdência social, destinada a garantir ao segurado ou seu dependente, uma renda proporcional à sua contribuição em razão de: incapacidade definitiva ou temporária de idade ou tempo de serviço;
- ◆ assistência social, destinada a assegurar renda de sobrevivência aos membros da sociedade considerados incapacitados de obtê-los, seja por condição física ou por idade;
- ◆ saúde, destinada a assegurar um sistema de saúde para atender toda a população brasileira com serviços de medicina preventiva e curativa.

É dentro deste contexto que a saúde passa a ganhar ares de direito universal e igualitário para todos os cidadãos, sendo dever do Estado assegurar este direito, conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988¹⁰³. Ainda, segundo a Nova Constituição as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, organizado conforme as seguintes diretrizes (BRASIL, 1988a):

- ◆ descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- ◆ atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- ◆ participação da comunidade.

Além disso, ficava instituído que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar no novo Sistema Único de Saúde. Aliás, também foram instituídas as competências do SUS, conforme o quadro abaixo:

¹⁰³ É interessante citarmos que nas Constituições anteriores a de 1988 não havia nenhuma referência ao direito à saúde. Dallari (1995) menciona que algumas das Constituições, inclusive, ignoravam os direitos sociais e outras consideravam a saúde através de legislações sobre proteção e defesa, mas, sem ainda aparecer como direito e dever do Estado.

Quadro 5 - Competências do SUS segundo a Constituição Federal de 1988

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Fonte: Brasil (1988)

Com a Constituição promulgada em 1988 restava passar para a fase da regulamentação das leis. Dessa forma, a Lei Orgânica da Saúde passou a ser redigida pelo MS durante o ano de 1989, no governo de José Sarney. Entretanto, ao passar pelo crivo do Presidente da República Fernando Collor de Mello, em 19 de setembro de 1990, ela foi vetada em 25 artigos, entre eles, os que faziam jus a: extinção do INAMPS; vinculação de percentuais orçamentários para o orçamento da seguridade social para transferências automáticas de recursos fundo a fundo para estados e municípios¹⁰⁴. Também foram vetados os dispositivos relacionados a mecanismos de participação e controle social (CORDEIRO, 2001).

De acordo com Arretche (2005), esse veto ocasionou uma forte reação por parte dos atores da Reforma Sanitária e, após três meses (em dezembro de 1990), a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 foi aprovada. Assim como, foi aprovada também a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação social na gestão do SUS.

Finalizando, destacamos que para o ano de 1990 estava programada a realização da 9ª CNS, mas, esta foi adiada e só se realizaria em 1992. O principal tema discutido nesta Conferência foi a implantação do SUS, principalmente, no que diz respeito ao seu financiamento, as responsabilidades gestoras dos três entes federados e a descentralização do sistema, que serão abordados no próximo capítulo desta tese.

¹⁰⁴ O motivo dos vetos pode ser melhor apreciado no site: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/Mensagem_veto/anterior_98/Vep60-L8080-90.pdt>.

No início do capítulo informamos que a meta estipulada para essa parte do trabalho era abordar as políticas de saúde no Brasil até a promulgação da Constituição de 1988. Sendo assim, a seguir iremos tecer uma síntese deste capítulo, principalmente, dos pontos considerados relevantes para este estudo, assim como, empreenderemos algumas questões e reflexões que estarão permeando todo o trabalho.

2.2 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO

O primeiro ponto a ser destacado nessa síntese é que a política de saúde no Brasil, desde a chegada da Família Real em 1808, foi marcada pela inauguração de várias instituições que foram se transformando de acordo com o momento político vigente no país e também de acordo com os problemas emergenciais na saúde pública. Ao longo dos anos algumas das instituições públicas da saúde foram sendo geridas por personalidades proeminentes na área médica que, de certa forma, garantiram, ora de forma policialesca ora não, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

O segundo ponto que consideramos relevante é que no século XIX houve um grande período (1822- 1930) em que o setor da saúde encontrou-se descentralizado e, sendo assim, era “oferecido” aos estados e municípios autonomia para enfrentar as epidemias e endemias. Entretanto, esses entes federados encontravam-se desprovidos de poder e de organização e, por vezes, eram comandados por interesses clientelistas fazendo com que nada fosse realizado em prol das populações (o único estado que conseguiu tomar conta da saúde da população foi SP).

O terceiro ponto relevante do capítulo é a evidência de que em grande parte do século XX as políticas de saúde encontravam-se fragmentadas entre dois ministérios, o da saúde e o da previdência. Enquanto que o sistema de previdência social era praticamente o grande prestador de serviço de assistência à saúde individual. O MS comandava a prevenção e controle de grandes endemias, sob a responsabilidade inicialmente do DENERU passando depois para a SUCAM. Assim como, dirigia determinados serviços de saúde permanentes em áreas de segurança nacional ou áreas prioritárias do governo federal por meio da SESP e posteriormente a FSESP.

Esses órgãos (DENERU, SUCAM, SESP, FSESP), apesar de estarem submetidos a um comando central, tinham suas ações

descentralizadas, ou seja, havia autonomia no gerenciamento das ações, inclusive, nas campanhas de vacinação. Outro detalhe importante observado durante a pesquisa é que embora a SUCAM e a FSESP fossem dois grandes órgãos executivos do MS não havia integração entre eles. Ou seja, os programas e ações de ambos eram desenvolvidos isoladamente o que possibilitava a multiplicidade de ações superpostas e, inclusive, ocasionando a fragmentação das campanhas sanitárias. Dessa forma, esses órgãos seguiram isolados até o início da década de 1990, quando se fundiram e deram lugar a FUNASA, que será apresentada no próximo capítulo da tese. E vai ser esse novo órgão, que no final da década de 1990, organizará a descentralização dos serviços dessas instituições extintas para os estados e municípios.

No entanto, destacamos que todas essas instituições apresentadas neste capítulo foram os baluartes do controle de endemias no Brasil. Mesmo sabendo que todos os esforços empreendidos por esses órgãos e a dedicação dos profissionais que ali trabalhavam não foi o suficiente para reduzir a morbidade e a transmissão das doenças, visto que, as doenças eram controladas enquanto havia aplicação das medidas de controle. Quando esse controle diminuía os vetores voltavam a transmitir as doenças. Cabendo destacar aqui uma questão fundamental para o estudo que propomos, ou seja, com a extinção dessas instituições e sob a vigência da descentralização do setor da saúde perguntamos: quem hoje garante a eficácia da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil, já que, o novo desenho do SUS, inicialmente, negligenciou o que era realizado por essas instituições, especialmente, o trabalho de campo?

O quarto ponto a ser destacado é que no Brasil a saúde pública sofreu tanto a influência quanto a colaboração de países como os Estados Unidos da América, que apesar de criticados por seus métodos, colaboraram na educação médica e no desenvolvimento dos serviços médicos-sanitários e científicos no Brasil, assim como, na criação de várias instituições, inclusive, o SESP. É claro que também sofremos influência de entidades como a OMS, que instituiu uma grande campanha visando à saúde da população mundial.

O quinto ponto de destaque é que no Brasil, a notificação de doenças enquanto prática ocorre desde 1902 quando eclodiu a epidemia de peste no Rio de Janeiro. Nessa época o Congresso Nacional estabeleceu as bases da defesa sanitária na capital federal e acabou impondo a notificação compulsória de várias doenças. A imposição da notificação neste período era policialesca, podendo ser considerada

como um instrumento utilizado para alijar os indivíduos infectados do convívio social. Apesar de já haver a prática da notificação foi somente em 1969 que foi organizado, pela FSESP, o sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis, prioritariamente, aquelas passíveis de controle por meio de programas de vacinação. A utilidade da notificação das doenças passou a ser um parâmetro para saber quais eram as doenças predominantes em certa região, para que as medicações alcançassem o seu objetivo que era atender a demanda de massa. Somente em 1975, por meio da Lei nº 6.259, que foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e se constituíram as normas relativas à notificação compulsória de doenças. Sendo que, este tema será aprofundado no capítulo referente à vigilância epidemiológica.

O sexto e último ponto a ser destacado nessa síntese é que muitas ideias e princípios que norteiam o SUS, assim como a municipalização da saúde em vigência hoje, não se originaram na década de 1980 no rompante da 8ª CNS e nem na Constituição de 1988. Começaram a ser pensados a partir da década de 1960 quando começou a ocorrer uma disputa de poder entre os Ministérios da Saúde e da Previdência. A primeira tentativa de se montar um sistema de saúde encabeçado pelo MS tomou forma na 3ª CNS, em 1963, que tinha como finalidade discutir quatro temas oficiais: a implantação de um Plano Nacional de Saúde; a situação sanitária da população brasileira; a distribuição das atividades médico-sanitárias nos três níveis da federação; e a municipalização dos serviços de saúde.

Apesar da 3ª CNS sair derrotada nos seus planos, deu margem para que os descontentes constituíssem, mesmo que por aspirações ideológicas diferenciadas, movimentos sociais e institucionais que juntos, e aproveitando o clima político favorável, foram se fortalecendo e inspirando a ideia de um novo sistema de saúde descentralizado e universal. Esse novo sistema, o SUS, foi posto em prática no final da década de 1980 e começo de 1990. Entretanto, ele é um sistema que ainda está se aperfeiçoando e que deve continuar a se reformular, visto que, apesar de ser uma política de Estado e não de governo, as políticas de saúde no Brasil mudam conforme a alternância dos partidos políticos no poder, como adverte Arretche (2005).

No próximo capítulo da tese passaremos a analisar a implantação do SUS, sua estrutura e funcionamento, e a descentralização da vigilância das doenças transmissíveis.

CAPÍTULO 3

A IMPLANTAÇÃO DO SUS E A DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

Neste capítulo abordamos o SUS com foco no processo de descentralização desse sistema de saúde. Inicialmente, o objetivo desta parte do trabalho é contextualizar e analisar de que forma o SUS foi sendo estruturado no Brasil após a sua implantação na década de 1990 e examinar, por meio da legislação, como foi sendo organizada a descentralização da vigilância epidemiológica dentro desse novo sistema.

Este capítulo também está sendo complementado com as percepções dos entrevistados (os sanitaristas/pesq. e um técnico que faz parte da DIVE/SC) sobre a descentralização do setor da saúde no Brasil. Dessa forma, este capítulo, assim como o segundo capítulo da tese, está fundamentado em documentos e embasado na experiência de alguns indivíduos que fizeram e ainda fazem parte dos fatos que propomos analisar. Consideramos essa estratégia fundamental para que possamos dimensionar como o município de pesquisa está se organizando em função das normas prescritas para a municipalização das ações da Vigilância em Saúde, com ênfase na vigilância das doenças transmissíveis.

Conforme foi apresentado no capítulo anterior, o sistema de saúde brasileiro foi se constituindo como um processo empreendido por instituições e vários atores, entre eles os sanitaristas, a partir de escolhas realizadas nas décadas anteriores e com maior ênfase a partir da década de 1960, ou seja, com a 3ª CNS, em 1963. Nessa contextualização questionamos a ideia amplamente divulgada na literatura segundo a qual o SUS, enquanto sistema de saúde, se originou a partir da 8ª CNS. Dessa forma, caracterizamos o SUS que temos hoje como parte de um processo social que os teóricos do institucionalismo histórico (IMMERGUT, 1998; SKOCPOL & PIERSON, 2002; THELEN, 1999) denominam de *path dependence* ou “dependência de trajetória” (DP).

O conceito de DP vem sendo muito utilizado nos estudos de Ciência Política. O objetivo desses estudos, segundo Fernandes (2002 p. 79), é auxiliar na “compreensão do estabelecimento de trajetórias políticas ou econômicas num dado país ou em outra unidade de análise”. São vários os autores que definem este conceito e entre eles: Kato (1996), Levi (1997) e Collier & Collier (1991). O primeiro autor define DP como sendo fatores que num momento histórico particular

“determinam variações nas sequências sociopolíticas, ou nos resultados dos países, sociedades e sistemas. Neste sentido, eventos passados influenciam a situação presente e a história conta”. Já para Levi (1997, p. 28), DP não significa simplesmente o que a história conta, como apresenta Kato (1996), mas, significa que um país “ao iniciar uma trilha, tem os custos para revertê-la aumentados. Existirão outros pontos de escolha, mas as barreiras de certos arranjos institucionais obstruirão uma reversão fácil da escolha inicial”.

Segundo Collier & Collier (1991, p. 29, 782) a DP nos remete ao conceito de momento crítico, que é definido pelos autores como “um período de significativa mudança, que ocorre de modo diferente entre países (ou outras unidades de análise) a partir das rotas estabelecidas inicialmente que demarcam a produção de legados distintos”. Esse momento crítico pode estar presente em uma situação de transição política ou econômica vivida por um país. Essa transição (política/econômica) tanto pode ocorrer dentro de um contexto revolucionário ou somente ser parte de uma reforma institucional. Para o autor o processo de mudança que ocorre a partir do momento crítico, acaba deixando um legado que leva os políticos a fazerem escolhas e tomarem decisões sucessivas ao longo do tempo, visando à reprodução desse legado. Fernandes (2002) ao analisar as definições destes autores considera que as mudanças pelas quais os países optam não são irreversíveis, já que, podem ocorrer novas opções de mudanças durante as trajetórias.

Dessa forma, ao avaliarmos o caso do sistema de saúde brasileiro em vigência podemos observar que ao longo dos anos foram sendo estabelecidas no Brasil amplas trajetórias, ora com períodos de centralização e ora com descentralização do setor da saúde. E estas foram impulsionadas por interesses e mudanças sociais, políticas e também econômicas. Essas trajetórias deixaram pontos de escolhas para futuras mudanças como as que ocorreram no Brasil e que foram comentadas no capítulo anterior da tese. Atualmente estamos num período de descentralização política e administrativa do setor da saúde. Mas, temos que admitir que o SUS, enquanto sistema de saúde descentralizado, ainda poderá assumir diferentes desenhos institucionais, tudo dependerá da trajetória dessa instituição nos próximos anos. Essa trajetória poderá ser influenciada tanto por determinações político-partidárias, quanto por determinações socioeconômicas vigentes no momento histórico do país. Mas, também poderá ser influenciada por organismos internacionais como a OMS

que, por algumas vezes, foi “responsável” por várias diretrizes na saúde da população mundial.

3.1 O CONCEITO DESCENTRALIZAÇÃO NA LITERATURA

Bobbio, Matteucci & Pasquino (2010, p. 329) ao analisarem os conceitos de descentralização, bem como o de centralização, destacam que ambas “não são instituições jurídicas únicas, mas, fórmulas contendo princípios e tendências, modos de ser de um aparelho político ou administrativo”. Portanto, na visão dos autores, são diretivas da organização do Estado. Nenhuma das duas pode existir de forma pura, isto é, ambas encontram-se sempre entrelaçadas e em relação dinâmica. Segundo os autores nem mesmo em regimes autoritários, quando o poder é extremamente centralizado, não é possível controlar totalmente uma nação. Por outro lado, a descentralização total de uma nação representaria o caos, principalmente, para nações em que vigorem vários níveis de desigualdade. Isso significa dizer que os ordenamentos jurídicos em geral apresentam-se parcialmente centralizados e descentralizados.

Os autores também destacam que estudiosos de diversas áreas avaliam que a descentralização, na forma de transferência das funções do centro para a periferia, é natural em qualquer administração que tenha ultrapassado certas dimensões, compreendendo desde a administração estatal até entidades públicas menores, assim como, entidades empresariais privadas. Mas, é claro que ela vai tomar diferentes formas dependendo das circunstâncias históricas, políticas e econômicas de cada país.

Quanto a isso, na literatura específica há autores, como Rondinelli et al (1983), que classificam a descentralização em quatro tipologias e em meio a essas tipologias os países vão se ajustando a um tipo de descentralização ou a uma combinação de dois ou mais tipos. As tipologias apresentadas pelo autor são as seguintes¹⁰⁵:

♦ desconcentração, ou descentralização administrativa, consiste no deslocamento de responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores sem que haja redistribuição do poder decisório e repasse de capacidade decisória a um ente federativo de menor escala.

♦ devolução, ou descentralização política, consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental

¹⁰⁵ Essas tipologias da descentralização estarão sendo apresentadas aqui de forma bastante resumida.

para outra de menor nível hierárquico adquirindo assim autonomia política e administrativa.

◆ delegação envolve a transferência de responsabilidades gerenciais do Estado para algumas organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais.

◆ privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada. Essa transferência geralmente ocorre pela venda de ativos públicos.

Também há autores como Lobo (1988; 1990), por exemplo, que enfatizam na literatura alguns dos princípios norteadores da descentralização, são eles:

◆ flexibilidade: entendida como "tratamento diferenciado aos governos subnacionais", ou seja, as desigualdades políticas, econômicas, técnico-administrativas e sociais (intra e extra regionais, estaduais e municipais) devem ser consideradas e tratadas de forma diferenciada. Dessa forma, não deve existir um único e fixo modelo de descentralização (LOBO, 1990 p. 8);

◆ gradualismo e progressividade: incorpora a flexibilidade e trata da adequação da descentralização às distintas realidades definidas no tempo e no espaço, permitindo que ela se consolide de forma gradual e contínua, não somente a partir de deliberações centrais, mas como resultado de processos pactuados de mudanças;

◆ transparência no processo decisório: como a descentralização trata fundamentalmente de transferência de poder, o exercício desse poder descentralizado implica em transparência, para que ele se legitime, se implemente e se perpetue;

◆ controle social: associado à transparência no processo decisório, o controle social é elemento de democratização do Estado, sendo ambos, princípios orientadores do futuro do processo de descentralização.

O conceito de descentralização do Estado já foi discutido amplamente por vários autores (ARRETCHE, 1996; 1999; GUIMARÃES, 1999; SOUZA & CARVALHO, 1999; TOBAR, 1991) e esteve presente em vários campos disciplinares. Guimarães (1999), ao realizar um balanço sobre a descentralização na literatura, cita que Penfold-Becerra (1998) faz um apanhado das disciplinas que contemplam o tema. Para ele no campo da Ciência Política a descentralização é debatida como sendo um mecanismo democrático que admite a autonomia política dos níveis locais e regionais para o aprofundamento da democratização. No campo da Ciência Econômica, ela é apresentada como uma transferência de responsabilidades das

atividades econômicas públicas para o setor privado. No campo da Sociologia a descentralização é vista como um mecanismo para a autorização da sociedade civil, cujo objetivo é aumentar a cidadania e o controle social. Finalmente, no campo da Administração Pública a descentralização se constitui de uma política para diluição do poder decisório e administrativo dentro das agências públicas centrais. Dentro dessa última perspectiva Bresser Pereira (2000) enfatiza que a descentralização é a transferência de poder de um nível mais alto de governo para os mais baixos: da União para os estados e municípios. Deriva da demanda de maior autonomia pelas regiões ou pelos governos locais, e é decidida através de um processo de negociação política. Dessa forma, a descentralização, geralmente, tem sido empregada na literatura ora como valor ideológico normativo e ora como diretriz política, instrumento de gestão.

Na maior parte das análises a descentralização se apresenta como valor ideológico e está associada com a democratização do Estado e promoção da justiça social, pois, é através dela que se ampliam (ou deveriam se ampliar) a participação social incorporando novos atores no centro do poder (SILVA, 2001). Vendo dessa forma, podemos dizer que a descentralização tenderia a promover a aproximação do Estado e da sociedade, deslocar os eixos de poder e ao mesmo tempo ampliar a responsabilidade dos cidadãos no processo decisório. No entanto, Arretche (1996) assim como Junqueira (1997), alertam que a descentralização, por si só, não pode ser considerada como sinônimo de democratização e de participação, mas, pode se constituir como um elemento de viabilização da democracia.

Ao avaliarmos a proposta da descentralização no Brasil podemos dizer que esta surgiu muito forte nas políticas sociais, sendo a área da saúde que mais apresentou reformas amplas. Constituinto um arcabouço jurídico-normativo que lhe assegura, segundo Fleury (1997 p. 4), um desenho institucional bastante consistente e adequado “tanto à ideia da centralidade do município no funcionamento do sistema, quanto à ideia de sua permeabilidade às demandas sociais”.

3.2 DESCENTRALIZANDO O SETOR DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil os processos de centralização e descentralização da área da saúde ao longo dos anos deram-se de forma cíclica, pois, configuraram-se como prática política ocorrida em alguns períodos da história, conforme foi apresentado no capítulo anterior.

O último período de descentralização do setor da saúde vem ocorrendo desde o final da década de 1980, quando o Estado resolveu abandonar o modelo centralizado, burocratizado e excludente das décadas precedentes inaugurando algumas alterações significativas na natureza das relações intergovernamentais.

A descentralização do setor da saúde, considerada como um dos princípios organizativos do SUS trata-se, segundo Silva (1996 p. 81), da redistribuição do poder político. Isto é, a “transferência do centro das decisões para outras esferas com personalidades jurídicas distintas e autoridades eleitas localmente”. Esse tipo de descentralização também é conhecido como descentralização político-administrativa que, na tipologia de Rondinelli et al (1983), seria uma combinação das formas de desconcentração e devolução. Contrariando a visão de Mendes (2001) que considera a descentralização do setor da saúde no Brasil uma combinação das formas de devolução e privatização¹⁰⁶. Mediando esse debate porque não mencionarmos que no Brasil a descentralização do setor da saúde tomou forma levando em conta os três tipos mencionados pelos autores, ou seja, desconcentração, devolução e privatização. Já que, há deslocamento de responsabilidades administrativas e repasse das capacidades decisórias aos entes federados com autonomia política e administrativa e, ainda, existe a forma de privatização da assistência médica supletiva. Sem esquecermos que a descentralização do setor da saúde “à brasileira” tem também meios de participação social na gestão do sistema. Mas, tudo isso deve ficar melhor esclarecido na próxima seção deste trabalho quando analisarmos como foi pactuada a implantação do atual sistema de saúde descentralizado no Brasil que passou a vigorar a partir da década de 1990.

No tocante a discussão na literatura específica sobre o tema descentralização do setor da saúde no Brasil é relevante enfatizarmos que, por um lado, essa descentralização é considerada um processo imprescindível para o país. Visto que, somos um país continental, complexo e desigual, no qual se manifestam diferenças culturais, econômicas, demográficas e sanitárias entre as diferentes regiões e, em cada uma delas, há uma grande variedade de grupos sociais. Daí se aplica a necessidade da descentralização como forma de viabilizar políticas públicas conforme as necessidades de cada região do país. Por outro lado, há os que consideram que o processo de descentralização, no

¹⁰⁶ Segundo Mendes (2001) a forma de privatização ocorre devido à expansão do sistema privado de assistência médica supletiva.

qual os municípios assumem as políticas públicas, pode acabar acarretando o aprofundamento das heterogeneidades. Uma vez que, nos municípios ricos a ação social do Estado é potencializada pela descentralização e nos municípios pobres a descentralização aumenta a escassez e a precariedade da prestação dos serviços públicos (ABRUCIO & COUTO, 1996). No entanto, entendemos que havendo ações planejadas intermunicipais os pequenos municípios podem vir a superar problemas que por ventura existam em consequência da descentralização.

Com a intenção de analisar como as normas descentralizadoras e a repartição das competências entre os entes federados foram sendo aplicadas no setor da saúde no cenário brasileiro, iremos expor na próxima seção o processo de implantação do sistema de saúde descentralizado.

3.3 O SUS NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE DESCENTRALIZADO

O SUS, criado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, apresenta-se composto por dois subsistemas: o público, através do SUS, e o privado constituído por dois subsetores: da saúde suplementar, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde; e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos. Sua finalidade, já na sua “concepção”, era de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibido qualquer tipo de cobrança (BRASIL, 1990). Com a sua institucionalização, a partir da Constituição de 1988, ficou claro que o sistema a ser implantado deveria ser formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

A direção do SUS é única sendo exercida no âmbito federal pelo MS; no âmbito estadual pelas SESs; e em âmbito municipal pelas SMSs, que devem ficar sob o controle dos usuários. As suas funções de regulação e financiamento são de responsabilidade exclusiva do Estado nos três âmbitos federativos. O sistema é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal que são depositados em contas especiais, isto é, os fundos de saúde (Fundo Nacional de Saúde, Fundo Estaduais de Saúde e Fundos Municipais de Saúde). Sendo que, parte dos recursos federais é

transferida a estados e municípios, assim como, parte dos recursos estaduais é transferida aos municípios (MENDES, 2001).

Por meio do SUS todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas a ele, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. São partes integrantes do SUS: os centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa. Os campos de atuação do SUS são muito amplos fazendo parte deles:

Quadro 6 – Campos de atuação do SUS

execução de ações de vigilância: sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica);
participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
vigilância nutricional e a orientação alimentar;
colaboração na proteção do meio ambiente (nele compreendido o do trabalho);
formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
incremento do desenvolvimento científico e tecnológico;
formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Fonte: Brasil (1990)

Desde sua institucionalização o SUS tem como princípios ético-políticos¹⁰⁷:

- ◆ a universalidade que garante a todos os cidadãos o direito ao atendimento, independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços necessitados;
- ◆ a integralidade que garante a todos os cidadãos ações combinadas e voltadas para a prevenção e cura não só de doenças, mas, também na diminuição de riscos e recuperação de danos;
- ◆ a equidade que garante a todos e quaisquer cidadãos o direito a atendimento conforme as suas necessidades, sem discriminação ou qualquer tipo de privilégio;
- ◆ e a participação da comunidade na gestão do SUS que foi estabelecida, depois de alguns entraves, pela Lei nº 8.142/1990. Sendo

¹⁰⁷ Apesar da Lei nº 8.080/90 no seu Artigo 7 apresentar treze princípios do SUS nós estamos destacando apenas alguns deles.

que, a participação social ocorre nos espaços públicos dentro dos Conselhos de Saúde (federal, estadual e municipal).

O SUS também é composto de princípios organizativos que são:

- ♦ descentralização político-administrativa que no Brasil é representada por uma municipalização gradual do aparelho de saúde pública;

- ♦ regionalização e hierarquização que permitem um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de certa área favorecendo a vigilância sanitária e epidemiológica;

- ♦ transversalidade que estabelece a necessidade e coerência, complementaridade e reforço recíproco entre órgãos, políticas, programas e ações de saúde;

- ♦ intersetorialidade que estabelece o comprometimento dos diversos setores do Estado, e também fora deste, com a produção da saúde e o bem-estar da população (BRASIL, 2007a).

3.3.1 O SUS e as competências administrativas dos entes federados

A Constituição de 1988 ao estabelecer a organização político-administrativa do Estado inaugurou um novo arranjo federativo¹⁰⁸, no qual os municípios passaram a ser entes autônomos, regidos por leis orgânicas próprias, elaboradas pelos seus respectivos legislativos. Com esse novo status os municípios, apesar das desigualdades (demográficas, econômicas e sociais) das regiões brasileiras, passaram a ser responsáveis pelos serviços de saúde e educação fundamental da sua população obedecendo às diretrizes da gestão federal e recebendo recursos federais.

A redefinição da competência de cada um dos entes federados, no âmbito administrativo da saúde, foi instituída pela Lei Orgânica nº 8.080/90 que estabeleceu também competências comuns a todos os entes. E ao realizarmos uma análise geral dessas competências observamos que a repartição entre os três entes federados possui um grande número de atribuições interdependentes. Ou seja, compete aos três entes federados a participação no planejamento dos sistemas de serviço e na formulação das políticas de saúde. Os três também são responsáveis pelos investimentos, pelo controle e avaliação do sistema

¹⁰⁸ O arranjo federativo brasileiro é um tema bastante discutido e que foi abordado principalmente por: Souza (2005), Arretche (1999; 2002) e Nascimento (2007).

nas suas respectivas esferas. Dessa forma, com essa divisão das competências ficaram instituídos três entes federados autônomos e interdependentes. E talvez aí tenha surgido um dos impasses da descentralização no modelo que estava sendo desenhado para a saúde, pois, como conciliar autonomia dos entes federados com interdependência. Já que, esta última poderia se transformar num limitador tanto da descentralização do setor da saúde quanto da gestão da saúde, em consequência dos conflitos que possivelmente adviriam neste novo arranjo do setor.

Uma das possíveis resoluções ocorreu, de certa forma, com a instituição de espaços permanentes de discussão, negociação e pactuação, principalmente, no que diz respeito à formulação e implementação da política de saúde. Esses espaços foram criados no início da década de 1990 e são conhecidos como Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e Comissões Intergestores Tripartite (CITs).

As CITs foram criadas por meio da Portaria GM nº 1.180 em 1991. É constituída de 15 membros e é formada paritariamente por representantes do MS, dos secretários estaduais da saúde (indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e representantes dos secretários municipais da saúde (indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais - CONASEMS). As decisões entre os membros são determinadas por consenso e não por votação. Essa instância se consolidou como um canal de debate sobre vários temas importantes. Promoveu a participação dos estados e municípios na formulação da política nacional de saúde e incentivou a interação entre gestores do SUS, das esferas de governo e unidades da federação. Além disso, são um importante instrumento na regulamentação do processo de descentralização e também na discussão sobre os mecanismos para a distribuição dos recursos financeiros federais dos SUS (NORONHA; LIMA & MACHADO, 2008).

Já as CIBs foram criadas em 1993 (pela Norma Operacional Básica de 1993). Essa Comissão também é formada paritariamente por representantes do governo estadual (indicados pelo secretário estadual de saúde) e por representantes dos secretários municipais de saúde (indicados pelo CONASEMS) e se encontra instalada em todos os estados do país. As decisões entre os membros também são determinadas por consenso e não por votação. Essa instância propiciou para os municípios: informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde; implementação dos avanços da descentralização do sistema de saúde e implementação da fiscalização

das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente, aqueles que se referem à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal. Além disso, as CIBs se mostraram como um instrumento para adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em âmbito estadual, que propiciou a formação de acordos sobre a partilha da gestão dos sistemas e serviços de saúde entre os níveis de governo (NORONHA; LIMA & MACHADO, 2008).

Dessa forma, com a implantação do SUS criaram-se competências para os entes federados na questão da saúde, foram inauguradas instâncias de pactuação; bem como, houve necessidade de criar instrumentos normativos para regular, principalmente, a transferência de recursos financeiros da União para estados e municípios e o planejamento das ações de saúde. Esses instrumentos são conhecidos como Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOASS) que foram definidas de forma pactuada entre o MS e representantes do CONASS e do CONASEMS e foram instituídas por meio de portarias ministeriais.

3.3.1.1 Um breve comentário sobre as Normas Operacionais do SUS

As NOBs são consideradas como instrumentos para: operacionalização da diretriz de descentralização das ações e dos serviços; organização da gestão descentralizada do SUS; reorganização do modelo de atenção à saúde no país; e por fim, para orientação do processo de regionalização da assistência à saúde. Durante todo o processo de operacionalização das diretrizes do sistema de saúde descentralizado foram instituídas quatro NOBs: NOB/SUS 01/91; NOB/SUS 01/92; NOB/SUS 01/93; NOB/SUS 01/96.

A primeira delas, a NOBs/SUS 01/91, se reporta aos elementos que compuseram as Leis nº 8.080 e 8.142 publicadas em 1990. A ênfase dessa norma está direcionada para os mecanismos de financiamento do SUS para os estados e municípios. Apesar dessa NOB reforçar a descentralização do setor da saúde¹⁰⁹, tendo ainda o INAMPS muito

¹⁰⁹ É importante mencionar que no Brasil, apesar de não haver divergências quanto à importância da descentralização da saúde, existem discordâncias na forma como o processo foi sendo conduzido. Segundo Silva (2001) no início da implantação da descentralização da saúde houve quem considerasse que os municípios estavam recebendo uma excessiva autonomia, enquanto outros defendiam que os municípios não tinham ainda a necessária autonomia para assumir a gestão da saúde.

ativo, foram tecidas várias críticas aos mecanismos de transferência de recursos. Mesmo assim, ela protagonizou o início da organização dos sistemas de saúde municipais.

A NOB/SUS 01/92 apresentava os seguintes objetivos: normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde (BRASIL, 2007b). Essa NOB ainda mantinha o INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados. E embora tenha avançado um pouco mais na descentralização, ainda assim, não conseguiu mudar a lógica de financiamento estabelecida na NOB anterior.

A NOB/SUS 01/93 foi editada um ano após a 9ª CNS (realizada em 1992), que tinha como tema central a municipalização da saúde. Essa NOB estabeleceu que a descentralização das ações e serviços de saúde deveria ocorrer através de três tipos de gestão municipal: a incipiente, a parcial e a semiplena, que são consideradas mecanismos para a efetivação gradual e negociada da descentralização do sistema levando em consideração as diversas realidades dos estados e municípios brasileiros (SILVA, 1996). Nesse período o INAMPS foi extinto e as suas funções, competências, atividades e atribuições passaram a ser absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal.

A NOB/SUS 01/96 foi um dos temas discutidos na 10ª CNS no ano de 1996. Essa Norma acabou se transformando num importante instrumento para consolidação do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde. De modo geral, com essa NOB ficou estabelecido que os poderes públicos estaduais e federais passariam a ser corresponsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal (Inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Assim como, mostrou que o papel tanto do gestor federal quanto do estadual e do municipal requeriam a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolveriam: informação informatizada; financiamento; programação, acompanhamento, controle e avaliação; apropriação de custos e avaliação econômica; desenvolvimento de recursos humanos; desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e comunicação social e educação em saúde (BRASIL, 1997).

Consideramos relevante destacar algumas mudanças que essa NOB proporcionou. A primeira delas é que foram substituídos os três tipos de gestão municipal, acima mencionados, por duas formas de gestão: a gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema

municipal. Aos municípios habilitados com a primeira gestão foi determinada a transferência dos recursos financeiros com base per capita relativos a esta responsabilidade, criando o Piso Assistencial Básico, que era repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta¹¹⁰.

Outra mudança importante ocasionada pela NOB/SUS 01/96, que interessa destacar neste trabalho, se refere ao estabelecimento das competências dos municípios, estados e União em relação à vigilância epidemiológica. As responsabilidades dos municípios foram descritas nas duas formas de gestão e, em ambas, ficou determinado que caberiam aos municípios à execução das ações básicas de epidemiologia, controle de doenças e ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas, como: acidentes, violências e outras.

Aos estados caberiam a cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios objetivando a realização de ações de epidemiologia e de controle de doenças; a coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar (conforme previsto na Lei nº 8.080/90); e a execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que poderiam se beneficiar da economia de escala.

Já à União ficaria responsável na reorientação e implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica; reorientação e implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas e do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica; apoio e cooperação com estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de doenças que constituíssem risco de disseminação nacional; elaboração da programação nacional pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças que constituíssem risco de disseminação regional ou nacional e que exigissem a eventual intervenção do poder federal (BRASIL, 1997).

Todas essas mudanças que acompanharam a NOB/SUS 01/96 proporcionaram um grande avanço da descentralização do setor da

¹¹⁰ Em 1997 houve algumas mudanças na NOBs 01/96 o Piso Assistencial Básico passou a ser chamado de Piso de Atenção Básica cuja abrangência foi ampliada. Assim como, em 1999 foi instituído o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças que em 2003, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, irá se transformar no Teto Financeiro de Vigilância em Saúde.

saúde. Foram criadas novas condições de gestão para os municípios e estados. Foram assinaladas as responsabilidades sanitárias e epidemiológicas do município pela saúde de seus cidadãos e também foram redefinidas as competências dos estados e municípios. Aliás, todas as NOBs apresentaram resultados positivos, ou seja, houve um incremento da oferta de serviços municipais; aumento da capacidade institucional nos estados e nos municípios e uma expressiva transferência de recursos federais para estados e municípios. No entanto, segundo Mendes (2003), essas NOBs também originaram problemas como, por exemplo: as dificuldades de gestão eficaz; a difusão das responsabilidades pela saúde dos cidadãos; o incremento dos custos de administração do SUS; a incorporação tecnológica irracional; a imposição de barreira de acesso a usuários; e a baixa qualidade dos serviços. E foi na tentativa de solucionar alguns desses problemas que foram criadas duas NOAs (NOAS/SUS 01/2001; NOAS/SUS 01/2002) cujo objetivo principal era definir o processo de regionalização da saúde ampliando as responsabilidades dos municípios na ABS.

A primeira delas, a NOAS 01/2001, tinha como finalidade principal estabelecer o “processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade” (BRASIL, 2007b, p. 112). Também era um de seus objetivos instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no distrito federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. O PDR tinha como perspectiva garantir o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços como, por exemplo: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle de doenças bucais mais comuns; e suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica (BRASIL, 2007b).

Essa NOAS instituiu também a gestão plena da atenção básica ampliada e a gestão plena de sistema municipal de saúde. Na primeira, as áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição seria: controle da tuberculose; eliminação da hanseníase;

controle da hipertensão arterial; controle da diabetes mellitus; saúde da criança; saúde da mulher; e a saúde bucal. Na segunda, gestão plena de sistema municipal de saúde, os municípios habilitados deveriam se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um termo de compromisso para garantia de acesso. Os estados também passaram a se habilitar em duas condições: gestão avançada do sistema estadual e gestão plena de sistema estadual. Essa NOAS também definiu alguns procedimentos de média complexidade com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional (BRASIL, 2007b).

Já a NOAS 01/2002 foi instituída com o objetivo de modificar alguns itens da NOAS 01/2001. Um desses itens se refere à transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços de média complexidade em regiões ou microrregiões qualificadas. Outro item que cabe mencionar é que ficou estabelecido que pertenceriam aos estados à gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade; vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública (BRASIL, 2007b).

Finalizando esta parte, destacamos que por meio tanto das NOBs quanto das NOASs, ambas consideradas instrumentos de regulação da descentralização do sistema de saúde, foi possível definir, principalmente, as formas de transferência de recursos entre os três níveis de governo e também possibilitou as modalidades de pagamento dos serviços de saúde. Entretanto, se faz necessário chamar atenção para dois fatos muito importantes inaugurados por essas Normas. O primeiro fato se refere ao direcionamento dos municípios como espaços privilegiados na gestão dos serviços de saúde. O segundo fato é de que essas Normas possibilitaram a viabilização de uma rede de serviços em saúde capaz de atuar com racionalidade sistêmica. Essas Normas estiveram em atividade até o ano 2006 quando houve a implantação do Pacto pela Saúde que será analisado mais adiante.

No momento é importante para este trabalho mencionarmos que ao mesmo tempo em que se discutia no Brasil a organização do sistema descentralizado do setor da saúde por meio das NOBS e das NOAS, foram sendo extinguidas várias instituições da administração pública federal, entre elas, a FSESP e a SUCAM, que já foram analisadas no capítulo anterior, e no lugar destas foi criada a FUNASA, por meio do Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991.

3.3.2 FUNASA: instrumento da descentralização das ações da vigilância epidemiológica

A FUNASA ao encampar a FSESP herdou toda a sua experiência na implantação das redes de serviços (ações de saúde preventiva e curativa, saneamento e educação) que são até mesmo anteriores a esse órgão, pois, começaram a se estruturar no SESP com a colaboração do governo norte-americano por intermédio do *Institute of Interamerican Affairs*. Herdou também toda a sua estrutura de serviços composta de 861 unidades de saúde, compreendendo: postos de saúde, centros de saúde e unidades mistas (BRASIL, 2004).

Passaram também a fazer parte da FUNASA alguns programas e serviços que pertenciam a outras instituições como: o Programa de Controle da Hanseníase e outras dermatoses; o Programa Nacional de Imunizações; o Plano de Ação para Erradicação da Poliomielite; o Programa Nacional de Zoonoses; o Sistema de Vigilância Epidemiológica; o Sistema de Informações sobre Mortalidade; e o Sistema de Laboratórios de Saúde Pública que pertenciam a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Assim como, os serviços de Pneumologia Sanitária e o de Dermatologia Sanitária que pertenciam a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde ¹¹¹.

Já da SUCAM (que era uma fusão do DENERU, da Campanha de Erradicação da Malária e da Campanha de Erradicação da Varíola), a FUNASA herdou toda a experiência do trabalho de campo. Inclusive, a experiência com a formação do pessoal técnico especializado; a experiência em investigações, estudos e planejamento das ações no controle e erradicação das endemias; bem como, herdou todos os dados demográficos que eram gerados pelos funcionários da SUCAM. Entretanto, cabe questionar até que ponto toda essa herança se traduziu na manutenção dos profissionais e dos serviços desenvolvidos pela SUCAM que eram considerados de alta qualidade? Essa questão se torna indispensável, uma vez que, segundo a Lei nº 8.029 de 1990, as atribuições, os acervos, o pessoal e os recursos orçamentários da FSESP, da SUCAM e os da DATAPREV (relativos às atividades de informática do SUS) tinham um prazo de 90 dias para serem transferidos para a FUNASA. Os servidores em exercício nessas instituições tinham o

¹¹¹ Ambas Secretarias foram criadas em 1976 e atuavam no nível central nacional e, apesar de disporem de poucos técnicos no seu quadro de funcionários, conseguiram implantar importantes programas de saúde pública junto às SESs e instituições técnico-científicas diversas (BRASIL, 2004).

mesmo prazo para optar por sua integração à FUNASA e caso não manifestassem essa opção poderiam ser dispensados (se ocupassem cargo de confiança) ou seriam devolvidos aos órgãos e entidades de origem (se fossem servidores) ou então seriam colocados em disponibilidade (BRASIL, 1990a).

Enquanto nova legatária da saúde pública no Brasil, a FUNASA passou a ser representada em todas as unidades federadas do Brasil por coordenações regionais. E essas deveriam desenvolver atividades de execução das ações e a operação de serviços estratégicos voltadas para suas respectivas áreas de atuação. Essas unidades regionais eram formadas basicamente por quatro áreas: planejamento, administração, operações e saneamento. Na prestação de serviços, possuíam unidades técnicas e de apoio categorizadas como: distritos sanitários, oficinas de saneamento, unidades mistas, centros de saúde e postos de saúde (BRASIL, 2004).

Embora a FUNASA tenha sido criada em 1991, já na 9ª CNS (1992) foi determinada a sua extinção e a incorporação de forma lenta e gradual dos seus serviços, equipamentos e quadro de pessoal pelas SESs e SMSs; uma vez que, passariam a ser competência dos estados e municípios grande parte dos serviços e ações da instituição.

3.3.2.1 A transferência dos recursos da FUNASA para os estados e municípios

O processo de transferência, aos estados e municípios, do gerenciamento e execução de atividades, que até então faziam parte da gestão federal, se prolongou por um período de quatro anos (1993-1996). Nesse espaço de tempo foram descentralizadas 425 unidades de saúde (postos, centros de saúde e unidades mistas). Sendo que, no ano de 1997 essa descentralização foi interrompida em consequência da falta de definições de regras de financiamento para a transferência desses serviços aos gestores municipais ou estaduais.

Em 1998, com a consolidação das normas operacionais do SUS e o estabelecimento das competências dos entes federados no sistema de saúde, foram propiciadas as condições necessárias para a retomada das transferências das demais unidades que ainda estavam sob a responsabilidade da FUNASA. Assim como, a transferência de toda a estrutura de recursos humanos e materiais que faziam parte da instituição (BRASIL, 2004).

Dessa forma, foi no final da década de 1990, que passou a ser garantido aos estados e municípios o repasse dos recursos financeiros,

materiais e tecnológicos. Inclusive, os trabalhadores da FUNASA foram transferidos e tudo deveria passar a ser administrado pelo gestor local, sob o controle dos recém-formados Conselhos de Saúde. No entanto, essa transferência deveria obedecer às competências e responsabilidades dos três entes federados e estes deveriam preservar os direitos dos usuários e dos trabalhadores transferidos da FUNASA. Cabendo aos gestores locais a garantia do vínculo empregatício e dos direitos trabalhistas até a regularização da situação funcional dos trabalhadores, que deveria ocorrer por meio de concurso público. Dessa forma, os estados e municípios deveriam ir agregando, gradualmente, aos seus serviços às atividades pertinentes a FUNASA, em especial, as atividades de vigilância epidemiológica que se baseava nas ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis.

Entretanto, na época da transferência das atividades da FUNASA surgiram vários problemas. Um desses problemas se refere ao despreparo dos estados e municípios para assumir as ações de vigilância epidemiológica que eram, e ainda são, muito mais complexas do que as ações referentes à ABS, as quais, os estados e também os municípios encontravam-se um pouco mais habilitados:

(...) não era experiência dos estados, a não ser São Paulo que tinha a SUCEN, e muito menos era experiência dos municípios trabalhar com atividades que eram executadas ao nível das residências, das pessoas ou ao nível do ambiente de trabalho. Eram trabalhos de campo mesmo.

Esses trabalhos de campo, mencionados por **RENOIR**, eram aqueles realizados pelos guardas sanitários e pelos sanitaristas nas instituições como a SUCAM, a FSESP e posteriormente a FUNASA, e que foram comentados no capítulo anterior, e se constituíam em: trabalhos de reconhecimento geográfico; levantamento de áreas endêmicas para estabelecer critérios para o combate das endemias; borrifação das casas contra malária, chagas e outras doenças; busca de casos; e vacinação nas áreas endêmicas.

Além desse despreparo estrutural, havia também as precárias condições financeiras dos estados e dos municípios que prejudicavam a manutenção, no seu staff, dos funcionários transferidos da FUNASA. Conseqüentemente, segundo **RENOIR** muitos funcionários transferidos acabaram desistindo dos cargos. Os que permaneceram com o tempo foram se aposentando sem que houvesse novas contratações. Esses fatos acabaram determinando o esvaziamento nos estados e municípios de técnicos altamente especializados (entre esses os sanitaristas e também

os guardas sanitários) no combate, controle e prevenção das doenças transmissíveis. O que de certa forma, colaborou para que os estados e municípios, por um lado, negligenciassem as ações da vigilância epidemiológica e, por outro lado, concentrassem seus esforços na assistência médica curativa. Dessa forma, cabe no momento levantarmos mais uma questão: atualmente, com a municipalização da saúde já consolidada no Brasil, qual é a situação da vigilância epidemiológica nos municípios do estado de Santa Catarina?

Por fim, mesmo com toda a transferência, até o ano de 2003 a FUNASA ainda se ocupava em dar apoio às SESs na organização do sistema que priorizava a vigilância de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos) e de contaminantes ambientais, químicos e físicos, que interferem na qualidade da água, ar e solo, e os riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes com produtos perigosos. No âmbito da Engenharia de Saúde Pública, a FUNASA ainda atuava na promoção à saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, especialmente em municípios de pequeno porte e em áreas indígenas. Somente com a reorganização do MS, em 2003, que a FUNASA passou a atuar, principalmente, na Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas e Saneamento Ambiental.

3.3.3 O SUS e a efetivação do Pacto pela Saúde

Em 2003, um ano após a institucionalização da última NOAS, o CONASS solicitou ao MS uma revisão dos processos normativos do SUS. O órgão alegava, entre outras coisas, que o processo de financiamento do SUS necessitava considerar a ampla diversidade e diferenças do país sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de: promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental. Bem como, sustentava que a construção de uma nova política de alocação de recursos federais, visando à redução das desigualdades macrorregionais e interestaduais, era necessária para contribuir com a garantia dos princípios constitucionais do SUS (BRASIL, 2006a).

De acordo com Machado et al (2009), o MS ouvindo a solicitação do órgão organizou em 2004 uma oficina, denominada Agenda do Pacto de Gestão, da qual participaram os representantes do CONASS, CONASEMS e MS. Essa oficina tinha como objetivo iniciar a discussão sobre a revisão do processo normativo do SUS e estabelecer as

diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais no processo de gestão do SUS.

O resultado dessa discussão se traduziu num documento contemplando os pactos firmados entre os três gestores do SUS no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde. Esse novo pacto, denominado Pacto pela Saúde e publicado em 2006, é um compromisso público entre os gestores no qual assumem o enfrentamento de desafios e consolidação dos avanços no fortalecimento do sistema de saúde. Esse compromisso deve ser revisado anualmente tendo como prioridade às necessidades de saúde da população. Segundo Machado et al (2009), esse novo Pacto extingue todo o processo de habilitação para estados e municípios conforme estava definido nas NOBs e nas NOASs que visavam à operacionalização do sistema.

O novo Pacto pela Saúde está organizado em três dimensões: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. E estes visam qualificar a gestão pública do SUS para “maior efetividade, eficiência e qualidade, e implicam em mudanças na descentralização, regionalização, mecanismos de gestão regional e no financiamento do SUS” (MACHADO et al, 2009 p. 181).

De acordo com o documento das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), o Pacto pela Vida estabeleceu um conjunto de compromissos prioritários, com metas pactuadas para a redução da mortalidade infantil e materna; o controle das doenças emergentes ou endemias, como a dengue e a hanseníase; e a redução das vítimas por câncer de colo de útero e da mama. Este Pacto tem como diretrizes: estabelecer a Política Nacional de Saúde do Idoso; elaborar e implantar uma Política Nacional de Promoção da Saúde; e consolidar a ABS tendo como prioridade o PSF.

O Pacto em Defesa do SUS passou a ter como uma de suas finalidades aproximar a sociedade do SUS e mobilizá-la para melhorar o sistema. Alguns dos instrumentos já aprovados nesse sentido foram a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e o estreitamento das relações entre o sistema e os movimentos sociais ligados à saúde e à cidadania. No entanto, outra meta muito importante deste Pacto é a regulamentação

da Emenda Constitucional nº 29¹¹² que a cada cinco anos deve ser revista pelo Congresso Nacional.

Finalmente, o Pacto de Gestão do SUS passou a oferecer maior efetividade às responsabilidades sanitárias de cada ente federado (União, estados e municípios) nas seguintes áreas:

Quadro 7 - Áreas de responsabilidades sanitárias dos entes federados – Pacto de Gestão/SUS

descentralização: aprofundamento do processo de descentralização das ações de saúde e dos processos administrativos relativos à gestão, com ênfase na descentralização compartilhada;

regionalização: definição de recortes regionais de assistência à saúde (regiões de saúde) a partir das realidades locais não considerando apenas um desenho nacional único. A organização da região de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;

financiamento: transferência de recursos federais para estados e municípios estruturado em cinco blocos. Tanto a União quanto os estados devem utilizar, preferencialmente, a forma de repasse fundo a fundo;

planejamento: eixo estruturante da relação entre os gestores. Busca pela pactuação tripartite das bases funcionais para construir um sistema de monitoramento e avaliação, bem como promover a participação social e a integração intra e intersetorial;

programação pactuada integrada: planejamento de ações de saúde em cada território que vai nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores;

regulação: a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme o desenho da rede de assistência pactuada entre os gestores e os termos de compromisso de gestão;

participação e controle social: comprometimento dos gestores em: apoiar a estruturação dos Conselhos de Saúde, das Conferências, dos movimentos sociais e da capacitação dos conselheiros; estimular a participação dos cidadãos nos serviços de saúde; apoiar a implantação de ouvidorias nos estados e municípios;

gestão do trabalho: construção de uma política de recursos humanos para o SUS que busque a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Desenvolvimento de ações voltadas à adoção de vínculos de trabalho com vistas à garantia dos direitos sociais e previdenciários;

educação na saúde: considera a educação permanente como parte essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS.

Fonte: Brasil (2006b)

Em linhas gerais, com o Pacto de Gestão ficou reafirmado entre os entes federados que os municípios seriam responsáveis: pelas ações de promoção, proteção e serviços de Atenção Primária à Saúde da sua

¹¹² A Emenda Constitucional nº 29 foi aprovada em 2000 e definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu regras para o período de 2000 a 2004. Sendo que, no fim desse período a Emenda deveria ser regulamentada por Lei Complementar, que deve ser reavaliada a cada cinco anos. A última revisão da Emenda 29 foi realizada em 2011 e ficou determinado que Estados devem investir, no mínimo, 12% da receita em serviços públicos de saúde e para os municípios o mínimo é de 15%.

população; pelo gerenciamento de toda a rede pública de ABS; e também, pela gestão e execução das ações de Vigilância em Saúde¹¹³ (as ações de vigilância ambiental e epidemiológica), realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e as pactuações estabelecidas. O financiamento dessas ações caberia às três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), sendo que, os mecanismos de transferência seria o fundo a fundo entre gestores. O repasse federal passou a se organizar em blocos, quais sejam: ABS; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS (BRASIL, 2006b). O Pacto Também instituiu que os municípios passariam a ser os responsáveis por alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão no âmbito local dos sistemas de informação, incluindo, o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), que será melhor detalhado no próximo capítulo da tese. É relevante mencionarmos que com a criação da Política Nacional de Atenção Básica, também em 2006, ficou prescrito que os municípios que não alimentassem os vários bancos de dados, poderiam ter o repasse dos recursos suspensos (BRASIL, 2006).

Com o Pacto de Gestão foi introduzido que caberia aos estados dar apoio técnico, político e financeiro as ações de Vigilância em Saúde conforme as normas vigentes e as pactuações estabelecidas¹¹⁴. Deveriam também operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como, assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

À União caberia coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da Vigilância em Saúde que exigissem ação articulada e simultânea entre os estados, distrito federal e municípios. E também dar apoio técnico e financeiro aos estados, ao distrito federal e aos municípios para que estes pudessem executar com qualidade as ações de Vigilância em Saúde, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas. Ficaria a cargo da União desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como, assegurar a divulgação de informações e análises. Monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, pelo distrito federal, estados e pelo gestor federal, incluindo, a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.

¹¹³ A Vigilância em Saúde será apresentada em detalhes no próximo capítulo desta tese.

¹¹⁴ O financiamento da Vigilância em Saúde segundo o Pacto de Gestão estará sendo apresentado no próximo capítulo.

Finalizando essa parte, destacamos que todas essas novas responsabilidades acordadas no Pacto de Gestão do SUS visam uma maior autonomia dos estados e municípios, no que diz respeito, aos processos normativos do SUS (re)definindo as responsabilidades sanitárias de cada esfera de governo; e assim, clareando as atribuições de cada um e contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada. No que diz respeito à execução das ações de vigilância das doenças transmissíveis, que é do interesse desta pesquisa, fica claro que são de inteira responsabilidade dos municípios. Entretanto, devem ser estabelecidas pactuações entre os estados e os seus municípios quanto à definição das ações a serem executadas pelos municípios e as metas a serem alcançadas. Sendo assim, cabe aqui formularmos mais algumas questões que na medida do possível iremos responder nos próximos capítulos deste trabalho, quais sejam: como está sendo organizado no estado de Santa Catarina o Pacto pela Saúde? Quais são os problemas prioritários e as metas a serem atingidas pelo estado em 2011 em relação à vigilância das doenças transmissíveis? Quais ações devem ser desenvolvidas pelos municípios em relação à vigilância das doenças transmissíveis? Como os municípios estão se estruturando para alcançar as metas pactuadas em relação à vigilância das doenças transmissíveis?

3.3.4 O SUS e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Conforme foi apresentado no capítulo anterior, o modelo de ABS começou a ser debatido no Brasil por influência da Conferência de Alma-Ata realizada em 1978. O debate sobre a ABS esteve presente na Reforma Sanitária que apontava para um modelo de atenção universal e descentralizado. Dessa forma, com a implantação do SUS e a definição dos seus princípios e diretrizes foi sendo adotado, inicialmente, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), em seguida o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e, por fim, o PSF como estratégias prioritárias para a reorganização do modelo de ABS.

Apresentando um pouco desses programas temos como pioneiro o PNACS que se iniciou em 1991 somente na região nordeste do Brasil como forma de diminuir as elevadas taxas de morbimortalidade. Depois foi implantado na região norte, em caráter emergencial, para fazer frente à grande epidemia de cólera instalada na região. A abrangência do programa estendia-se para a cobertura dos sistemas públicos de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, tendo como prioridade a população materno-infantil. O objetivo geral do PNACS era capacitar a

população no cuidado com a saúde através dos agentes comunitários de saúde (ACSs) (SILVA & DALMASO, 2002).

Em 1992 o êxito do PNACS fez com que ele deixasse de ser um programa nacional e passasse a ser um convenio entre a FUNASA e as SESs, passando a denominar-se PACS. O convenio era para repasse de recursos para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, de um salário mínimo mensal aos ACSs. O programa, instituído e regulamentado em 1997, foi sendo aderido pelos estados da federação de forma gradual. Na ótica de Dal Poz & Viana (2005 p. 231) o PACS acabou se transformando no “braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde”; e serviu de instrumento para a formulação do PSF.

O objetivo do PSF na sua implantação, conforme Silva & Dalmaso (2002), era melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade que incluísse desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças. Para isso o PSF trouxe como inovação a deslocação da figura central do médico de família para as equipes de caráter multidisciplinar e multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS).

O PSF é considerado uma estratégia de reorganização da ABS da família que se originou como um programa de Estado. Entretanto, reforçando a descentralização do setor da saúde no Brasil, passou a ser de responsabilidade do município recebendo apoio das SESs e do MS. Atualmente o PSF continua a ser implantado, mas, não mais como um programa e sim como uma estratégia, Estratégia de Saúde da Família. De acordo com Corbo & Morosini (2005) a mudança de denominação ocorreu a partir de 1996, quando o MS iniciou o rompimento do conceito de programa, vinculado à ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar o conceito de estratégia por considerar este mais apropriado a reorientação da atenção à saúde no Brasil.

Em princípio, tanto o PACS quanto o PSF são considerados a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde público brasileiro que tem como vantagem principal um acompanhamento longitudinal da saúde do cidadão, da sua família e da sua comunidade. Outra vantagem é a integralidade do cuidado que pressupõe um conceito amplo de saúde que leva em conta as necessidades biopsicossociais e culturais do indivíduo. Já que a ABS, na forma como está constituída no país, prevê uma atuação interdisciplinar das equipes de saúde. Entretanto, essas vantagens não asseguram uma melhor qualidade de vida aos indivíduos,

pois, qualidade de vida demanda ações intersetoriais, ou seja, ações coordenadas com outros setores da vida pública nacional como, por exemplo: educação, habitação e meio ambiente. Grisotti (1998, p. 53) na década de 1990 já destacava que sem essa articulação entre os vários setores poderia ocorrer a “justaposição de esforços em algumas áreas aumentando a escassez de recursos em outras”. E o resultado de todo esse processo desarticulado poderia ser “visualizado no desperdício de recursos e na baixa eficácia e resolutividade dos diversos programas sociais”.

Ressaltamos que a trajetória tanto do PNACS quanto do PACS e do PSF, que nasceram como programas de Estado na década de 1990, colaboraram para o processo de descentralização da área da saúde se transformando em instrumentos de (re)organização dos modelos locais de saúde. Bem como, colaboraram na (re)orientação do modelo médico-assistencial e do modelo de ABS no Brasil que inclui, entre outras tarefas, o monitoramento, o controle e a prevenção das doenças transmissíveis.

Atualmente o PACS e o PSF (ESF) ¹¹⁵ continuam a existir no Brasil. Entretanto, tendo em vista a necessidade de revisar e adequar a ABS às normas nacionais considerando, inclusive, os princípios e diretrizes propostos no Pacto pela Saúde, o MS resolveu aprovar, por meio da Portaria nº 648 em março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica. Essa nova Política vem estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a (re)organização da ABS para o PSF e o PACS. Com a nova PNAB a ABS passou a ser definida como sendo:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem

¹¹⁵ É interessante destacarmos que até fevereiro de 2010, dos 5565 municípios brasileiros somente 304 (5,46%) municípios ainda não tinham o PSF como carro chefe da ABS e a maioria destes municípios se localizavam na região norte do país.

essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

De acordo com a PNAB a ABS passou a ter os seguintes fundamentos:

Quadro 8 - Fundamentos da ABS - 2006

possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

estimular a participação popular e o controle social.

Fonte: Brasil (2006, p. 23)

Enfatizamos que faz parte dos fundamentos da ABS a prevenção de agravos e a Vigilância à Saúde (epidemiológica e ambiental). Entretanto, as ações de ABS em todo o território nacional ficaram limitadas em: eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial; controle do diabetes mellitus; eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança, da mulher e do idoso; a saúde bucal; e a promoção da saúde. Enquanto que as doenças transmissíveis que afetam os brasileiros como, por exemplo, chagas, malária e esquistossomose, deveriam ser definidas como de ABS de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs (BRASIL, 2006).

Nesse caso, é de se supor que devido a grande demanda no controle das doenças destacadas e promoção da saúde, os estados e

municípios deixaram de lado várias outras doenças transmissíveis. Mesmo porque, além da demanda, os recursos humanos e materiais e o próprio conhecimento técnico disponível nesses entes federados é em grande parte voltado para essas intervenções. Daí as ações dos gestores estaduais e municipais negligenciarem na ABS a prevenção das doenças transmissíveis que exigem investimentos, inclusive, em outras áreas como: saneamento, habitação e educação.

Por tudo isso a ABS no Brasil acabou sendo centrada no PACS e no PSF, sistematizada na promoção da saúde, no controle de algumas doenças citadas acima e muito pouco na prevenção de doenças transmissíveis. Ficando estas últimas como de responsabilidade das unidades de vigilâncias em saúde que fazem parte dos estados e, principalmente, dos municípios e que devem atuar tendo o PACS e o PSF como aliados na prevenção, combate e controle das doenças transmissíveis. Mas, isso já é assunto para o próximo capítulo.

3.4 O IMPASSE NA DESCENTRALIZAÇÃO DA ABS E DO CONTROLE E COMBATE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, SEGUNDO AS PERCEPÇÕES DOS SANITARISTAS/PESQUISADORES ENTREVISTADOS

Devido à centralidade do binômio centralização e descentralização na história das políticas de saúde e de suas consequências no controle das doenças transmissíveis, analisamos, neste capítulo, as percepções dos cinco sanitaristas/pesq. entrevistados sobre o sistema de saúde descentralizado no Brasil. Ao longo da seção será possível notar nos seus discursos que eles não se mostram radicalmente contrários à descentralização. No entanto, os entrevistados apontam algumas consequências não previstas da decisão política da descentralização.

Notamos que **RENOIR** foi bastante enfático ao fazer sua análise e se posicionar a favor da descentralização da área da saúde, inclusive, a favor da descentralização do controle e combate das doenças transmissíveis:

Olha é o seguinte, eu não quero ser nostálgico porque é inviável qualquer proposta de centralização da execução por parte do governo federal. Eu acho uma proposta política inviável. Por outro lado, hoje nós não temos apenas uma delegação de responsabilidades do nível federal para o nível municipal. Hoje esse trabalho é corresponsabilizado. Existem funções bem definidas para o nível central como: capacitação

de pessoal, normatização, abastecimento de insumos, medicamentos, kits diagnósticos, equipamentos, transportes, veículos. Funções bem definidas para o estado e funções executivas para os municípios. Então hoje eu acho que nós caminhamos para uma corresponsabilização no controle das endemias. É claro que o regime centralizado, militarizado, hierarquizado, supervisionado, é uma experiência muito importante. É uma experiência, que entre aspas, foi citada como exemplo pelo Banco Mundial, mas, que não teve sustentação política com a Nova Constituição. Então eu acho que o que nós temos no momento, nosso desafio não é voltar a SUCAM ou a FSESP. Mas, é canalizar nossos esforços para um aprimoramento do desempenho do nível municipal por meio não de uma ligação direta do ministério com os municípios. Mas, com uma mediação importantíssima dos estados. (...) Eu acho que nós temos que fortalecer essa instância estado, para que eles consigam melhorar o desempenho dos municípios. (...) Porque eu digo para a senhora que é um caminho sem volta. Eu não posso alimentar mais a exigência de um programa vertical centralizado, disciplinado, hierarquizado como existia no passado, inclusive, as leis trabalhistas. Aconteceram muitas coisas nesse período que tornam politicamente inviável uma aspiral, um retorno ao passado.

RENOIR ainda avalia que a extinção de instituições como a SUCAM e a FSESP, que centralizavam todas as operações que diziam respeito ao controle e combate das doenças transmissíveis, foi um dos fatores que colaborou para a “*desmonopolização do conhecimento da epidemiologia e controle das doenças*”, que anteriormente estavam nas mãos de alguns e hoje com a descentralização uma gama muito maior de pessoas e instituições estão abraçando este saber, estão trabalhando, pensando e buscando soluções para os vários problemas localizados.

Outro entrevistado, **GOYA**, também concorda com a descentralização da área da saúde, seja em relação à ABS seja no controle e combate das doenças transmissíveis. Quanto a essa última ele menciona que os municípios estão amadurecendo, mas, essa descentralização é um processo lento que exige dos municípios uma estrutura que muitas vezes não estão preparados para a sua implantação, principalmente, em consequência das poucas verbas destinadas a Vigilância em Saúde dos municípios menores. Quanto a isso é interessante mencionarmos que as verbas para a Vigilância em Saúde

são destinadas dependendo de uma série de dados geográficos e sociais dos municípios.

Isso nos leva a crer que a falta de verbas, muitas vezes, obstruem a contratação, por exemplo, de indivíduos especializados em saúde pública, que podem ser considerados os mais aptos para a organização dessa área nos municípios. Sendo assim, na maioria das vezes, por obrigatoriedade, os municípios acabam montando seu staff em Vigilância em Saúde, mas, sem ter um especialista que possa dar suporte aos serviços e ações referentes às doenças transmissíveis que devem ser realizadas em âmbito local.

Já **MIRÓ** se mostra a favor da descentralização da ABS, se opondo a descentralização do controle de vetores. Isso porque ele considera que os municípios não têm competência técnica para tal tarefa. O que de certa forma corrobora com a conjectura citada acima. Além disso, ele avalia que há um clientelismo político muito acirrado em alguns municípios que compromete o uso dos recursos públicos na saúde.

DALÍ concorda com **MIRÓ** quando se trata da descentralização do atendimento médico. Nesse caso ele considera a descentralização adequada. No entanto, ele argumenta que na questão do controle e combate das endemias tem que haver uma ação nacional, ou seja, *“o combate tem que ser centralizado, feito ao mesmo tempo com as mesmas normas”*. Quanto a isso, destacamos que o Pacto pela Vida estabeleceu um conjunto de compromissos prioritários com metas pactuadas, entre as instâncias federal, estadual e municipal, inclusive, para o controle das doenças emergentes ou endemias. Dessa forma, atualmente o sistema de saúde prevê uma corresponsabilização no controle das endemias. Além disso, o MS continua coordenando os programas nacionais específicos (tuberculose, hanseníase, dengue, malária) que estabelecem diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas. Talvez a necessidade hoje seja o *“fortalecimento das estruturas estaduais e municipais para tentar resolver o grande problema de recursos humanos no controle de doenças endêmicas”* (**RENOIR**).

MONET se manifestou completamente a favor da descentralização do setor da saúde. No entanto, na entrevista ele não deixou clara a sua posição quanto à descentralização do controle e combate das endemias, mesmo tendo sido questionado quanto a isso:

Para mim, a descentralização foi benéfica, por quê? Porque ela isola o município no caminho da federalização. Cria os Conselhos Municipais de Saúde que, funcionando ou não, eram criados. E com o tempo eles começaram a dar força a

eles. De maneira que onde o Sistema Único de Saúde é implantado ele funciona muito bem. E onde ele não funciona, onde ainda não se implantou, a política da saúde está fazendo com que ele se implante. De maneira que você pega, você é de Santa Catarina que é um estado organizado, eu sou do [...]”¹¹⁶ que é um estado muito desorganizado. Mas, por exemplo, eu tenho uma pesquisa no município chamado [...], eu nunca pensei que aquele município pudesse num determinado momento ter 20 médicos, 25 enfermeiros, 180 agentes comunitários de saúde, quer dizer se isso fosse bem gerido seria uma revolução. 20 médicos num município, 25 enfermeiros, um projeto de Estratégia de Saúde que ajuda a descentralizar muito mais a atenção. Isso é uma revolução que se a gestão for boa, puxa, isso faz muita coisa. Então, como a gestão não é boa, como os profissionais também não estão totalmente empenhados nessa questão, quer dizer a reforma se arrasta. A gente se consola dizendo o seguinte: “puxa, a reforma italiana que é um país europeu civilizado e tal demorou 30 anos, a nossa começou em 1990, vai fazer 20 anos agora, já deu saltos de qualidade importantes. Então acho que nesses próximos 10 anos ela se consolida”.

O entrevistado menciona que num município pequeno, localizado numa região brasileira considerada pobre, o sistema de saúde, na forma como está implantado, significa uma revolução que conduz o município numa melhora da saúde da população. Por outro lado, ele também menciona que a gestão no Brasil é um problema a ser sanado. Ele também faz notar que há falta de interesse e comprometimento dos profissionais da saúde para com a saúde da população local.

GOYA, ao se pronunciar quanto à gestão, nos remete ao desinteresse político-partidário pelas políticas de saúde no Brasil. Partidos estes que, na maioria das vezes, não têm programas para a área da saúde, nem mesmo se propõem a discutir os problemas nesta área: *“os partidos não têm programa, não discutem isso (políticas de saúde), perdem a oportunidade nas eleições. Isso é uma contradição enorme no Brasil”*.

Finalizando, é importante destacarmos que parte das reflexões apresentadas aqui mostram que os sanitaristas/pesq. entrevistados concordam que a descentralização do setor da saúde é importante para o Brasil, principalmente, quando se trata da ABS. No entanto, dois deles

¹¹⁶ Usamos este artifício, [...], para que não houvesse o reconhecimento do autor dessa fala.

relataram que essa descentralização não é apropriada para o controle e combate das endemias. Dessa forma, não houve um consenso entre os entrevistados sobre esse tema. Entretanto, observaremos na próxima subseção que todos os entrevistados concordam quanto aos aspectos positivos e as fragilidades/limitações da descentralização do setor da saúde no âmbito do SUS.

3.4.1 As percepções dos entrevistados quanto aos aspectos positivos e as fragilidades da descentralização do sistema de saúde

Numa segunda parte da análise das percepções dos sanitaristas/pesq. entrevistados e do técnico da DIVE/SC, enfocamos o que eles relataram sobre os aspectos positivos e as fragilidades da descentralização. Sendo assim, optamos por resumir essas percepções num quadro analítico e em seguida comentamos alguns pontos, que segundo os entrevistados, têm uma relação intensa com as fragilidades da descentralização do setor da saúde. Lembrando que não serão abordados todos os dados apontados pelos entrevistados, visto que, alguns deles já foram analisados ao longo deste capítulo e dos capítulos anteriores desta tese, outros ainda serão enfatizados no decorrer do trabalho.

Quadro 9 - Aspectos positivos e as fragilidades da descentralização do sistema de saúde segundo as percepções dos entrevistados

ASPECTOS POSITIVOS	FRAGILIDADES
autonomia dos municípios para agir conforme suas demandas; distribuição das competências dos entes federados na questão da saúde; criação das instâncias de pactuação e negociação entre os entes federados;	atrelamento dos secretários municipais de saúde as políticas partidárias; subvalorização do papel dos estados na saúde; insuficiente assessoria técnica aos municípios; falta de supervisão técnica e administrativa; falta de capacitação dos gestores estaduais e municipais; ausência de um sistema de metas a serem cumpridas pelos gestores municipais; falta de um sistema centralizado de fiscalização de metas;
desenvolvimento dos Conselhos em que a população tem a chance de participar no planejamento e controle da execução das políticas de saúde; maior aproximação do sistema de saúde com o cidadão; mais informação sobre os direitos em saúde da população; pequena melhoria no controle social;	precisa haver um maior fortalecimento dos Conselhos de Saúde no exercício do controle social; há ausência da participação do corpo técnico nas Conferências e Conselhos de Saúde; há pouca representatividade dos deputados e senadores nas Conferências e Conselhos; há falta de fiscalização do Conselho Nacional de Saúde nas ações de saúde, nos programas sociais; cooptação de alguns Conselhos Municipais de Saúde pelos gestores municipais; falta de conscientização da população em participar dos Conselhos;

continua

ASPECTOS POSITIVOS	FRAGILIDADES
melhora na transferência de recursos para os estados e municípios; corresponsabilidade dos três entes federados no financiamento da saúde;	pouco investimento por parte dos estados e municípios na formação e desenvolvimento de capacitação de recursos humanos; falta de supervisão técnico-administrativa do MS quanto ao emprego dos recursos em saúde; falta de supervisão dos estados em relação ao emprego dos recursos municipais; falta de mecanismos de controle que possam evitar desvios de recursos; uso de clientelismo partidário no que diz respeito às ações e recursos na saúde;
expansão da oferta de serviços; melhoria do acesso aos serviços; melhoria das vacinações, principalmente, das doenças imunopreveníveis;	problemas na assistência médica em relação à média complexidade; deficiências no sistema de referência e contrarreferência ¹¹⁷ ; administração hospitalar precária;
expansão dos serviços de saúde municipais.	deslocamento/demissão de pessoas capacitadas em determinadas atividades para outras em consequência da mudança de gestor; falta de plano de cargos e carreira para os profissionais da saúde; baixos salários para o pessoal da saúde; necessidade de trabalho em saúde em tempo integral; incipiência na integração das secretarias de saúde com outros setores governamentais; fluxo entre ABS (realizada pela medicina generalista) e o encaminhamento para serviços de alta complexidade.

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas realizadas pela pesquisadora (2010; 2011)

O primeiro aspecto a ser analisado é a comentada falta de capacitação do pessoal que está vinculado à saúde nos municípios, inclusive, dos gestores:

Então, acho que a descentralização passa pela mínima competência dos gestores, sua sensibilidade social, seu grau de informação. E eu também reconheço que às vezes um secretário de saúde é um enfermeiro ou é um dentista do pequeno município que não tem outra pessoa para ser. E que ele também não recebeu formação nenhuma para estabelecer prioridades e aí as prioridades ficam sendo as de varejos e as de sempre. É: quem que vai pagar o enterro; quem que vai pagar a internação de não sei quem; e como é que vai telefonar para arranjar GIH (guia de internação hospitalar). E naturalmente a prevenção vai ficando um pouco na contra mão (GOYA).

¹¹⁷ Referência é o trânsito do paciente de um nível de menor complexidade (unidade de saúde) para um de maior complexidade (hospital). Já a contrarreferência é o contrário, é o trânsito do paciente do nível de maior complexidade (hospital), para o de menor complexidade (unidade de saúde).

E da dependência da visão e atuação sistêmica do gestor na eficácia das políticas de saúde, conforme destaca **GOYA** nesta narração:

(...) tem exemplos bonitos disso, por exemplo, cidade pobre de [...], importante, teve um secretário de saúde que tinha uma visão mais centrada, mais coerente. Era médico, epidemiologista, homem de atenção à saúde, era um homem de atenção secundária e terciária, mas, ele tinha inserção na atenção primária. Quando ele entrou no município a primeira coisa que ele fez foi ver a mortalidade infantil. E achou a mortalidade infantil ótima, 17 ou 18, está beleza. Só que, ele desagregou os dados e viu por regiões do município que a média era 17, mas, tinha lugar que tinha 48. Então ele focou nos lugares que tinham 48, que tinham 36 e foi estudar o que era que tinha ali e aí começou a entender os problemas: falta de água, saneamento, má atenção médica, falta de cobertura, essas coisas todas e passou a investir nisso.

Ao interrogarmos **TÂNTALO** sobre a capacitação dos profissionais da saúde no estado de SC ele comenta que: *“Nos últimos anos a média nossa aqui (em SC) é em torno de 4 a 5 mil técnicos capacitados anualmente em todas as áreas da saúde”*¹¹⁸. Nesse caso questionamos: será que esse número de capacitação oferecida anualmente na área da vigilância epidemiológica é suficiente para suprir as necessidades do estado? E que tipo de capacitação está sendo oferecida aos profissionais? Vamos tentar responder essas questões com a realização do estudo de caso num município de SC.

TÂNTALO também menciona que a escolha do gestor da saúde *“interfere diretamente na qualidade do serviço de saúde, do SUS”*. Nesse caso o entrevistado está se referindo *“a escolha da gestão por critérios políticos partidários”*. Ele ainda menciona que foi realizado um levantamento no estado para verificar quantos dos gestores são capacitados na área da saúde: *“Olha a gente fez um levantamento recentemente, até porque eu estava preocupado com essa queda da qualidade do serviço, mas, hoje tem em torno de 40%, 45% dos gestores municipais que não são da área”*. Apesar do entrevistado considerar esse percentual razoável, acreditamos que ainda assim, há falta de gestão capacitada ou profissionalizada que não é um problema somente da gestão municipal,

¹¹⁸ Segundo dados da DIVE/SC os profissionais capacitados nas diversas áreas da vigilância epidemiológica em SC no ano de 2003 atingiu o número de 3.177; em 2004 foram 6.255; 2005 um total de 4.966 e 2006 houve 4.047 capacitações. (SANTA CATARINA, 2007).

pois, segundo Paim & Teixeira (2007), esse fato está presente em todos os níveis na gestão do sistema de saúde, seja na área de planejamento, controle ou regulação e gestão de recursos e serviços, ou ainda pela persistência do clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema de saúde.

Quanto a isso, é interessante destacarmos a indignação de **MONET** sobre as práticas clientelísticas na gestão em saúde comparando com a gestão na educação: “(...) *Por exemplo: na educação você não pode botar diretor de colégio ninguém que não seja professor. Mas o secretário da saúde pode colocar o filho do prefeito, a mulher do prefeito, ou aqueles que não entendem absolutamente nada*”. Inclusive, o entrevistado relatou um caso em que ele foi enviado pelo MS para uma cidade do nordeste brasileiro para entender o que estava acontecendo no local, uma vez que, o município apresentava incidência de malária desproporcional ao número de habitantes. E ao convidar o gestor da saúde municipal para fazer parte de uma reunião com a comunidade para falar sobre o problema este se recusou a ir:

(...) tinha visitado a secretária e fui convidar: “olha queria que a senhora fosse na reunião porque agora nós vamos definir algumas questões”. Ela virou para mim e disse assim: “Dr. pelo amor de Deus não me leve, eu não posso participar dessa reunião”. Eu disse: “por quê?”. E ela respondeu: “Porque eu não entendo nada de saúde”. Eu disse: “mas, a senhora não vai falar de saúde, a senhora vai lá como uma representante municipal”. E ela pediu para não ir duas vezes. E eu fiquei com pena dela, dizendo: “puxa vida, como que a senhora aceita um cargo se a senhora não é...”. Ela disse assim: “não, é que o prefeito me impôs”. Como que impôs? Então isso acontece, sem um nível de instrução e acabou.

De acordo com Paim & Teixeira (2007), essa prática clientelística é, inclusive, condenada pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde:

Uma das práticas que mais favorece a corrupção no setor público é a distribuição de cargos sem base em critérios técnicos, visando apenas garantir “pedaços” da máquina pública a partidos políticos ou grupos constituídos, que transformam os cargos em balcões de negócios para troca de favores ou apoio em futuras campanhas políticas. Isso é ainda muito mais grave quando acontece com serviços públicos dos quais depende a vida e a saúde das pessoas.

Outro aspecto abordado pelos sanitaristas/pesq. Como sendo uma fragilidade do sistema se refere ao deslocamento ou demissão de funcionários, seja em consequência de mudança de gestor ou em consequência da Lei de Responsabilidade Fiscal¹¹⁹. Esse fato, sejam quais forem os motivos, faz com que a capacitação implementada pelos estados ou até mesmo pelos municípios e a experiência de trabalho do funcionário seja patrimônio dilapidado, jogado no lixo. Segundo **RENOIR** a solução desse problema seria a possibilidade de ter uma entidade contratante no SUS com recursos públicos do governo federal, estadual e municipal. Com esse recurso seria possível alocar os funcionários nos diferentes municípios e estados, oferecendo salário razoável e plano de carreira. Tudo isso para que houvesse a manutenção de pessoal capacitado e experiente nos municípios e estados. Nesse caso, consideramos que essa solução apontada pelo entrevistado poderia dar início a uma corresponsabilização também nos recursos humanos na área da saúde. Sendo necessário haver novas normas e pactuações no âmbito dos três entes federados.

O terceiro aspecto que interessa destacar é que apesar dos entrevistados citarem como fragilidade da descentralização do setor da saúde a ausência de um sistema de metas a serem cumpridas pelos gestores municipais, cabe-nos enfatizar que essas metas existem. Ou seja, elas são pactuadas entre os três entes federados, haja vista, a programação anual de metas em saúde. A falha talvez esteja na fiscalização dessas metas em saúde, assim como, na fiscalização quanto ao emprego dos recursos em saúde.

O último tema a ser analisado, que foi considerado pelos entrevistados como uma fragilidade da descentralização do setor da saúde, diz respeito à ausência de uma ampla reforma no ensino médico no Brasil que, por sua vez, acabou não acompanhando as mudanças ocorridas na saúde pós Constituição de 1988. Isso porque o SUS foi planejado para ser um sistema inclusivo com base solidária e societária, enquanto que o discurso da formação do profissional médico encontra-se ainda vinculado as práticas liberais e privatistas motivadas por interesses econômicos. Quanto a isso Campos, Chakour & Santos (1997) indicam que a solução seria definir o perfil dos profissionais a serem formados conforme as necessidades de saúde e a lógica do

¹¹⁹ A Lei de Responsabilidade Fiscal tenta impor o controle dos gastos de estados e municípios condicionado à capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos. Para maiores detalhes reportar-se a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

sistema público, para tentar superar o *status quo* que reproduz os interesses dos profissionais enquanto corporação e os interesses do mercado de trabalho. No entanto, toda essa inovação no ensino médico requer um planejamento do Estado junto com as universidades. E, além disso, exige um ajuste no perfil de contratação do SUS valorizando algumas especialidades mais gerais e assegurando uma remuneração adequada. Felizmente parece que está havendo, nos últimos anos, uma preocupação do MS e do Ministério da Educação em adequar o profissional médico as necessidades do sistema de saúde. E para isso estão sendo implementados alguns projetos importantes como, por exemplo, a concessão de pagamento de bolsas voltadas para a formação de médicos especialistas em áreas consideradas estratégicas que fazem parte da rede de atenção de saúde local, tais como: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva e Social (BRASIL, 2009b).

Além disso, conforme **DALÍ**, em geral o ensino médico hoje ainda é muito deficiente:

Então o ensino piorou muito. Então a quantidade de médicos que entraram no mercado de trabalho no serviço público com uma formação deficiente é... E depois tem uma coisa, serviço público normalmente é para aquele que não conseguiu uma situação melhor, aí ele faz um concurso e vai trabalhar no serviço público durante algum tempo até ele achar uma coisa melhor, tem isso também. Então a formação é muito deficiente. O médico hoje é incapaz de fazer uma lâmina para identificar o bacilo de peste bubônica ou qualquer coisa.

Nesse discurso DALÍ chama atenção para o fato do despreparo dos atuais médicos em, por exemplo, “fazer uma lâmina” e identificar um microrganismo, o que acarreta consequências imediatas no modo de perceber e tratar as doenças transmissíveis. Essa deficiência acaba colaborando para que esses profissionais deixem de atuar, principalmente, como agentes de saúde pública capazes de prever a existência de certas doenças, uma vez que, eles não estão sendo preparados para isso nos atuais cursos de Medicina. No Brasil essa falha foi se acentuando cada vez mais com a desvalorização do médico clínico e a imposição de um modelo tecnicista que passou a privilegiar a fragmentação do saber médico. E, por fim, essa deficiência se estabeleceu de vez no Brasil, no final do século XX, quando foi autorizado que as escolas médicas determinassem o seu próprio currículo médico e o governo federal passou somente a limitar o perfil

almejado para o estudante de Medicina que incluía: cidadão com atitude ética, formação humanística, consciência da responsabilidade social, capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional entre outros. Por tudo isso, adoto as palavras de Rego (2003 p. 13) quando cita que:

(...) não tenho a menor dúvida em afirmar que a maioria das Faculdades de Medicina, tal como são organizadas e buscam cumprir a função primordial que justifica sua existência preparar jovens para o exercício da profissão médica, é incompetente.

3.5 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO

O primeiro ponto a ser destacado nesta síntese analítica é de que compreendemos a descentralização do setor da saúde no Brasil como uma junção de três tipologias, ou seja, uma mistura de desconcentração, devolução e privatização.

Também não podemos considerar a descentralização do setor da saúde no Brasil como sendo um modelo único e fechado, mas, como uma forma híbrida, isto é, uma forma que implica certo grau de centralização. Mesmo porque, as normas a serem seguidas pelos entes federados foram, em primeira instância, sendo criadas em âmbito federal e depois pactuadas e negociadas com os estados e municípios. E ainda hoje, a excessiva normatização imposta hierarquicamente faz com que os municípios e estados venham a seguir inúmeras regras de utilização de recursos, prestação de contas, inclusive, regras em relação à realização dos serviços da vigilância das doenças transmissíveis.

Além disso, não podemos deixar de mencionar que o modelo de centralização pode ser acionado, inclusive, para enfrentar problemas na saúde da população impostos por fatores internos ou externos. Ou seja, a autonomia dos municípios fica em segundo plano quando, por exemplo, o MS, atendendo resoluções internacionais ou não, resolve implantar programas nacionais específicos, como os de tuberculose, hanseníase, dengue e malária e determina que esses programas devem ser seguidos por todos os entes federados. Até mesmo aqueles estados e municípios que não apresentam casos dessas doenças devem seguir os protocolos de prevenção, que por sinal, consideramos imprescindível para a prevenção de epidemias. Esses fatos assinalam que no Brasil há alguns aspectos da saúde que se apresentam centralizados. Dessa forma, a descentralização da área da saúde no Brasil foi importante para que o sistema de saúde

implantado com o SUS adaptasse seus serviços às condições locais e, acima de tudo, oferecesse mais visibilidade para o sistema. Mas, isso não quer dizer que o modelo centralizador tenha sido banido completamente das políticas de saúde.

O segundo ponto a ser considerado é o fato de que as reformas introduzidas pelo SUS foram incrementais. Ou melhor, foram reformas graduais baseadas numa trajetória que já vinha estruturando esse sistema de saúde, com todos os seus princípios, muito antes da Constituição de 1988, conforme foi apresentado no capítulo anterior e no início deste capítulo. Além disso, depois de implantado o sistema, com o respaldo da legislação, ainda foram havendo vários ajustes e reajustes sucessivos. Haja vista, por exemplo, a adequação das Normas Operacionais do SUS, que deram lugar aos pactos, que objetivam a racionalização das formas de financiamento e gestão do sistema de saúde e que ainda continuam a ocorrer. Isso quer dizer que o sistema de saúde não está pronto e acabado, mas, continua a ser remodelado.

O terceiro ponto a ser realçado nesta síntese é a importância do SUS enquanto um sistema universalizado, mesmo que alguns autores apresentem várias críticas quanto a isso. Ou seja, não podemos negar que o SUS, composto por um conjunto de serviços e ações voltados para a promoção, proteção, recuperação da saúde e também prevenção de doenças, beneficia toda a população brasileira, quer seja, por intermédio das campanhas de vacinação (que atendem crianças, adultos e idosos); da realização de transplantes; distribuição gratuita de alguns medicamentos; ou a obrigatoriedade em todo o território nacional do teste do pezinho no recém-nascido que é gratuito e que faz parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Além disso, é atribuído ao SUS, nos documentos oficiais e em parte da literatura específica, várias modificações expressivas e significativas para a população em geral com a implantação da ESF como modelo de ABS. Como, por exemplo, uma melhora na saúde da população ocasionando a diminuição dos índices de mortalidade e morbidade infantil, assim como, os índices de mortalidade geral por enfermidades.

Mas, é claro que apesar de ser um sistema universalizado, que vem contribuindo para a melhoria da saúde de toda a população brasileira, ele apresenta ainda sérias dificuldades, principalmente, no que diz respeito ao solapamento desse novo sistema de saúde referentes à força de trabalho precarizada; o crescente repasse de recursos à rede privada; e o insuficiente investimento na rede pública (ROCHA, 2008).

Além disso, ao estudarmos a bibliografia referente ao SUS verificamos que ele é um sistema que ainda está longe de ser igualitário, devido às dificuldades do acesso da população a grande parte dos serviços de média e alta complexidade¹²⁰.

A todos esses problemas podem ser acrescentados ainda os impasses decorrentes da gestão e gerência vinculadas a interesses partidários, situação em que a saúde da população se transforma em objeto de clientelismo e moeda de troca política que acabam comprometendo a legitimidade do SUS perante, principalmente, a opinião pública¹²¹.

Além disso, outro problema atual e de grande importância dentro do SUS diz respeito à falta de articulação intrasetorial e intersetorial que inibem o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Uma vez que, vários problemas de saúde pública exigem interconexões com outras áreas ou setores governamentais para que haja um impacto positivo na

¹²⁰ As ações de média complexidade se compõem de ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população que demande profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Já as ações de alta complexidade na saúde são o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são, entre outros: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente com câncer; cirurgia cardíaca e de veias; colocação de marca passo; procedimentos de neurocirurgia (BRASIL, 2009a).

¹²¹ Apesar do clientelismo no setor da saúde ainda ser um problema recorrente no Brasil, há pesquisas indicando que o sistema descentralizado, na forma como se encontra hoje, está colaborando para o fortalecimento do modelo de “governança local em saúde” que pode ser entendido, segundo Fleury (2010), como “o conjunto de atores sociais, instituições e instâncias que compõem os processos decisórios, de responsabilização e prestação de contas subjacentes à formulação e execução da política municipal de saúde”. De acordo com a autora, em pesquisa realizada no Brasil entre os anos de 1996 e 2006 foi possível apontar que houve, nesse período, um aumento da “influência dos secretários e dos conselhos municipais de saúde na elaboração do orçamento, em detrimento da influência dos políticos locais”. Foram reduzidas as solicitações dos políticos locais e a demanda espontânea em relação à definição das prioridades em saúde. Assim como, houve um maior fortalecimento do parecer do corpo técnico e das propostas dos conselhos e das conferências de saúde. Ainda de acordo com a autora, esse novo padrão de “governança local” pode ser observado em todas as regiões do país e portes populacionais, tendo uma inclinação maior na região sul.

saúde da população. No entanto, sabe-se que no Brasil esse princípio do SUS ainda é um desafio a ser superado.

O quarto ponto que interessa enfatizar diz respeito à recapitulação das competências dos entes federados e as suas funções dentro do sistema de saúde. Lembrando que essas competências (financiamento, planejamento e formulação de políticas de saúde) são interdependentes, conforme tentamos mostrar neste capítulo. Ao haver essa recapitulação das competências dos entes federados a ABS passou a ser responsabilidade dos municípios. No entanto, de modo geral, a ABS acabou priorizando muito mais as ações curativas ou de promoção da saúde, do que as preventivas e de controle de doenças transmissíveis, as quais faziam parte anteriormente de uma estrutura organizacional centralizada. É claro também que a escolha pelas ações curativas passaram e passam pela disponibilidade administrativa, financeira e técnica dos municípios, isso sem levar em conta as diferenças epidemiológicas de cada região do país e também nas especificidades regionais, haja vista, os municípios brasileiros que estão localizados em regiões de fronteira¹²². Entendemos que foram todos esses fatores que colaboraram para que a ABS, nos municípios, acabasse se pautando muito mais nas ações curativas, só considerando como sendo de ABS as doenças transmissíveis que são definidas e pactuadas de acordo com as prioridades dos estados e municípios.

O quinto ponto que interessa ressaltar é sobre a descentralização das ações de vigilância epidemiológica, ocorrida após o estabelecimento da NOBs/SUS 01/96, que gerou a transferência dos funcionários da então FUNASA para os estados e municípios e, como já foi mencionado anteriormente, a maioria deles não tinham condições financeiras, mesmo havendo repasse de verbas, e nem condições estruturais para absorver e manter esses funcionários, transferidos da FUNASA, para o staff municipal ou estadual. Diante dos vários problemas estaduais e municipais (financeiros, técnicos, administrativos e organizacionais) e tendo que seguir as normas federais de descentralização das estruturas da vigilância epidemiológica alguns gestores acabaram encarregando indivíduos não capacitados para absorver tais responsabilidades. Sendo assim, resolvemos elaborar uma nova questão para ser avaliada no estudo de caso, qual seja: o que essa nova reconfiguração da

¹²² Em relação ao tema saúde nas regiões fronteiriças reportar-se a AGUSTINI (2008).

descentralização da vigilância epidemiológica possibilitou em relação ao monitoramento e controle das doenças transmissíveis?

O sexto e último ponto de destaque neste capítulo se refere às fragilidades da descentralização do setor da saúde que foram apontadas pelos sanitaristas/pesq. entrevistados para esta pesquisa. As principais delas foram: atrelamento dos secretários municipais de saúde as políticas partidárias; a subsistência do clientelismo no que diz respeito às ações e recursos na saúde; problemas na assistência médica em relação à média e alta complexidade; falta de capacitação do pessoal que está vinculado à saúde nos municípios, inclusive, dos gestores; falta de reformas no ensino médico que possibilitem que esses profissionais sejam formados levando em conta as reais necessidades da saúde no país e a lógica do atual sistema de saúde.

No próximo capítulo o enfoque principal será a vigilância epidemiológica e a sua estruturação no Brasil ao longo dos anos.

CAPÍTULO 4

A VIGILÂNCIA NO BRASIL

Neste capítulo abordamos o tema crucial deste trabalho que é a vigilância epidemiológica e a sua estruturação no Brasil. Para realizarmos um levantamento dessa atividade buscamos contextualizar e analisar sua estruturação por meio da legislação, assim como, dos manuais, guias e cartilhas que foram sendo criados para a disseminação do conhecimento das atividades da vigilância epidemiológica após a descentralização do setor da saúde. Além disso, estamos introduzindo algumas nuances sobre a vigilância epidemiológica em Santa Catarina, principalmente, as atuais ações prioritárias referentes às doenças transmissíveis que foram pactuadas entre o estado e a Secretaria de Vigilância em Saúde para os anos de 2010 e 2011.

Ressaltamos que esta parte do trabalho também está sendo complementada com as percepções dos entrevistados, cinco sanitaristas/pesq. (Dalí, Goya, Miró, Monet, Renoir) e um técnico que faz parte do setor de vigilância epidemiológica de SC (Tântalo), sobre, principalmente, as fragilidades da descentralização em relação à vigilância das doenças transmissíveis. Junto a essas fragilidades resolvemos abordar neste capítulo a representação que os entrevistados fazem hoje da vigilância epidemiológica no Brasil. E ainda, na tentativa de alcançar a magnitude da vigilância epidemiológica seguimos a mesma organização dos capítulos anteriores, ou seja, o capítulo está constituído de oito seções especificadas na introdução deste trabalho e algumas subseções.

4.1 A DISSEMINAÇÃO DO CONCEITO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No campo da saúde o conceito de vigilância está historicamente relacionado aos conceitos de isolamento e quarentena que são

considerados mecanismos de intervenção social adotados, desde o século XIV, para tentar impedir a disseminação das doenças¹²³.

No final do século XIX, com as novas descobertas no campo da microbiologia, a vigilância passou a ter como função a observação de indivíduos que tinham contato com pacientes atingidos pelas doenças infectocontagiosas ou que haviam transitado por regiões atingidas por essas doenças (WALDMAN & ROSA, 1998; WALDMAN, 2000). O propósito da vigilância passou a ser a detecção das doenças logo nos seus primeiros sintomas e a partir daí instituir o isolamento. Dessa forma, ainda se utilizava o isolamento como forma de prevenir que outros indivíduos adoecessem¹²⁴.

Somente a partir da segunda metade do século XX que a vigilância deixou de realizar a observação dos indivíduos e passou a ter um significado mais amplo, ou seja, o de acompanhamento sistemático de doenças na comunidade visando fundamentar, aprimorar e agilizar as medidas de controle. Esse novo significado de vigilância foi aplicado pela primeira vez nos EUA, em consequência de uma epidemia de poliomielite que atingiu algumas regiões do país (WALDMAN, 2000).

Na década de 1960 Langmuir (1963 p. 182-192) definiu uma nova conceituação para a vigilância como sendo:

¹²³ Romero & Troncoso (1981) citam ainda um terceiro mecanismo de intervenção social, que surgiu por influência dos instrumentos de isolamento e quarentena, o cordão sanitário, que era dirigido para o isolamento de certa área delimitada afetada por uma doença infecciosa. Podemos inferir que o cordão sanitário pode ser considerado como o primórdio da implantação das medidas de bloqueio, que são realizadas hoje sempre que há suspeita da ocorrência de uma doença transmissível. Essas medidas de bloqueio consistem, por exemplo, de vacinação em massa e, até mesmo, borrifação de agentes químicos em certas áreas infestadas por vetores de algumas doenças como a dengue e a malária, entre outras.

¹²⁴ Tanto o isolamento quanto a quarentena são medidas de controle que são utilizadas ainda hoje em casos específicos. No entanto, as medidas mais empregadas atualmente são: a quimioprofilaxia (administração de uma droga para prevenir uma infecção ou a progressão de uma infecção com manifestações da doença); tratamento profilático (tratamento de um caso clínico ou de um portador com a finalidade de reduzir o período de transmissibilidade); e vigilância sanitária (se constitui na observação dos comunicantes durante o período máximo de incubação da doença, a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava a fonte primária da infecção) (WALDMAN & ROSA, 1998).

(...) a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Esse epidemiologista norte-americano se mostrava adepto do conceito de vigilância como uma aplicação da epidemiologia em saúde pública. Para ele o profissional que se dispunha a trabalhar com a vigilância deveria assumir o papel dos “olhos e ouvidos da autoridade sanitária” devendo assessorá-la quanto à necessidade de medidas de controle. Ficando a decisão e a operacionalização das medidas, sob a responsabilidade da autoridade sanitária (LANGMUIR, 1971). Portanto, até então não se utilizava a qualificação de epidemiologia à vigilância.

O primeiro autor a utilizar o conceito “vigilância epidemiológica”¹²⁵ foi o médico tcheco Karel Raska, que ainda na década de 1960, a definiu como sendo:

(...) o estudo epidemiológico de uma enfermidade, considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre. (RASKA, 1966)

Esse novo conceito de vigilância epidemiológica passou a ganhar legitimidade internacional e foi empregado para designar a Unidade de

¹²⁵ Há autores como Thacker & Berkelman (1988) que assinalam que o uso do termo epidemiológica para qualificar vigilância é equivocado, uma vez que, epidemiologia é uma disciplina abrangente que incorpora a pesquisa e cuja aplicação nos serviços de saúde vai além do instrumento de saúde pública que denominamos vigilância. Segundo os autores, a utilização desse qualificativo tem causado frequentes confusões que restringem a aplicação da epidemiologia ao acompanhamento de eventos adversos à saúde, atividade esta, que constitui somente parte das aplicações da epidemiologia em saúde pública. Como forma de resolver esse embate foi proposto pelos autores a adoção do termo Vigilância em Saúde Pública. Sendo que, essa nova nomenclatura vai se disseminar a partir do final da década de 1980. Estando ciente de que vigilância não é sinônimo de Epidemiologia enquanto ciência, mesmo assim, continuaremos, por hora, a adotar neste trabalho o termo vigilância epidemiológica já que este ainda é muito utilizado no Brasil, inclusive pelos entrevistados.

Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial de Saúde, criada em 1965. Essa instituição foi responsável pela disseminação da atividade de vigilância como um instrumento fundamental para tornar viável a erradicação da varíola¹²⁶. Quanto a isso, destacamos que o êxito da Campanha Mundial contra Varíola incentivou o uso de tecnologias de prevenção específica, em particular os imunizantes que na concepção de Lopes (1996) se tornaram uma das medidas de saúde pública mais eficazes e seguras na prevenção de doenças.

Mas, embora tenha havido a disseminação da vigilância epidemiológica nos moldes de Langmuir e Raska, esta foi sendo implantada pelos países com algumas variações para que fosse possível a sua adequação aos distintos sistemas políticos, sociais e econômicos, bem como, as diferentes estruturas dos serviços de saúde (WALDMAN & ROSA, 1998). Segundo Barradas (1992), nos países em desenvolvimento a criação de sistemas de vigilância epidemiológica visavam, principalmente, a redução da morbimortalidade entre crianças e jovens.

No final da década de 1960 em decorrência da XXI Assembleia Mundial de Saúde foi recomendado que o conceito de vigilância epidemiológica fosse mais abrangente podendo ser utilizado também para outras ocorrências adversas à saúde tais como: malformação congênita; envenenamento na infância; aborto; eventos relacionados a riscos ambientais, como poluição por substância radioativa; e outros tantos agravos¹²⁷ (WALDMAN & ROSA, 1998). Dessa forma, foi

¹²⁶ No Brasil a Campanha de Erradicação de Varíola foi instituída em 1966 e é considerada por diversos autores como o marco fundamental da vigilância epidemiológica no país (WALDMAN & FREITAS, 2011; GAZÊTA et al, 2005).

¹²⁷ Na Portaria 2.472/ 2010, o MS define doença como uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos. O agravo é definido como qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas como, por exemplo: acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas. O evento significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença (BRASIL, 2010). Neste trabalho, na medida do possível, faremos uso do conceito de doença que se encaixa melhor com o tema que são as doenças transmissíveis. Mas, destacamos que no decorrer do trabalho os entrevistados, muitas vezes, usarão nas suas falas o conceito de agravo como sinônimo de doença.

sendo ampliado e redefinido o objeto da antiga vigilância epidemiológica que, além de desenvolver ações tradicionais no combate e controle de doenças transmissíveis, ampliou suas ações para os agravos, para a promoção da saúde e para projetos indicadores de saúde. Entretanto, nessa época no Brasil e grande parte da América Latina a priorização da vigilância epidemiológica continuou sendo as doenças transmissíveis e as zoonoses. Esta decisão, segundo Waldman (1991), pode ter sido influenciada pelos países centrais, uma vez que, contribuía para impedir que as doenças transmissíveis se disseminassem para outros territórios.

Em 1973, foi realizado no Rio de Janeiro o I Seminário Regional dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica de Enfermidades Transmissíveis e Zoonoses das Américas que visava discutir a institucionalização das atividades da vigilância epidemiológica nos países latino-americanos e no Caribe. Em consequência desse evento a vigilância epidemiológica passou a ser definida como:

(...) la vigilancia epidemiológica es el conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones en los factores condicionantes con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas, eficientes, que lleven a la prevención y control de la enfermedad. (FOSSAERT, LLOPIS & TIGRE, 1974 p. 514)¹²⁸

No Brasil todas as discussões que estavam sendo realizadas em relação à vigilância epidemiológica, principalmente no meio acadêmico, foram levadas a 5ª CNS e por recomendação desta foi instituída em 30 de outubro de 1975 a Lei nº 6.259¹²⁹ que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica que compreenderiam: as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de

¹²⁸ No Brasil a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica foram utilizados, inicialmente, em alguns programas de controle de doenças transmissíveis coordenados pelo MS, principalmente, na Campanha de Erradicação da Varíola.

¹²⁹ Essa Lei também dispõe sobre o Programa Nacional de Imunizações o qual não iremos aprofundar neste trabalho.

agravos à saúde. Cabendo ao MS a implantação, organização e coordenação dessas ações que deveriam ser efetuadas pelos serviços de saúde públicos e privados que fossem habilitados para isso (BRASIL, 1975b).

E em 1976, ao ser regulamentada essa Lei pelo Decreto nº 78.231, foi instituído no Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) que passaria a ser de responsabilidade institucional do MS, das SESs, do distrito federal e dos territórios federais.

4.2 ESTRUTURAÇÃO DO SNVE NO BRASIL NA DÉCADA DE 1970

Conforme já foi mencionado anteriormente, no Brasil paralelamente a organização da ABS foi sendo estruturado o SNVE. E quando da sua implantação, em 1976, esse sistema foi definido como um “conjunto de serviços de saúde, públicos e privados, habilitados para tal fim, organizados em Sistema específico, sob a coordenação do Ministério da Saúde” (Artigo 3º do Decreto nº 78.231 de 1976). Era um sistema hierarquizado e regionalizado distribuído entre os seguintes elementos: órgão central (mantido pelo MS através da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde); órgãos regionais (mantidos pelas secretarias de saúde dos estados, do distrito federal e dos territórios federais, através de órgãos específicos de epidemiologia integrantes de suas respectivas estruturas); órgãos microrregionais (mantidos pelas secretarias de saúde dos estados, do distrito federal e dos territórios federais, quando houvesse regionalização administrativa das primeiras); e as UVEs (órgãos locais de saúde), das quais faziam parte os postos de notificação das doenças (BRASIL, 1976). Sendo que, a organização dessas UVEs nas secretarias estaduais, conforme foi apresentado no capítulo 2, eram estimuladas, principalmente, pela FSESP.

Com essas mudanças as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser da responsabilidade das UVEs, cujo local de instalação era indicado pelas SESs. As atribuições das UVEs eram as seguintes: receber notificações; cumprir as normas determinadas pelo órgão microrregional; registrar e transmitir informações sobre a ocorrência de doenças ao órgão microrregional; executar investigações epidemiológicas e ações de profilaxia decorrentes das mesmas; supervisionar a atuação dos postos locais de notificação e estabelecer as vinculações necessárias com os demais agentes de notificação,

informando-os dos resultados decorrentes de suas notificações; e buscar apoio para suas ações no órgão microrregional. Dessa forma, a notificação das doenças era realizada dentro de um sistema hierarquizado e era considerada uma das principais informações que mantinham o SNVE em funcionamento. Além disso, o SNVE deveria estar articulado com a rede de laboratórios de saúde pública, os quais tinham como competência realizar os exames laboratoriais indicados para o esclarecimento de diagnósticos, clínico e epidemiológico (BRASIL, 1976). Convém mencionarmos que com a descentralização da área da saúde na década de 1990 as UVEs, que antes faziam parte dos estados, passaram a ser implantadas nos municípios.

Dessa forma, o SNVE tinha (e ainda tem) como fontes de dados: a notificação compulsória das doenças e os resultados dos exames laboratoriais que também deveriam ser notificados. Aliás, atualmente se juntaram a essas fontes: as bases de dados dos vários Sistemas Nacionais de Informação (Sistema Nacional de Agravos de Notificação, Sistema de Informações sobre Mortalidade, Sistema de Informações de Nascidos Vivos, Sistema de Informações Hospitalares, entre outros); os sistemas sentinelas; os dados da investigação epidemiológica de campo que geralmente decorrem das notificações, bem como, os estudos epidemiológicos, entre outros.

Finalizando essa parte, destacamos que com toda essa reformulação da vigilância epidemiológica que ocorreu no Brasil na década de 1970 foi possível estabelecer: definição de critérios nacionais para doenças de notificação compulsória¹³⁰; criação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública com estrutura regionalizada e hierarquizada para apoio aos programas de controle de doenças e à vigilância; criação dos Laboratórios Nacionais de Referência que deveriam estar articulados com os Laboratórios Internacionais de Referência. Também foi possível estabelecer uma padronização da ficha de notificação e investigação de doenças e do formulário de Declaração de Óbito para todo o país. Sendo assim, essa nova forma de organização colaborou na ampliação e cobertura de ações de vigilância. Entretanto, o processo de decisão e o financiamento permaneciam no MS, o que assegurava uma forte coordenação vertical do sistema pela esfera federal que se adequava perfeitamente com o aparato centralizador das políticas de saúde desse período (TEIXEIRA & COSTA, 2008; ARRETICHE, 1999).

¹³⁰ Esse tema, notificação das doenças, será desenvolvido mais adiante.

4.3 A REESTRUTURAÇÃO DO SNVE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO SUS

A partir da década de 1980 começou haver no Brasil vários investimentos em relação à prevenção, vigilância e controle das doenças, com destaque para as doenças imunopreveníveis. Conforme Melo Filho (2009) passaram a ser desenvolvidos no país planos, programas e estratégias cujo propósito era de erradicação ou controle das doenças transmissíveis. Além disso, recursos humanos passaram a ser capacitados por meio de cursos (Curso Básico de Vigilância Epidemiológica, Curso Intensivo de Vigilância Epidemiológica e Curso de Aperfeiçoamento para Epidemiologistas) coordenados pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, com apoio técnico da OPAS. Os procedimentos passaram a ser normalizados. Bem como, passou a ser estruturada no país a “rede de frio” para acondicionamento adequado dos imunobiológicos e, também, os laboratórios passaram a ser equipados para o diagnóstico das doenças. Lembrando que todos esses avanços estavam ainda presentes no interior de uma organização política institucional centralizada.

Já na década de 1990, com a implantação do SUS, também ocorreram várias mudanças na estrutura político institucional da vigilância epidemiológica. A que nos determos no momento é a reestruturação do SNVE que passou a ter como órgão de apoio o Centro Nacional de Epidemiologia¹³¹ (CENEPI), que vinculado a FUNASA tinha como objetivo promover o uso da epidemiologia em todos os níveis do SUS e subsidiar a formulação e a implementação das políticas de saúde nacionais.

¹³¹ Apesar de vários autores citarem que a criação do CENEPI ocorreu em 1990 encontramos no site do MS (<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>) a Portaria nº 379 indicando a sua instituição junto a FSESP em 1984. No entanto, Silva Junior (2004) esclarece que apesar de ter sido criado formalmente na década de 1980 o órgão não chegou a se efetivar nesse momento e, infelizmente, não conseguimos encontrar nenhuma explicação para esse fato. Mas, de qualquer forma fica aqui o registro para melhor averiguação.

Enquanto órgão central o CENEPI/FUNASA¹³² passou a coordenar as ações de vigilância epidemiológica no SUS estimulando a formação de áreas de vigilância nos níveis estadual e municipal. Mas, todo esse processo que desencadeou a descentralização da vigilância epidemiológica, enfrentou resistências políticas e técnicas por parte dos dirigentes das antigas estruturas do MS e dos movimentos corporativos, principalmente, no que diz respeito ao controle das endemias (SILVA, 1997). Quanto a isso, foi apresentado no segundo capítulo desta tese (subseção 2.2.7.2.1) que essa resistência partiu, inicialmente, dos trabalhadores das fundações do tipo da SUCAM e da FSESP, que em 1987 já se mostravam preocupados com a perda de autonomia das instituições frente à implantação de um sistema de saúde descentralizado.

Apesar das resistências, em 1992 foi realizado o Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica e o resultado desse seminário originou um documento com a elaboração de um cronograma para repasse das ações de controle das endemias para os estados e municípios. O CENEPI/FUNASA passou então a firmar convênios com as SMSs para ações de vigilância e controle de doenças, também incorporando à vigilância epidemiológica as doenças não transmissíveis (TEIXEIRA & COSTA, 2008).

Em 1999 o MS baixou a Portaria nº 1.399 regulamentando 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 e também esclareceu o sistema de financiamento para a área de

¹³² O CENEPI passou a desenvolver trabalhos conjuntos, integrando as universidades e os serviços de saúde para o estabelecimento e consolidação de sistemas de informação, entre eles: Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e o SINAN e também a constituição da capacitação de recursos humanos e apoio à pesquisa. Atualmente esses sistemas de informação têm uma abrangência nacional sendo utilizados em todas as esferas de gestão do SUS e alguns deles foram destacados como de alimentação obrigatória pela gestão municipal, como é o caso do SINAN. A penalidade prevista no descumprimento da alimentação da base de dados do SINAN é a suspensão da transferência do Piso de Atenção Básica e a suspensão da transferência de recursos para alta e média complexidade nos casos da não alimentação por três meses consecutivos e também a ausência de ressarcimento por procedimentos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação.

vigilância epidemiológica. Com essa Portaria ficaram mais especificadas as competências dos municípios na gestão do SNVE¹³³.

A Portaria nº 1.399 estabeleceu, entre outras coisas, a descentralização da execução das ações de epidemiologia e controle das doenças da FUNASA para, principalmente, os municípios. Sendo que, desde 1999 a principal ação municipal no que diz respeito à vigilância epidemiológica é a notificação compulsória das doenças e por meio dela são expandidas várias outras ações¹³⁴. Entretanto, em caráter suplementar, as ações podem ser executadas pelos estados ou por consórcios municipais dependendo da pactuação nas CIBs.

Além disso, nessa Portaria ficou estabelecido que a descentralização deveria se desenvolver de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD); ficando a cargo da FUNASA o estabelecimento das atividades e das metas a serem atingidas na área de epidemiologia e controle de doenças, para cada unidade da federação.

Em 2001 a FUNASA definiu que a PPI-ECD, inicialmente, deveria ser estruturada em atividades e metas agrupadas nos seguintes módulos:

- ◆ notificação de doenças e agravos;
- ◆ investigação epidemiológica;
- ◆ diagnóstico laboratorial de confirmação de doença de notificação compulsória;
- ◆ vigilância ambiental/fatores não biológicos;
- ◆ vigilância de doenças transmitidas por vetores;
- ◆ controle de doenças;
- ◆ imunizações;
- ◆ monitorização de agravos de relevância epidemiológica;
- ◆ divulgação de informações epidemiológicas;
- ◆ elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia;
- ◆ alimentação de sistemas de informação;

¹³³ As competências dos entes federados no que diz respeito à gestão do SNVE poderão ser visualizadas no anexo E deste trabalho, conforme a Portaria nº 1.399.

¹³⁴ É importante esclarecer que mesmo com a municipalização da execução das ações de epidemiologia e controle das doenças continua existindo no país uma centralização das campanhas de vacinação nacionais que tem como um de seus objetivos controlar problemas coletivos de saúde sejam epidêmicos ou endêmicos.

- ◆ educação em saúde e mobilização social;
- ◆ supervisão.

Entretanto, essas atividades e metas deveriam ser definidas anualmente e deveriam ter a concordância das SESs e estas deveriam pactuar com as SMSs por meio das CIBs. Pertenceria a FUNASA a supervisão e avaliação da execução física e financeira da PPI-ECD junto às SESs. Sendo responsabilidade das SESs o acompanhamento e a supervisão da execução física e financeira da PPI-ECD nos municípios. Cabendo penalidades¹³⁵ aos que não cumprissem as atividades e metas programadas (BRASIL, 2001).

A sistemática de financiamento das ações da PPI-ECD contava com alocação de recursos das três esferas de governo compondo o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) que foi definido na Portaria nº 1.399/1999. Sendo que, após a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2003, esse teto foi transformado no Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, que será tratado mais adiante¹³⁶.

Em 2003 foi realizada uma nova reorganização do MS, por meio do Decreto nº 4.726. Na ocasião as funções do CENEPI e da FUNASA¹³⁷ foram passadas para a recém-criada Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), órgão da administração direta do MS, que passou a assumir a função de coordenação do SNVS. Assim sendo, houve uma grande mudança institucional que reuniu todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, a SVS, que passou a consolidar o processo de ampliação do objeto da vigilância, tendo como finalidade responder melhor aos desafios do complexo perfil epidemiológico brasileiro. A que se destacar que essa

¹³⁵ Fazia parte das penalidades o cancelamento da certificação do município com a consequente suspensão do repasse dos recursos do TFECD e os gestores também ficavam sujeitos a várias penalidades.

¹³⁶ No momento resolvemos não adentrar nas minúcias do financiamento do TFECD, mas, quem pretende se aprofundar nesse tema poderá se reportar a Silva Junior (2004) e De Seta (2007).

¹³⁷ Atualmente a FUNASA continua a existir e envolve duas áreas específicas de atuação que visam à prevenção de doenças, são elas: a Engenharia de Saúde Pública que tem como prioridade desenvolver ações voltadas para a construção e ampliação de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário e a implantação de melhorias sanitárias domiciliares; e a Saúde Ambiental que prioriza o controle da qualidade de água para consumo humano proveniente de sistemas de abastecimento público e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de saúde ambiental (BRASIL, 2012).

medida administrativa que agrupou as ações de vigilância em uma só entidade seguiu uma tendência mundial (SILVA, 2005).

A SVS, enquanto novo órgão vinculado ao MS, passou a estar comprometida não apenas com o campo mais restrito da vigilância epidemiológica, mas, com um ideal muito mais ampliado que passou a contemplar: a vigilância das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; a vigilância ambiental em saúde, que anteriormente era de competência da FUNASA; e a vigilância da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde (SILVA JÚNIOR, 2004). Sendo assim, a Vigilância em Saúde não se limitaria mais em vigiar as doenças, pois, incorporaria a vigilância do risco, sejam riscos envolvidos nas doenças infectocontagiosas, que já fazia parte da vigilância epidemiológica ou riscos envolvidos nas doenças e agravos não transmissíveis.

Nesse caso, consideramos relevante esclarecer como a Epidemiologia define os riscos e fatores de riscos e em seguida contrastamos essa visão com a que é trabalhada nas Ciências Sociais, mais especificamente na teoria cultural dos riscos.

Em Epidemiologia o risco é entendido por Almeida Filho & Rouquayrol (2006 p. 74-85) como a “probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado”. O risco de uma doença, ou a probabilidade deste, é estimado levando-se em conta os coeficientes de prevalência e incidência. Dessa forma, a Epidemiologia preocupa-se com uma visão quantificada dos riscos. Quanto aos fatores de risco estes são definidos pelos autores como: “atributo de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde em comparação com outros grupos definidos pela ausência ou menor exposição a tal característica”. Nota-se que em Epidemiologia é possível estabelecer uma comparação da frequência de certa doença entre grupos.

Pereira (2004) define os fatores de risco como sendo fenômenos de natureza:

(...) física, química, orgânica, psicológica ou social, no genótipo ou fenótipo, ou alguma enfermidade anterior ao efeito que se está estudando, que pela variabilidade de sua presença ou ausência está relacionada com a doença

investigada, ou pode ser causa de seu aparecimento.

Resignificando essa visão mais ampliada na Epidemiologia temos que os fatores de risco são os componentes que podem levar à doença ou colaborar para o risco do adoecimento e manutenção dos agravos. Sendo que, esses fatores podem ter origem endógena e exógena. Um fator de risco endógeno é aquele advindo do próprio organismo sob risco, por exemplo: fatores genéticos e constitucionais (diabetes mellitus e hemofilia). Já os fatores exógenos são externos ao organismo sob risco como, por exemplo, a água não tratada ou contaminada.

Já as Ciências Sociais compreendem o conceito de risco dentro de um panorama mais subjetivo, uma vez que, o risco é apreendido como uma construção cultural carregado de significados muito influenciados pelos valores e crenças sociais. Dessa forma, os riscos são experimentados de forma diferente pelos indivíduos, visto que, a distribuição social dos riscos não é homogênea, pois, indivíduos de grupos sociais ou classes sociais diferentes enfrentam mais riscos do que outros (DOUGLAS & WILDAVISK, 1982). Por exemplo, as classes mais pobres têm mais risco de ter doenças provenientes da falta de esgotamento sanitário.

Quanto aos fatores de risco à análise apresentada por Avila Pires (2000) é reforçada nessa tese devido ao seu caráter ampliado e complexo. Segundo o autor, os fatores de risco podem ser classificados em fatores: biológicos; abióticos (do meio físico); e fatores sociais, culturais e econômicos e todos estes fatores se influenciam mutuamente.

Os fatores biológicos de risco são aqueles inerentes ao indivíduo, ou seja, dependem do grau de suscetibilidade, resistência ou imunidade do indivíduo. A suscetibilidade depende de algumas características individuais, tais como: idade, sexo, estado nutricional, stress ou tensão emocional. Já a resistência ou imunidade dependem da capacidade biológica de resposta do indivíduo frente às doenças. Essa resistência ou imunidade pode ser genética ou adquirida.

Os fatores de risco abióticos se referem aqueles do meio físico (solo, ar, água, altitude, clima, entre outros) que podem ser responsáveis, direta ou indiretamente, por determinados riscos à saúde. Por exemplo, as variações de temperatura podem ser correlacionadas a certos tipos de infecção.

Já os fatores de risco sociais, culturais e econômicos podem ser descritos levando-se em conta, por exemplo: os padrões de comportamento; os valores religiosos, éticos e morais; as regras; e a

situação econômica do indivíduo. Por exemplo, nas Cordilheiras dos Andes as epidemias de peste estão associadas com a forma de velar os mortos, uma vez que, faz parte da cultura local os indivíduos se reunirem para realizar o ritual em casas, muitas vezes, infectadas por pulgas que, por sua vez, são vetores de transmissão da doença (AVILA PIRES, 2000).

Dessa forma, as Ciências Sociais, com sua explicação mais ampliada dos riscos e fatores de risco, acaba complementando a visão quantificada da Epidemiologia. Uma vez que, os estudos antropológicos e sociológicos são capazes de demonstrar as percepções e experiências individuais e coletivas em contextos de pluralidade de grupos étnicos e de sistemas médicos, os quais têm um impacto, muitas vezes, negligenciado nos diagnósticos e tratamentos.

4.4 A ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

A SVS, após sua criação em 2003, além de coordenar todo o SNVE também passou a ser encarregada de várias outras responsabilidades que estão listadas no quadro abaixo:

Quadro 10 - Responsabilidades da SVS - 2003

elaborar e divulgar informações e análise de situação da saúde que permitissem estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do país e avaliar o impacto das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, bem como subsidiar a formulação de políticas do MS;

coordenar a execução das atividades relativas à disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS, para subsidiar a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e de outros agravos à saúde;

coordenar a execução das atividades relativas à prevenção e ao controle de doenças e outros agravos à saúde;

coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, que passaria a coordenar, técnica e administrativamente, o Centro Nacional de Primatas;

promover o processo de elaboração e acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde;

participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortalecessem a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo, na área de Vigilância em Saúde;

fomentar e implementar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuíssem para o aperfeiçoamento das ações de Vigilância em Saúde;

promover o intercâmbio técnico-científico, com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

propor políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à área de Vigilância em Saúde;

prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação com os estados, municípios e distrito federal, visando potencializar a capacidade, gerencial e fomentar novas práticas de Vigilância em Saúde;

formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como regular e acompanhar seu contrato de gestão.

Fonte: Brasil (2003)

Inicialmente a SVS era dividida em dois departamentos: Departamento de Vigilância Epidemiológica e Departamento de Análise de Situação de Saúde. Atualmente, além desses a SVS conta com: o Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; e Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, além do Instituto Evandro Chagas (no anexo F estará sendo apresentado parte do Decreto nº 7.336 de 2010 que trata das competências dos departamentos da SVS).

Entre as várias funções desses Departamentos da SVS estão incluídas: a coordenação de programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis (AIDS, dengue, malária, hepatites virais, doenças imunopreveníveis, leishmaniose, hanseníase e tuberculose); a coordenação do PNI; investigação de surtos de doenças; coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública; gestão de sistemas de informação de mortalidade, agravos de notificação obrigatória e

nascidos vivos, realização de inquéritos de fatores de risco; coordenação de doenças e agravos não transmissíveis e análise de situação de saúde, incluindo investigações e inquéritos sobre fatores de risco de doenças não transmissíveis; entre outras ações.

4.4.1 Os campos integrados da Vigilância em Saúde no Brasil

As competências institucionais da Vigilância em Saúde hoje no Brasil tal como são descritas devem se constituir de ações integradas, abrangendo os seguintes campos:

Quadro 11 - Campos de ações que competem a Vigilância em Saúde

vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;

promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do país, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;

vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos;

vigilância sanitária¹³⁸: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Fonte: Brasil (2009d)

¹³⁸ É importante destacarmos que a vigilância sanitária tem ações que se integram tanto a vigilância epidemiológica quanto a vigilância ambiental, ambas áreas da Secretaria de Vigilância em Saúde que é subordinada ao MS. Entretanto, enquanto órgão institucional, a vigilância sanitária independe da SVS e se reporta a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, conforme já foi mencionado anteriormente no capítulo 1 deste trabalho.

Dentre esses campos, faremos a seguir uma análise da relação entre os que são do interesse desta pesquisa, ou seja, a relação entre a vigilância epidemiológica, a vigilância ambiental e a vigilância sanitária, pois, são esses setores que adentramos no estudo de caso. Nesta análise também está sendo incluída a percepção de **TÂNTALO** sobre a situação desses campos em SC.

Quando se trata da Vigilância em Saúde (que agrega os setores da vigilância epidemiológica e vigilância ambiental) **TÂNTALO** menciona que a vigilância epidemiológica é a área mais descentralizada no país:

Hoje todos os cinco mil quinhentos e poucos municípios brasileiros executam ou são responsáveis pela parte de vigilância epidemiológica. Se você pegar o universo da vigilância sanitária, que é um outro componente, isso já cai para 2 mil e poucos. Aqui, por exemplo, em SC todos os 293 municípios executam, fazem atividades, são habilitados como a gente diz, certificados do ponto de vista da vigilância epidemiológica. Na vigilância sanitária até o começo do ano (2010) nós tínhamos 73 ou 74 municípios que ainda tinham dificuldade e que não tinham serviço de vigilância sanitária implantado.

Embora a vigilância sanitária não esteja tão descentralizada quanto à vigilância epidemiológica, ambas agregam ações conjuntas. Por exemplo, quando ocorre um caso de intoxicação alimentar é necessária uma ação integrada entre ambas. Essa ação para a vigilância epidemiológica se traduz na notificação do problema, acompanhamento do diagnóstico e do paciente, entre outras ações. Já a vigilância sanitária compete à investigação do que ocorreu e dependendo do problema cabe multa ou até mesmo o fechamento do estabelecimento que causou a intoxicação. Dessa forma, do ponto de vista normativo, as equipes de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária devem (ou deveriam) trabalhar em conjunto, salvaguardando as suas especificidades. Mas, e quando o município não tem em seu território uma unidade de vigilância sanitária? O estado supre essa falta, já que, essa seria uma de suas atribuições? Essa é uma questão que por hora não vamos aprofundar, mas, com certeza aqui cabe uma nova pesquisa.

Quanto à vigilância ambiental mesmo já havendo toda uma legislação que trata dos problemas advindos do meio ambiente, **TÂNTALO** mencionou que ainda é “*uma situação nova*” para o Brasil:

A vigilância ambiental na verdade aqui no estado está trabalhando muito pelo ponto de vista do controle do risco. Nós

estamos basicamente com o controle da qualidade do consumo da água humana. Isso praticamente todos os municípios de SC conseguem fazer as chamadas coletas de amostra e a gente tem uma rede de laboratórios que dá o suporte. Entretanto, em relação à vigilância do ponto de vista, por exemplo: do ar, do solo e de contaminantes ela é muito incipiente. Eu diria para ti que nós vamos começar com um projeto bastante forte ali na região sul, na região de Criciúma, na região carbonífera. Mas, ela também obedece a um padrão nacional que hoje tem trabalhado em função das chamadas áreas de riscos priorizados.

Apesar de ser uma área nova, teoricamente, a vigilância ambiental se mostra integradora, pois, consegue manter (ou deveria conseguir manter) uma estreita ligação com a vigilância epidemiológica e com a vigilância sanitária. Isso porque a vigilância ambiental tem como universo de atuação todos os fatores ambientais de riscos que interferem na saúde humana, sejam fatores de risco biológicos ou não biológicos. O primeiro, fatores de riscos biológicos, são divididos em três áreas de concentração: vetores; hospedeiros e reservatórios; e animais peçonhentos¹³⁹. Sendo que, a vigilância ambiental nessas três áreas tem como finalidade o mapeamento de áreas de risco em determinados territórios utilizando as suas relações com a vigilância epidemiológica quanto à incidência e prevalência de doenças e o impacto das ações de controle (BRASIL, 2003a).

A vigilância ambiental dos fatores de riscos não biológicos é dividida em cinco áreas de agregação: contaminantes ambientais; qualidade da água para consumo humano (seja água distribuída por sistemas de abastecimento de água ou aquelas provenientes de soluções alternativas: coletadas diretamente de mananciais superficiais, poços ou caminhões pipa); qualidade do ar; qualidade do solo (incluindo os resíduos tóxicos e perigosos); desastres naturais (inundações, secas, desmoronamentos e incêndios em vegetações) e ainda acidentes com

¹³⁹ Os principais vetores são os: *Anopheles*, *Aedes aegypti*, *Culex*, flebótomos e triatomíneos que transmitem doenças como: malária, febre amarela, dengue, leishmanioses, entre outras. Os hospedeiros e reservatórios são os: caramujos, cães, gatos, morcegos, roedores, saguis, raposas, suínos, bovinos e aves, que transmitem doenças como: raiva, leishmaniose, equinococose, leptospirose, peste, doença de Chagas, sarna, toxoplasmose e hantavírus. E os animais peçonhentos são: serpentes, escorpiões, aranhas, himenópteras e lepidópteros, que podem resultar em acidentes de interesse para a saúde pública (BRASIL, 2003a).

produtos perigosos, ou seja, substâncias que envolvam riscos para a saúde humana ou para o meio ambiente (BRASIL, 2003a). Todas essas áreas também têm (ou deveriam ter) uma estreita ligação com a vigilância epidemiológica, já que, podem ser consideradas fontes de contaminação que se traduzem em risco para a saúde pública. Nesse caso, o objetivo da vigilância ambiental é mapear as áreas de risco em determinado território. E em situação de detecção de risco à saúde é necessário o acionamento da vigilância epidemiológica e também da vigilância sanitária, para que possam ser tomadas as devidas medidas visando o controle ou a eliminação dos riscos para tentar evitar que a população adoça. Além de acionar também a rede de laboratórios de saúde pública. Sem esquecermos que é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária quem dita as normas relativas, por exemplo, ao descarte de resíduos sejam eles biológicos, químicos, radioativos, entre outros. Mas, novamente perguntamos: e quando no município não há uma unidade de vigilância ambiental quem fica responsável por todas as atividades que compete a este ente federado? Será que o estado supre essa falta?

É importante também destacarmos que as três vigilâncias devem (ou deveriam) ter uma interação muito grande com a rede de laboratórios de saúde pública que oferecem suporte para os diagnósticos das doenças, bem como, devem prezar por uma inter-relação com as ações de saneamento que visam o controle ou a eliminação dos riscos, sejam eles, riscos biológicos ou não biológicos.

Dessa forma, em se tratando das áreas da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental observa-se que deveriam funcionar de maneira integradora promovendo a intrasetorialidade, já que, devem agregar vários setores da saúde no controle de riscos para a saúde humana. Mas, o fato é que grande parte dos municípios brasileiros ainda estão começando a estruturar o setor de Vigilância em Saúde e muitos deles não têm em seu território uma unidade de vigilância sanitária. Consideramos que a ausência desses setores nos municípios, bem como, a falta de integração entre eles, é que acaba dificultando ainda mais o controle de algumas doenças transmissíveis.

Figura 1 - Como deveria ser a intrasetorialidade entre as vigilâncias



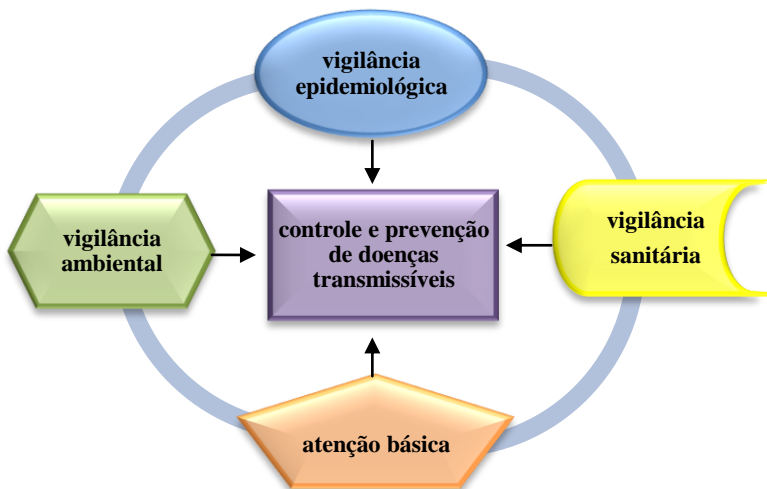
Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2011)

Além dessa característica agregadora entre os campos da Vigilância em Saúde analisados neste trabalho, deveriam fazer parte do grande projeto integrador distintos setores governamentais para promover a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. No entanto, no Brasil esse projeto intersetorial ainda é incipiente o que representa mais um desafio a ser alcançado.

4.4.1.1 A integração da Vigilância em Saúde com outras áreas afins

Afora a integração entre esses três campos da Vigilância em Saúde vistas aqui, há também outra área da saúde que deve (ou deveria) estar muito articulada com elas, isto é, a ABS. Já que, as ações da Vigilância em Saúde devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações, inclusive, para o controle e prevenção das doenças transmissíveis (BRASIL, 2009d). Na forma como essa integração consta na legislação nos leva a crer que na falta dos setores de Vigilância em Saúde nos municípios são os profissionais da ESF que se encarregam das atividades específicas, principalmente, da vigilância ambiental e da epidemiológica.

Figura 2 - Como deveria ser a intrasetorialidade entre as vigilâncias e a ESF



Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2011)

No caso de haver essa integração entre a ABS e a Vigilância em Saúde são os ACSs, da ESF, e os agentes de combate de endemias (ACEs), geralmente ligados à vigilância ambiental, que desempenham papel fundamental nessa articulação e devem exercer suas funções de forma integrada e complementar¹⁴⁰.

Ambos agentes, ACSs e ACEs, são considerados corresponsáveis para com a saúde da população de sua área de abrangência e devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle das doenças e agravos. Sendo que, são também responsáveis pelo controle das endemias, como: dengue, esquistossomose, hanseníase, tracoma, malária e tuberculose. Embora ambos agentes estejam aptos a realizar ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles. A divisão do trabalho entre ambos agentes considera que os ACSs, após as visitas domiciliares e identificação dos problemas que não podem ser resolvidos por ele, deve transmitir a informação aos ACEs. E estes, por sua vez, devem passar a planejar conjuntamente as ações de saúde caso a caso como, por exemplo, quando o ACS identifica uma caixa d'água

¹⁴⁰ Aliás, segundo consta na legislação, o MS recomenda que os ACEs passem gradativamente a fazer parte também das equipes de saúde da família (BRASIL, 2009d).

de difícil acesso ou um criadouro que necessite da utilização de larvicida (BRASIL, 2008b).

Em se tratando das atribuições específicas dos ACSs e ACEs no controle e prevenção de doenças transmissíveis podemos observar por meio do quadro abaixo que estas se chocam. No entanto, cabe somente aos ACEs aplicar produtos químicos em áreas infectadas:

Quadro 12 - Atribuições específicas dos ACSs e ACEs na ABS

ACSs	ACEs
identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde;	identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças;
acompanhar os usuários em tratamento e orientá-lo quanto à necessidade de sua conclusão;	acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los quanto à necessidade de sua conclusão;
desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/ agravos, em sua área de abrangência;	desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/ agravos, em sua área de abrangência;
orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doença;	orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças;
mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;	mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;
planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACE e equipe da ABS/Saúde da Família.	planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACS e equipe da ABS/Saúde da Família.
	- realizar, quando indicado a aplicação de larvicidas/moluscocidas químicos e biológicos; a borrifação intradomiciliar de efeito residual; e a aplicação espacial de inseticidas por meio de nebulizações térmicas e ultra-baixo-volume; - realizar atividades de identificação e mapeamento de coleções hídricas de importância epidemiológica.

Fonte: Brasil (2008b)

Em se tratando da integração entre a vigilância epidemiológica e ambiental e a ABS em SC **TÂNTALO** comenta que todos os 293 municípios do estado têm ABS. Sendo uma das características da saúde em SC a articulação “*muito direta e efetiva*” com a Vigilância em Saúde:

É claro que a gente tem que ver a qualidade disso, como é que está estruturado, isso tem vários questionamentos. Mas, de modo geral a gente tem investido muito nos últimos anos na capacitação dos profissionais. A maioria desses profissionais

da atenção básica municipal já fazem notificação, fazem investigação, fazem bloqueio, fazem busca de contato, fazem busca ativa.

Quanto a isso enfatizamos que realmente nos últimos anos houve no Brasil um maior investimento na capacitação dos profissionais da saúde. Mas, também é necessário mencionar que só a capacitação dos profissionais da ESF em atividades mais específicas da vigilância epidemiológica, como as mencionadas por **TÂNTALO**, não bastam para o país desenvolver um programa de excelência no controle e prevenção de doenças transmissíveis. Acreditamos ser necessário continuar auxiliando os municípios para que estes estruturarem em seu território unidades de vigilância (ambiental, epidemiológica e sanitária) com profissionais capacitados, para que estas, junto com a ABS, possam trabalhar com base na integração de atividades.

4.4.2 A SVS e as mudanças na pactuação entre os entes federados

Com a estruturação da SVS em âmbito federal e com a descentralização já estabelecida no Brasil foi preciso realizar alguns ajustes quanto à programação pactuadas das metas estaduais e municipais em Vigilância em Saúde. A PPI-ECD, que vigorava anteriormente, com a implantação da SVS passou a ser denominada Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS)¹⁴¹. Em primeira instância as atividades, metas e recursos financeiros para o controle e a prevenção de doenças passaram a ser estabelecidas anualmente pela SVS. Após isso, as metas propostas, que devem levar em conta a especificidade de cada região, são pactuadas nos estados, cujos técnicos analisam a viabilidade da sua execução. Em terceira

¹⁴¹ É importante destacarmos que com a estruturação da SVS o MS publicou em 2004 a Portaria nº 1.172 (parte desta portaria está presente no anexo G deste trabalho) revogando a Portaria nº 1.399. No entanto, não houve modificações nas competências dos municípios em relação à gestão da atual Vigilância em Saúde. As mudanças que houveram foram referentes: a mudança de sigla que passou de PPI-ECD para PPI-VS; foi incluída como competência municipal a execução das ações básicas de vigilância sanitária; bem como, passou a fazer parte das competências municipais a aquisição de equipamentos de proteção individual referentes aos uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras atividades da rotina de controle de vetores, definidas no Manual de Procedimentos de Segurança publicado pelo MS.

instância, os municípios são chamados para apresentar e discutir suas metas específicas. Em seguida a PPI-VS deve ser aprovada pelas CIBs e posteriormente pelas CITs.

A partir de 2007 a Portaria do MS nº 91 (BRASIL, 2007e) mudou novamente a denominação de PPI-VS para Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde¹⁴² (PAVS) que continua sendo a programação das ações necessárias ao desenvolvimento da Vigilância em Saúde nos municípios, estados e distrito federal. A última programação nacional foi estabelecida para os anos de 2010 e 2011 e estarão contempladas no anexo H deste trabalho.

Em se tratando da vigilância das doenças transmissíveis, a última programação nacional traz como prioridade o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS¹⁴³.

No caso de SC apresentamos nos quadros abaixo as ações prioritárias que foram pactuadas para o período de 2010-2011 e que envolvem as doenças transmissíveis acima citadas. Todavia, deixamos para um futuro trabalho avaliar a execução e efetividade dos programas pactuados que constam nos quadros 14 a 20:

¹⁴² A Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde é um dos elementos constituintes da Programação Anual de Saúde do MS.

¹⁴³ É importante observar que na história da construção dos programas em Vigilância em Saúde há repetição de programas e prioridades, assim como, há mudanças recorrentes de siglas sem necessariamente alterações consistentes e significativas em seu conteúdo.

Quadro 13 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à dengue para os anos de 2010/2011

Prioridades	Objetivos	Ações prioritárias	Proposta Estadual 2010/2011
Dengue	Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue ¹⁴⁴	realizar levantamento do Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> ;	Não se aplica ao estado de SC
		prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas UBS;	Não se aplica ao estado de SC
		prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas unidades hospitalares;	Não se aplica ao estado de SC
		atualizar o plano de contingência definindo os locais de referência para atendimento dos casos;	Não se aplica ao estado de SC
		notificar e investigar imediatamente os casos graves e óbitos suspeitos para identificação e correção dos seus fatores determinantes;	Não se aplica ao estado de SC
		realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população;	Não se aplica ao estado de SC
		monitorar municípios não infestados.	Pontos estratégicos=217.537 inspeções. Armadilhas=1.216.227 inspeções

Fonte: Santa Catarina (2011)

Em SC, grande parte das ações da vigilância epidemiológica em relação à dengue não se aplicam devido a não existência de casos confirmados, ou conforme **TÂNTALO** afirma: *“Nós ainda somos um estado privilegiado porque não temos dengue, mas, a gente não afirma com certeza até quando isso vai ser possível”*. É preciso mencionar que apesar de não haver, segundo o entrevistado, registros de casos autóctones em SC é necessário continuar uma expressiva ação de monitoramento e

¹⁴⁴ De acordo com Pereira (2004), a letalidade (ou fatalidade ou taxa de letalidade) relaciona o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal doença. Essa relação fornece a ideia da gravidade do agravo, já que, indica o percentual de pessoas que morreram por tal doença e pode informar sobre a qualidade da assistência médica oferecida à população.

aplicação de armadilhas em todo o estado. Haja vista, a vulnerabilidade a que estamos expostos com a detecção de vários focos larvários do *Aedes aegypti* que se traduzem num risco constante de infestação da doença por intermédio desse vetor.

Quadro 14 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à hanseníase para os anos de 2010/2011

Prioridades	Objetivos	Ações Prioritárias	Proposta Estadual	
			2010	2011
Hanseníase	Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011	examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano da avaliação;	65%	65%
		avaliar no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase;	85%	90%
		avaliar o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação;	60%	67%
		realizar capacitação de pessoal – estados, para ações de controle da hanseníase (conteúdo mínimo diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades).	6	6

Fonte: Santa Catarina (2011a)

Quadro 15 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à tuberculose, vírus influenza e hepatite para os anos de 2010/2011

Prioridades	Objetivos	Ações Prioritárias	Proposta Estadual	
			2010	2011
Tuberculose	Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano	ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento);	50%	50%
		encerrar oportunamente os casos novos de tuberculose no SINAN;	95%	95%
		verificar a cobertura do tratamento supervisionado dos casos novos pulmonares bacilíferos.	57%	60%
Vírus Influenza	Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado	realizar avaliação de desempenho dos indicadores da rede sentinela.	80%	80%
Hepatite	Fortalecer a vigilância epidemiológica para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial	realizar inspeção sanitária em serviços de hemoterapia;	80%	80%
		realizar inspeção sanitária em serviços de nefrologia;	100%	100%
		notificar os casos suspeitos de hepatites virais no SINAN;	manter a média dos últimos 3 anos (1.200 casos)	manter a média dos últimos 3 anos (1.200 casos)
		monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas.	90%	90%

Fonte: Santa Catarina (2011a)

Quadro 16 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente à HIV e sífilis para os anos de 2010/2011

Prioridades	Objetivos	Ações Prioritárias	Proposta Estadual	
			2010	2011
HIV e Sífilis	Reduzir a transmissão vertical do HIV	aumentar a cobertura de testagem para o HIV no pré-natal e parto;	50.119	57.637
		ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes/ parturientes e em crianças expostas;	104,80%	109,80%
		implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis;	incidência de AIDS em <5 anos ≤ 2,6/100.000 hab. Taxa de detecção de casos esperados de sífilis congênita ≥ 0,56/1000 NV	incidência de AIDS em <5 anos ≤ 2,3/100.000 hab. Taxa de detecção de casos esperados de sífilis congênita ≥ 0,64/1000 NV
		realizar monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados;	146	167
		realizar capacitação de pessoal - estados e municípios- no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis;	1	1
		aumentar a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal;	25.304	29.100
		aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis.	a SES se compromete a incentivar a ampliação através de capacitações, sendo que a ação fica comprometida, pois não existe instrumento adequado para registro e acompanhamento. Deve ser criado campo obrigatório para inclusão do tratamento quando do encerramento da ficha no SINAN	

Fonte: Santa Catarina (2011a)

Além dessas ações prioritárias nacionais pactuadas com o estado de SC, há também a Programação Anual de Saúde do Estado que previram para o ano de 2010/2011 outras diretrizes referentes às doenças

imunopreviníveis e as zoonoses¹⁴⁵ que estão apresentadas nos quadros abaixo:

Quadro 17 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente às zoonoses em 2010/2011

Prioridades	Ação	Meta	Programado	Período
Zoonoses	realizar levantamento de fauna de flebotômíneos nos municípios que notificarem o 1º caso autóctone de LTA	levantamento da fauna em 100% dos municípios com 1º caso autóctone até o mês de outubro	2010=100% 2011= 100%	2010/ 2011
	implantar a vigilância de febre amarela nos municípios que forem considerados vulneráveis para a ocorrência do agravo	100% dos municípios considerados vulneráveis em vigilância de Epizzotonia implantada	2010=100% 2011= 100%	2010/ 2011
	realizar levantamento de fauna de vetores silvestres transmissíveis da febre amarela nos municípios que fazem fronteira com a Argentina e divisa com o estado do RGS	100% dos municípios programados	2010=100% 2011=100%	2010/ 2011
	implementar ações para a vigilância da raiva no ciclo urbano	0,2% de cabeças de cães enviados para exame (população canina estimada = 15% da pop. humana)	2010=4244 2011= 4244	2010/ 2011

Fonte: Santa Catarina (2011a)

¹⁴⁵ Cabe destacarmos que as zoonoses que acometem os humanos devem ser notificadas no setor saúde, mais especificamente, no setor de vigilância epidemiológica municipal. Quanto às zoonoses em animais a notificação deve ser realizada em órgãos regionais ligados ao Ministério da Agricultura. Em SC o órgão que recebe as notificações de zoonoses em animais é a Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina (CIDASC). Apesar de não fazer parte deste trabalho analisar as zoonoses em animais, enfatizamos que o fato de não haver integração entre esses setores governamentais, saúde e agricultura, com certeza, acaba dificultando as ações de prevenção e controle de muitas zoonoses.

Quadro 18 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente às doenças imunopreveníveis em 2010/2011

Prioridades	Ação	Meta	Programado	Período
Doenças Imuno-preveníveis	capacitar as coordenações municipais do PSF sobre as doenças imunopreveníveis e a prevenção através da vacina	capacitar 100% das coordenações municipais do PSF no Estado	2010= 75% 2011=100%	2010/2011

Fonte: Santa Catarina (2011a)

Outra diretriz do estado de SC, que visa à prevenção e o controle de doenças transmissíveis, é baseada na fomentação de ações em saneamento ambiental e algumas dessas ações estão sendo apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 19 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente ao saneamento ambiental em 2010/2011

Prioridades	Ação	Meta	Previsto	Período
S A N E A M B I E N T E	implantar/implementar laboratórios de saúde pública para análises de água em três macrorregionais	8 macrorregiões em 2010 – 3 em 2012	1	2010-2012
	implementar no LACEN análises para pesquisa de agrotóxicos em água para consumo humano	15 municípios atendidos	15	2010-2013
	implantar análise de alumínio nas águas para consumo humano	implantar nas 8 macrorregionais	2	2010-2013
	implantar análise de flúor nas águas para consumo humano	implantar nas 8 macrorregionais	2	2010
	realizar análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais, nos municípios de SC	293 municípios	293	2010/2011
	implantar/implementar o monitoramento do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos municípios de SC	100 municípios	2010=56 2011=58	2010/2011
	implementar o programa de monitoramento de vibrios nas áreas portuárias de SC	4 áreas portuárias de SC	4	2010/2011
	supervisionar os municípios no cadastramento das diversas formas de abastecimento de água para consumo humano	293 municípios	293	2010/2011

continua

continuação

Prioridades	Ação	Meta	Previsto	Período
S A N E A M E T O A M B I E T A L	realizar a avaliação de risco da qualidade da água distribuída a população do estado de SC	10 municípios com população acima de 100.000 hab.	10	2010/ 2011
	utilizar o SISAGUA como ferramenta de avaliação da qualidade da água consumida em SC	160 municípios	150	2010
	implantar o monitoramento para pesquisa de agrotóxicos em águas para consumo humano	293 municípios	193	2010
	capacitar os técnicos municipais para a realização de inspeções sanitárias em Estações de Tratamento de Água	142 municípios que fizeram o Vigiágua básico	2010=50 2011=60	2010/ 2011
	inspecionar Estações de Tratamento de Água nos municípios que realizaram a capacitação do Módulo Vigiágua -Inspeção e/ou que apresentam problemas de qualidade da água para consumo humano	inspecionar 50 municípios com técnicos capacitados no Módulo Vigiágua-Inspeção	2010=20 2011=30	2010/ 2011
	capacitar técnicos de vigilâncias sanitárias regionais e municipais em Saneamento Básico	realizar 3 capacitações para as Vigilâncias Sanitárias das Gerências de Saúde e principais municípios das 9 macrorregiões de saúde de SC	3	2010/ 2011
	realizar inspeções sanitárias em saneamento básico e áreas de efluentes sanitários com problemas quanto à destinação de efluentes sanitários	100 municípios	100	2010/ 2011

Fonte: Santa Catarina (2011a)

E, por fim, é uma das diretrizes do estado de SC fomentar várias ações, baseadas na política nacional de prevenção e controle de infecção, com vistas à prevenção e redução da incidência e da gravidade das infecções em serviços de saúde, segue quadro com as principais ações:

Quadro 20 - Ações prioritárias da vigilância epidemiológica em SC referente ao controle de infecção em serviços de saúde em 2011

Prioridades	Ação	Meta	Previsto	Período
Controle de Infecção em Serviços de Saúde	assessorar técnica e cientificamente os profissionais dos estabelecimentos em assuntos relacionados à infecção, em especial em casos de surtos por microrganismos multirresistentes	Atender a demanda	100%	2011
	divulgar ações de prevenção e controle de infecção, legislação, normas técnicas, informes e outros no link da CECISS	Manter/atualizar o espaço destinado ao controle de infecção no site da SES	100%	2011
	fomentar o controle de microrganismos multirresistentes e a utilização de Protocolos Clínicos para o Uso Racional de Antimicrobianos realizando eventos técnicos visando à adesão ao uso de protocolos clínicos para o uso de antimicrobianos	02 eventos técnicos (visando à adesão ao uso de Protocolos clínicos para uso de antimicrobianos)	2	2011
	promover capacitações regionalizadas em controle de infecção	01 capacitação das Comissões de Controle de Infecção dos Serviços de Saúde por macrorregião de saúde	50%	2011
	estabelecer parcerias com instituições de ensino superior, através da DEPS, visando à especialização de profissionais na área de controle de infecção.	Formar 20 técnicos especializados em controle de infecção	20	2011
	realizar seminário estadual de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.	01 Seminário	1	2011
	realizar encontro estadual de Controle de Infecção em Unidades de Terapia Intensiva e em Hemodiálise	01 Encontro	1	2011

Fonte: Santa Catarina (2011a)

4.4.3 A SVS e as mudanças e incrementos no financiamento dos recursos da Vigilância em Saúde

Com a implantação da Secretaria de Vigilância em Saúde no Brasil e a criação da PAVS, houve algumas mudanças quanto ao financiamento das ações em âmbito estadual e municipal, sendo necessário à criação do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS)¹⁴⁶ que passou a ser definido com base em critérios que procuram diferenciar as unidades federadas em relação ao: perfil epidemiológico, tamanho da população, área do território, e segundo as dificuldades operacionais para a execução das ações de prevenção e controle (BRASIL, 2004a).

Para terem acesso aos recursos do TFVS os estados e municípios precisavam solicitar uma habilitação específica que demonstrasse suas capacidades de assumir os papéis definidos pela gestão descentralizada¹⁴⁷. Até o ano de 2006, 94,6% dos municípios brasileiros se encontravam certificados e já recebiam mensalmente os recursos do TFVS (BRASIL, 2006c).

Esses recursos do TFVS eram repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e tinham como finalidade específica financiar ações de Vigilância em Saúde, podendo ser utilizado para custeio e para investimento na área. Geralmente as SESs e as SMSs estabeleciam um plano de aplicação desses recursos compatível com o Plano Estadual/Municipal de Saúde e a PAVS. Os investimentos podiam contemplar: material de consumo, equipamentos, serviços de terceiros de pessoa física ou jurídica, treinamentos e consultorias, entre outros. No entanto, todos deveriam estar relacionados à área de Vigilância em Saúde.

Em 2009, com o objetivo de potencializar o processo de descentralização fortalecendo estados, municípios e o distrito federal, foi publicada a Portaria GAB/MS nº 3.252 de dezembro de 2009 que aprovou novas diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pelas três esferas de gestão do SUS. Nessa Portaria o TFVS passou a ser denominado Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS), que pode ser considerado a principal fonte de financiamento das ações de Vigilância em Saúde em âmbito municipal.

¹⁴⁶ Antes da criação da SVS esse financiamento era denominado Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

¹⁴⁷ No anexo I pode ser contemplado o mapa de adesão dos municípios catarinenses ao Pacto de Gestão até o ano de 2010.

O PFVPS continuou compondo-se de um valor per capita, estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa e que é reajustado anualmente. As transferências passaram a ser realizadas de forma regular da União para estados, municípios e distrito federal. A Portaria criou também o Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) constituído por incentivo específico, por adesão ou indicação epidemiológica. De acordo com a Portaria esse incentivo, inicialmente, foi instituído para as seguintes áreas: Núcleos Hospitalares de Epidemiologia; Sistema de Verificação de Óbito; Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional; Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS; fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV; incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST; promoção da saúde (BRASIL, 2009d).

Inicialmente os recursos do PFVPS e do PVVPS eram transferidos fundo a fundo em doze parcelas anuais. No entanto, esse fracionamento prejudicava alguns municípios menores que recebiam valores insuficientes, visto que, o valor era gradativo a uma série de critérios, já citados. Dessa forma, os gestores na maioria das vezes deixavam acumular a quantia suficiente para a execução dos recursos, sendo que, essa acumulação dos recursos não podia ultrapassar os seis meses, já que, após esse prazo haveria o bloqueio da conta pelos órgãos controladores. Para solucionar esse problema as transferências fundo a fundo passaram a ser realizadas em três parcelas anuais (PINTO JUNIOR & CERBINO NETO, 2011).

Os principais requisitos para que os gestores estaduais e municipais recebam esses recursos são: adesão ao Pacto pela Saúde e a alimentação regular dos sistemas de informação do SINAN, SINASC e SIM. Além disso, as SMSs devem notificar semanalmente doenças/agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no SINAN. E ainda as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir a transferência dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM.

Já o bloqueio do repasse do componente de Vigilância e Promoção da Saúde para os estados e municípios acontece caso sejam constatados dois meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações. O desbloqueio só será efetuado quando for restabelecido o preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio.

Sendo assim, a PAVS é considerada uma forma de fortalecer o planejamento local com uma distribuição mais justa dos recursos

financeiros entre estados e municípios, tornando sua aplicação mais aparente facilitando o controle social.

Mas, além desses recursos, a SVS possui outras fontes de financiamento para a área de Vigilância em Saúde. Essas fontes foram disponibilizadas por meio do Projeto VIGISUS que é um acordo (no valor de 600 bilhões de dólares) firmado entre o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e o governo brasileiro e executado pelo MS por intermédio da SVS e da FUNASA. O VIGISUS foi dividido em três fases devendo ser alocado em cada uma delas 200 milhões de dólares.

A primeira fase, VIGISUS I, se desenvolveu entre os anos de 1999 e 2004. Silva (2004) aponta que os recursos do projeto nessa fase foram destinados a construção dos serviços de vigilância epidemiológica nos estados, municípios e também no governo federal.

A segunda fase, VIGISUS II, teve início em 2005 e finalizou em 2009. O objetivo dessa fase era fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, visando reduzir a mortalidade e morbidade por doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como, a exposição a fatores de risco associados com a saúde. Além disso, objetivava ampliar a acessibilidade e melhorar a eficiência da saúde, serviços de água e de saneamento direcionados especialmente a grupos vulneráveis, como os povos indígenas e quilombolas, para melhorar suas condições de saúde. Para atingir tais objetivos, o Projeto VIGISUS II foi organizado em três áreas programáticas: Modernização do Sistema Nacional de Saúde; Saúde Indígena; e Gerenciamento do Projeto (BRASIL, 2010b).

A terceira fase, VIGISUS III, denominada Consolidação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde começou em 2011 com duração até 2015. Essa fase tem como objetivo contribuir para a redução do índice de doenças e agravos de saúde, gerenciando riscos à saúde e fortalecendo a coordenação dos subsistemas de Saúde Pública e Saúde Indígena. O Projeto pretende desenvolver a capacidade dos níveis federal, estadual e municipal. Sua prioridade é o fortalecimento do SNVS no que se refere: a estatísticas vitais, doenças não transmissíveis, doenças transmissíveis e saúde ambiental, particularmente, nos estados e municípios; a ampliação do acesso e o uso de serviços de saúde por populações indígenas; e a ampliação da efetividade da atenção à saúde indígena por meio de desenvolvimento institucional, melhoria da qualidade e adequação cultural. O financiamento da terceira fase do VIGISUS ocorre como adicional ao Piso de Vigilância em Saúde, devendo ser repassado regularmente pelo MS, e aos recursos oriundos do orçamento ordinário de cada localidade (BRASIL, 2010b).

Ressaltamos que a execução do eixo estratégico de descentralização das ações de Vigilância em Saúde continua sendo de responsabilidade dos estados, municípios e também do distrito federal. Entretanto, os entes devem pleitear a sua participação no Projeto VIGISUS e também a sua adesão ao Pacto pela Saúde, com assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, por meio do qual, assumem um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos, metas e resultados, derivados de análises de situação de saúde, bem como, das prioridades definidas pelas três esferas de governo.

Além do VIGISUS a SVS possui também algumas políticas de incentivo aos estados e municípios. Os incentivos são, inicialmente, para o financiamento de ações do Programa Nacional de DST/AIDS que visam prevenção, tratamento, diagnóstico, desenvolvimento humano e institucional, gestão e estabelecimento de parcerias com organizações da sociedade civil. Também contemplam o financiamento para a estruturação da rede de laboratórios de saúde pública e para a construção, reforma, ampliação, ou até mesmo para equipar os Centros de Controle de Zoonose (BRASIL, 2006c).

4.4.4 Capacitação em Vigilância em Saúde

Para dar respaldo a todas essas mudanças estruturais ocorridas ao longo do tempo no Brasil, no âmbito da vigilância epidemiológica e posteriormente da Vigilância em Saúde, foi necessário ir se desenvolvendo, a partir de 2000, o Programa de Capacitação e Formação de Recursos Humanos; cuja finalidade principal é fortalecer os serviços de epidemiologia e controle das doenças. Trata-se de um programa de educação continuada para profissionais que atuam nas três esferas de governo e que foi planejado para a ampliação permanente do conhecimento epidemiológico, respondendo as necessidades do corpo técnico nos serviços de Vigilância em Saúde. Bem como, estimular, com base em evidências epidemiológicas, a tomada de decisão; e desenvolver atividades técnicas voltadas para a avaliação do impacto de programas e aperfeiçoamento de estruturas e processos dos serviços de saúde (BRASIL, 2006c).

Esse Programa de Capacitação é dividido em cursos de longa duração e cursos de curta duração. Os cursos de longa duração, inicialmente, eram destinados aos técnicos de “alto nível”. Neste curso se incluíam os mestrados profissionais e os cursos de especialização. Já os cursos de curta duração eram para capacitar profissionais da saúde em temas específicos, tais como: vigilância de agravos, informação ou

laboratório. Os mais importantes cursos de curta duração são: o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) e o Curso Básico de Vigilância Ambiental (CBVA). A primeira versão do CBVE é de 1986 (BRASIL, 2005a), enquanto que a do CBVA, realizado pela FUNASA, conseguimos identificar como sendo do ano 2000. Atualmente esses dois cursos continuam a ser ministrados para os profissionais da Vigilância em Saúde.

O CBVE, inicialmente, destinava-se a formação de dois técnicos de cada estado que se comprometiam a repassar esse curso para as equipes de vigilância epidemiológica do estado e dos municípios. Quanto ao CBVA o objetivo inicial era oferecer instrumentos para a implantação da vigilância em saúde ambiental nos estados, municípios e distrito federal.

Além desses cursos, aqui referidos rapidamente, a SVS disponibiliza palestras sobre temas de interesse geral como, por exemplo: a erradicação da poliomielite no Brasil, o Novo Regulamento Sanitário Internacional, entre outras. O órgão também oferece cursos de atualização em temas específicos, tais como: SINAN e avaliação em saúde (BRASIL, 2006c).

Com o apoio de cooperações internacionais também estão sendo realizados outros empreendimentos no tocante a capacitação dos profissionais da saúde como, por exemplo: o Programa de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS, que é voltado para a formação de especialistas em investigação de surtos; o Curso de Mestrado e as Oficinas em Monitoramento e Avaliação que é coordenado pelo Programa Nacional de DST-AIDS, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Também são promovidos cursos à distância no nível de especialização, executados pela *Bloombeq School of Public Health* da Universidade Johns Hopkins, com o objetivo de formar gerentes dos serviços de saúde em epidemiologia aplicada à gestão e em métodos de planejamento e avaliação de serviços voltados a profissionais vinculados a SVS, as SESs e as SMSs. E por fim, estão sendo implementados cursos de mestrado e especialização em vários estados brasileiros com a colaboração de universidades federais e estaduais (BRASIL, 2006c).

Havendo essa variedade de cursos de capacitação, perguntamos: de que forma está acontecendo à capacitação dos profissionais da saúde que atuam na base da Vigilância em Saúde nos municípios de Santa Catarina? A resposta a essa questão responderemos no próximo capítulo quando enfatizaremos a pesquisa empírica num município de SC.

4.5 O ATUAL PROCESSO FUNCIONAL DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA INSERIDA NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

Atualmente a vigilância epidemiológica, parte integrante da Vigilância em Saúde, vem sendo considerada como a atividade de maior importância no controle, prevenção e monitoração das doenças. Ou, como lembra Silva (2005), a vigilância vem se tornando uma atividade insubstituível, pois, se constitui num importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como, a normatização das atividades técnicas.

É fato que no Brasil a vigilância epidemiológica é hoje uma atividade exclusiva dos serviços públicos e a tendência, no que diz respeito ao controle, prevenção e também a monitorização¹⁴⁸ das doenças transmissíveis, está cada vez mais focada na vigilância descentralizada, ou melhor, na vigilância realizada pelos municípios. Mas, os estados também têm um encargo muito importante na vigilância epidemiológica, principalmente, no que se refere a toda orientação técnica permanente para todos os profissionais da saúde que tem a responsabilidade de decidir sobre as ações de controle de doenças e agravos¹⁴⁹. E para esse fim é necessário obter informações atualizadas sobre a ocorrência das doenças e agravos, bem como, dos seus fatores condicionantes numa área geográfica ou população definida, sendo este um dos papéis dos municípios na vigilância epidemiológica. Ou seja, temos aqui um processo interdependente entre estados e municípios.

A vigilância epidemiológica pode ser desenvolvida de várias formas, entretanto, duas formas são as mais rotineiras, principalmente, em se tratando da vigilância realizada pelos municípios, são elas a vigilância passiva e a ativa. No tipo passiva, segundo Jekel, Elmore & Katz (1999), é esperado que sejam comunicados todos os casos de doenças notificáveis que são atendidos pelos serviços de saúde públicos.

¹⁴⁸ Conforme Pereira (1995) a monitorização das doenças e agravos diz respeito às observações acumuladas em bancos de dados sobre determinados problemas de saúde que afetam a população. Essa atividade de monitorização subsidia todo o processo de análise e interpretação dos dados que resultam na disseminação de informações.

¹⁴⁹ No anexo J estarão sendo apresentadas as competências dos entes federados no que diz respeito à gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, conforme a Portaria GM nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009.

A desvantagem desse tipo diz respeito a sua propensão a subnotificação. Já o tipo ativo é realizado por meio de busca permanente dos casos, seja por telefonemas periódicos ou visitas pessoais aos serviços de saúde tanto públicos (postos de saúde, centros de saúde, hospitais e outros departamentos públicos de saúde), como os privados (clínicas privadas, laboratórios, hospitais). Esse tipo, segundo o autor, é considerado o mais oneroso e o que requer mais trabalho e, portanto, não é na maioria das vezes realizado rotineiramente. No entanto, em algumas situações o tipo ativo é extremamente necessário.

Quanto à operacionalização da vigilância epidemiológica esta abarca, segundo o último Guia da Vigilância Epidemiológica (BRASIL 2010c p. 20), “um ciclo de funções específicas e intercomplementares” que se desenvolvidas continuamente permitem conhecer o comportamento das doenças ou agravos de forma que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com eficácia, sendo que, as principais funções da vigilância epidemiológica para esse fim são as seguintes:

- ◆ coleta de dados;
- ◆ processamento dos dados coletados;
- ◆ análise e interpretação dos dados processados;
- ◆ recomendação das medidas de controle apropriadas;
- ◆ promoção das ações de controle indicadas;
- ◆ avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e
- ◆ divulgação de informações pertinentes.

Todos os níveis (federal, estadual e municipal) do sistema de saúde brasileiro devem abranger essas funções de vigilância epidemiológica com graus de especificidade variáveis. Ou seja, as ações executivas deverão ser relativas ao nível municipal e seu exercício exigirá conhecimento analítico da situação de saúde local. Já aos níveis nacional e estadual caberá conduzir as ações de caráter estratégico e de longo alcance. Sendo que, a eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis.

Ainda segundo o Guia (BRASIL, 2010c, p. 19), “quanto mais capacitada e eficiente for a instância local, mais oportunamente podem ser executadas as medidas de controle”. E ainda, quanto mais consistentes os dados e informações produzidos pela instância municipal maior probabilidade de conhecimento do quadro sanitário estadual e nacional e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental. Nesse contexto atual perguntamos: os municípios

catarinenses são capazes e eficientes para executar as medidas de registro e controle?

Consideramos importante a elucidação dessa questão, pois, observamos que há uma tendência em tornar as ações de vigilância epidemiológica dos níveis estaduais e federais “somente para questões emergenciais ou aquelas ações que requeiram avaliação complexa e abrangente com participação de especialistas e centros de referência, inclusive internacionais” (BRASIL, 2010c, p. 19). Dessa forma, hoje a prioridade é o fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica que devem ser dotados de autonomia técnico-gerencial para focar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. Sendo assim, questionamos: como está ocorrendo esse fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica em SC?¹⁵⁰

Mais precisamente do ponto de vista da pesquisa empírica, que será apresentada na segunda parte deste trabalho, a questão é: como o município de pesquisa têm absorvido essas mudanças que sobrevieram com a política descentralizada do setor da saúde, a partir da década de 1990, no que diz respeito as suas competências em relação à vigilância das doenças transmissíveis? Todavia, as principais atividades enfatizadas são: a notificação das doenças transmissíveis e os problemas de subnotificação, e a investigação epidemiológica de campo. Assim como, procuramos conhecer como os vários setores públicos da saúde municipal estão se organizando intrasetorialmente (entre os setores da saúde) e intersetorialmente (entre os vários setores municipais) na tentativa de produzir soluções inovadoras para o controle e combate das doenças transmissíveis.

Sendo assim, passaremos a conhecer um pouco mais sobre essas atividades que são consideradas essenciais para a vigilância epidemiológica que são: a notificação das doenças e a vigilância epidemiológica de campo.

4.5.1 A notificação de doenças e agravos e o SINAN

A notificação de doenças e agravos corresponde à comunicação da ocorrência de suspeita de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão,

¹⁵⁰ Enfatizamos que não é pretensão dessa tese dar conta da amplitude de todas as questões que foram surgindo durante a sua produção, mas, sim levantar alguns pontos importantes para impulsionar uma possível pesquisa elucidatória.

para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes (BRASIL, 2007c). Ao considerarmos a história da saúde pública no Brasil notamos que a notificação compulsória das doenças tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação. Dessa forma, a notificação das doenças é de extrema importância, já que, é por meio dela que é possível os órgãos competentes criarem estratégias de atuação da epidemiologia.

No Brasil, a notificação de doenças enquanto prática ocorre desde o início do século XX, conforme foi apresentado no capítulo 2 desta tese. Foi nessa época que o Congresso Nacional estabeleceu as bases da defesa sanitária na capital federal e acabou impondo a notificação compulsória de algumas doenças (tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola, difteria, febre tifoide, tuberculose e hanseníase). Em 1961, por meio do Decreto nº 49.974-A, foram instituídas 45 doenças de notificação compulsória de casos confirmados ou suspeitos¹⁵¹ (BRASIL, 1961). Apesar de já haver a prática da notificação, foi somente em 1969 que foi organizado, pela FSESP, a notificação sistemática de algumas doenças transmissíveis, prioritariamente, aquelas passíveis de controle por meio de programas de vacinação.

Em 1976, com a criação do SNVE, foi se ampliando o número de doenças de notificação compulsória, inclusive, foram incorporadas as doenças vinculadas ao programa de imunizações e aquelas doenças coordenadas pelos órgãos específicos do MS (malária, hanseníase e tuberculose) e as meningites em geral. A partir daí outras foram sendo acrescentadas a lista de doenças que deveriam ser notificadas¹⁵².

Após a implantação do SNVE a notificação passou a ser um dever de todo cidadão, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como, aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de

¹⁵¹ Entende-se por caso suspeito a pessoa cuja história clínica e epidemiológica, sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção/contaminação sugerem estar desenvolvendo ou em vias de desenvolver alguma doença (BRASIL, 2010).

¹⁵² Conseguimos identificar até o ano 2000 cinco Portarias do MS acrescentado novas doenças a lista de notificação (Portaria nº 608/1979; Portaria nº 542/1986; Portaria nº 114/1996; Portaria nº 1100/1996; Portaria nº 993/2000), para maiores informações sugerimos a pesquisa no site oficial do MS, mais precisamente, no acesso ao sistema de legislação da saúde (<http://portal2.saude.gov.br/sau-del-egis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>).

saúde e ensino. Após a notificação, a autoridade sanitária era obrigada a proceder à investigação epidemiológica pertinente para esclarecimento do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob risco. Devendo adotar as medidas necessárias para o controle da doença (BRASIL, 1975b).

As notificações passaram a ser realizadas pelas unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares que semanalmente enviavam o Relatório de Doenças de Notificação Obrigatória às UVEs (que pertenciam as SESs) e estas faziam um consolidado mensal e enviavam por aerograma para o MS. Entretanto, conforme Alvanhan et al (2001, p. 214), esse sistema apresentava problemas de subnotificação e supria de forma bastante limitada às necessidades mínimas de informação no país. Ainda segundo o autor, o instrumento de coleta se mostrava inespecífico e “sem o detalhamento de variáveis fundamentais, para estimular a atuação da vigilância epidemiológica no nível local, ou seja, nas áreas de abrangências das unidades básicas de saúde e no município”. Conseqüentemente, diversos sistemas paralelos foram sendo criados nos diferentes níveis: estadual, municipal e inclusive no nacional.

Já na década de 1990 para tentar sanar as várias dificuldades desse Sistema de Notificação Compulsória de Doenças o MS resolveu criar o SINAN que foi desenvolvido entre os anos de 1990 e 1993.

Esse sistema de informação foi e continua sendo aperfeiçoado ao longo do tempo e atualmente se constitui de uma base de dados constantemente alimentada pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam das Listas Nacionais de Doenças de Notificação Compulsória. Foi idealizado como um sistema modular e informatizado desde o nível local, podendo ser operado, inclusive, a partir das unidades de saúde (MERCADANTE, 2002).

Esse instrumento da Vigilância em Saúde tem por objetivo: coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

Por meio dos dados do SINAN é possível a realização do diagnóstico da ocorrência de um evento na população e pode fornecer subsídios para explicações causais das doenças/agravos de notificação compulsória. Além disso, pode indicar riscos aos quais os indivíduos estão sujeitos e, conseqüentemente, contribuir para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Dessa forma, por meio dos dados que constam no SINAN é possível analisar a

incidência e a prevalência¹⁵³, a letalidade e a mortalidade¹⁵⁴. Assim como, realizar análises de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente, para as doenças transmissíveis de notificação obrigatória, além de outros indicadores epidemiológicos e operacionais utilizados para as avaliações local, municipal, estadual e nacional. Portanto, a manutenção periódica da atualização da base de dados do SINAN é fundamental para o acompanhamento da situação epidemiológica das doenças/agravos incluídos no sistema.

O SINAN deve e pode ser operacionalizado nas unidades de saúde municipais e caso o município não disponha de computadores em suas unidades, ele pode ser acessado nas secretarias municipais, regionais de saúde ou SESs (BRASIL, 2007d). Aliás, é preconizado que todos os dados que alimentam os vários sistemas de saúde, inclusive o SINAN, devem ser retroalimentados, ou seja, devem retornar regularmente para as fontes produtoras dos dados para que essas percebam a sua contribuição no processo. Na retroalimentação poderá ser visualizado desde a consolidação dos dados até análises epidemiológicas mais complexas relacionadas com as ações de controle das doenças.

Por fim, destacamos que a entrada dos dados no SINAN ocorre pela utilização de formulários padronizados que devem ser preenchidos, principalmente, por profissionais municipais da saúde aptos a fazê-lo. Para a Vigilância em Saúde os principais formulários a serem preenchidos são: a ficha individual de notificação, a ficha individual de investigação de caso esporádico e a ficha de investigação de surtos¹⁵⁵, esses são os principais instrumentos que oferecem suporte de análise

¹⁵³ A incidência indica o número de casos novos ocorridos em certo período de tempo em uma população específica, enquanto prevalência refere-se ao número de casos (novos e velhos) encontrados em uma população definida em um determinado ponto no tempo (BONITA, BEAGLEHOLE & KJELLSTRÖM, 2010 p. 18).

¹⁵⁴ Voltamos a lembrar que letalidade se relaciona o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas pela doença. Já a mortalidade refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo do tempo (BRASIL, 2010c).

¹⁵⁵ Além desses formulários o sistema também possui planilha e boletim de acompanhamento de surtos, reproduzidos pelos municípios, e os boletins de acompanhamento de hanseníase e tuberculose, emitidos pelo próprio sistema. Sendo que a impressão, distribuição e numeração desses formulários são de responsabilidade do estado ou município.

para a situação epidemiológica das doenças/agravos de notificação compulsória em todas as localidades do Brasil.

4.5.2 As atuais listas de doenças de notificação

Em 2001, já com a descentralização do setor da saúde em andamento, foi definida por meio da Portaria GM/MS nº 1.943, outra relação que constava 35 doenças de notificação compulsória em todo o território nacional (BRASIL, 2004). Em 2006 a Portaria GM/MS nº 5 estabeleceu: a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, da qual, faziam parte 41 doenças; a Lista de Doenças e Agravos de Notificação Imediata; e também uma Lista da qual faziam parte algumas doenças que deveriam ser notificadas pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados e os Laboratórios de Referência Nacional ou Regional mediante a confirmação dos resultados (BRASIL, 2006d).

É importante abrirmos um parêntesis para apresentarmos os vários critérios adotados para seleção de doenças e agravos prioritários à vigilância epidemiológica, são eles:

- ◆ magnitude que se traduz pela incidência, prevalência, mortalidade, anos potenciais de vida perdidos;
- ◆ potencial de disseminação que se expressa pela transmissibilidade da doença, possibilidade da sua disseminação por vetores e demais fontes de infecção, colocando sob risco outros indivíduos ou coletividades;
- ◆ transcendência que se expressa por características subsidiárias que conferem relevância especial à doença ou agravo, destacando-se: severidade (medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de sequelas); relevância social (significa o valor que a sociedade imputa à ocorrência do evento, por estigmatização dos doentes, medo e indignação); relevância econômica (situações de saúde que afetam o desenvolvimento econômico, em razão das restrições comerciais, perdas de vidas, absenteísmo ao trabalho, custo de diagnóstico e de tratamento, entre outros fatores);
- ◆ vulnerabilidade que é medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades (BRASIL, 2010c).

Além desses quatro critérios, ainda podem ser relacionados:

- ◆ compromissos internacionais que se relacionam a acordos firmados entre países membros da OMS, que visam à adoção de

esforços conjuntos para o alcance de metas continentais, ou até mesmo mundiais de controle, eliminação ou erradicação de algumas doenças como, por exemplo, o sarampo;

- ◆ regulamento sanitário internacional que se refere às doenças que são definidas como de notificação compulsória internacional. Estas devem ser incluídas, obrigatoriamente, nas listas de todos os países membros da OMS como, por exemplo: cólera, peste e febre amarela, entre outros;

- ◆ epidemias, surtos e agravos inusitados que se referem a todas as suspeitas de epidemias ou de ocorrência de agravo inusitado que devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores, pelo meio mais rápido de comunicação disponível. Devendo ser instituídos mecanismos próprios de notificação, definidos de acordo com a apresentação clínica e epidemiológica do evento (BRASIL, 2010c).

Voltando ao tema central dessa subseção, temos que em 2010 a Portaria nº 2.472 elencou as três últimas listas de doenças de notificação. A primeira delas é a Lista de Notificação Compulsória que se refere às doenças e agravos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde pública e privada. As suspeitas de doenças e eventos constantes nessa Lista devem ser notificadas e registradas no SINAN obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela SVS do MS. Nessa Lista estão contempladas as seguintes doenças:

Quadro 21 - Lista de Notificação Compulsória - 2010¹⁵⁶

1. Acidentes por animais peçonhentos;	19. Hantavírose;	29. Peste;
2. Atendimento antirrábico;	20. Hepatites Virais;	30. Poliomielite
3. Botulismo;	21. Infecção pelo vírus do HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;	31. Raiva Humana;
4. Carbúnculo ou Antraz;	22. Influenza humana por novo subtipo;	32. Rubéola;
5. Cólera;	23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);	33. Sarampo;
6. Coqueluche;	24. Leishmaniose Tegumentar Americana;	34. Sífilis Adquirida;
7. Dengue;	25. Leishmaniose Visceral;	35. Sífilis Congênita;
8. Difteria;	26. Leptospirose;	36. Sífilis em Gestante;
9. Doença de Creutzfeldt - Jacob;	27. Malária;	37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;	28. Paralisia Flácida Aguda;	38. Síndrome da Rubéola Congênita;
11. Doenças de Chagas Aguda;		39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
12. Esquistossomose;		40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;		41. Tétano;
14. Febre Amarela;		42. Tuberculose;
15. Febre do Nilo Ocidental;		43. Tularemia; e
16. Febre Maculosa;		44. Varíola.
17. Febre Tifoide;		
18. Hanseníase;		

Fonte: Brasil (2010)

Quanto às doenças e agravos constantes da Lista de Notificação Compulsória Imediata (quadro abaixo) devem ser notificados às SESs e SMSs no prazo máximo de 24 horas a partir da suspeita inicial. E essas também devem informar imediatamente a SVS seja por telefone, email ou diretamente no site da SVS. Os casos constantes de notificação imediata também devem ser registrados no SINAN no prazo máximo de sete dias a partir da data da notificação. A confirmação laboratorial, seja de caso individual ou surto, deve ser notificada pelos laboratórios públicos (de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada unidade federativa. Faz parte desta Lista os casos suspeitos ou confirmados das seguintes doenças/agravos/eventos:

¹⁵⁶ Os casos de malária na região da Amazônia Legal são registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Malária, sendo que, na região extra-amazônica são registrados no SINAN. Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas são registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose e os casos de formas graves são registrados no SINAN, sendo que, nas áreas não endêmicas todos os casos devem ser registrados no SINAN (BRASIL, 2010).

Quadro 22 - Lista Nacional de Compulsória Imediata - 2010¹⁵⁷

I-Caso suspeito ou confirmado:	II. Surto ou agregação de casos ou óbitos por:	III. Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Botulismo; 2. Carbúnculo ou Antraz; 3. Cólera; 4. Dengue sorotipo DENV4; 5. Doença de Chagas Aguda; 6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, lhéus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chickungunya, Encefalite Japonesa, entre outras; 7. Febre Amarela; 8. Febre do Nilo Ocidental; 9. Hantavirose; 10. Influenza humana por novo subtipo; 11. Peste; 12. Poliomielite; 13. Raiva Humana; 14. Sarampo em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior; 15. Rubéola em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior; 16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus; 17. Varíola; 18. Tularemia; e 19. Síndrome de Rubéola Congênita 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difteria; 2. Doença Meningocócica; 3. Doença Transmitida por Alimentos em navios ou aeronaves; 4. Influenza Humana; 5. Meningites Virais; 6. Sarampo; 7. Rubéola; e 8. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se: a) alteração no padrão epidemiológico de doenças que constam na LNC; b) doença de origem desconhecida; c) exposição a contaminantes químicos; d) exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS; e) exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA; f) acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU; g) desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados; h) desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primatas não humanos 2. Equinos 3. Aves 4. Morcegos- raiva: morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: voos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes. 5. Canídeos - raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva. Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie <i>Leishmania chagasi</i>. 6. Roedores silvestres - peste: roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

Fonte: Brasil (2010)

¹⁵⁷ Lembrando que no caso de algumas doenças e agravos como, por exemplo, as DTAs ou a dengue, a vigilância epidemiológica deve agir integrada a vigilância sanitária e também a vigilância ambiental.

A terceira e última é a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas¹⁵⁸ que se refere às doenças e agravos que são atendidos nessas unidades e que devem ser registrados no SINAN, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas para o Sistema. Constatam dessa Lista as seguintes doenças e agravos:

Quadro 23 - Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas - 2010

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho;
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Rotavírus;
12. Toxoplasmose aguda gestacional e congênita;
13. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
14. Violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada.

Fonte: Brasil (2010)

Algumas das doenças e agravos que fazem parte destas Listas só podem ser notificadas após a sua confirmação, entre elas temos: AIDS (menores de 13 anos e maiores de 13 anos); esquistossomose em área não endêmica; hanseníase; gestante HIV +; leishmaniose tegumentar americana; tuberculose; sífilis congênita; sífilis em gestante; e as doenças relacionadas à saúde do trabalhador (acidente de trabalho com exposição a material biológico; acidente de trabalho grave; câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais como LER/DORT, PAIR; pneumoconioses; transtornos mentais relacionados ao trabalho) (BRASIL, 2007d).

No Brasil toda e qualquer notificação compulsória das doenças sugere a responsabilidade formal de todos os cidadãos e também é considerada uma obrigação inerente ao exercício da Medicina e de todas as profissões relacionadas às áreas de saúde, inclusive os hospitais e laboratórios sejam públicos ou privados. Entretanto, a essas Listas

¹⁵⁸ Os Sistemas de Vigilância Epidemiológica geralmente utilizam hospitais, postos de saúde e até laboratórios como "unidades de saúde sentinelas", que funcionam como um alerta para investigação e adoção de medidas de controle de doenças graves.

podem ser adicionadas outras doenças de interesse regional ou local. Isso quer dizer que as SESs podem acrescentar patologias a essas listas justificando a necessidade e definindo os mecanismos operacionais correspondentes¹⁵⁹.

No caso de Santa Catarina em 2010 foi publicada a última Portaria nº 1.118 que estabeleceu as doenças e agravos de notificação compulsória de interesse do estado, devendo ser notificados todos os casos suspeitos ou confirmados das seguintes doenças:

Quadro 24 - Doenças e agravos de notificação compulsória em SC – 2010

<ol style="list-style-type: none"> 1. Caxumba ou Parotidite 2. Cisticercose 3. Condiloma acuminado (verrugas anogenitais) 4. Desnutrição grave 5. Herpes genital (1º episódio ou primo-infecção) 6. Neoplasias malignas 7. Óbito materno 8. Síndrome do corrimento cervical (secreção cervical mucopurulenta sugestiva de gonorreia e/ou clamídia) 9. Síndrome da úlcera genital (excluindo herpes genital) 10. Teníase 11. Varicela 12. Violência doméstica, sexual e /ou outras violências
--

Fonte: Santa Catarina (2010)

Ainda, para haver uma notificação eficiente devem ser considerados os seguintes aspectos:

- ◆ a simples suspeita de qualquer uma das doenças listadas deve ser notificado mesmo não ocorrendo à confirmação do caso, pois, isto pode significar perda de oportunidade de intervir eficazmente;
- ◆ a notificação tem de ser sigilosa, ou seja, só pode ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos;
- ◆ o envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser realizado mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações.

No Brasil todas as notificações devem ser registradas no SINAN que é o principal instrumento de coleta dos dados da vigilância epidemiológica. No caso das doenças de notificação compulsória o

¹⁵⁹ Além da notificação compulsória, o Sistema de Vigilância Epidemiológica pode definir doenças e agravos como de notificação simples.

registro é realizado após o preenchimento de um formulário padronizado denominado ficha individual de notificação (FIN).

4.5.2.1 Ficha individual de notificação

A FIN (apresentada no anexo K) deve ser preenchida pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde (ou quaisquer outras fontes notificadoras do município como hospitais e laboratórios) sempre que houver a suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Caso os campos a serem preenchidos da ficha de notificação estejam incompletos fica inviabilizada a inclusão do caso no sistema.

A FIN deve ser impressa na própria unidade de saúde em duas vias pré-numeradas (caso o município não seja informatizado a ficha deverá ser encaminhada para o local designado pela SMS para digitação e impressão). Uma das vias deve ser arquivada na própria unidade de saúde notificante. A outra via deverá ser encaminhada para o núcleo de vigilância epidemiológica municipal de acordo com a rotina estabelecida pela SMS (exceto para as doenças/agravos de notificação imediata que deverão ser encaminhados diariamente). No núcleo ou unidade de vigilância epidemiológica as fichas deverão ser submetidas à análise antes do encaminhamento para inclusão no sistema (BRASIL, 2007d). Após análise, o arquivo contendo todas as informações deverá ser repassado semanalmente para as SESs. Já a comunicação entre as SESs e a SVS deve ocorrer quinzenalmente, ou de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano (vide Fluxograma de Informações do SINAN no anexo L).

A FIN também tem campos especiais em que podem ser realizadas tanto as notificações negativas, quanto as notificações de surtos/epidemias. Sendo que, após a notificação de surtos deve haver investigação dos casos e preenchimento das fichas específicas, as quais serão detalhadas mais adiante.

Quanto ao campo específico para registro das notificações negativas deve ser preenchido caso não ocorra nenhuma suspeita de doença. Esta é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alertas para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação. Ainda destacamos que o núcleo de vigilância epidemiológica municipal também é responsável por realizar busca ativa de casos nas unidades que só notificam negativamente ou que não estejam realizando notificação.

Apesar de tal zelo quanto a evitar a subnotificação sabe-se que esse é um problema constante em todo o país. Os motivos que levam a uma doença ser subnotificada são vários e entre eles podemos citar, por exemplo: desconhecimento por parte dos profissionais da saúde dos aspectos epidemiológicos das doenças; desconhecimento da importância da notificação; descrédito nas ações de prevenção e controle efetuadas pelo sistema de vigilância epidemiológica; receio que a notificação da doença venha a violar o anonimato do paciente; e ainda, falta de acompanhamento e supervisão da rede de serviços e pela falta de retorno dos dados coletados e das ações que foram geradas pela análise (ALVANHAN et al, 2001).

No Brasil estima-se que o índice de subnotificação é bastante alto, principalmente, em se tratando de doenças ainda consideradas discriminatórias como: AIDS, hanseníase e tuberculose, que mesmo havendo programas federais específicos para essas doenças muitos pacientes procuram tratamento na rede privada de saúde que, na maioria das vezes, acaba caracterizando o anonimato do paciente e consequentemente a subnotificação dessas doenças.

Em Santa Catarina, de acordo com *TÂNTALO*, o índice de subnotificação das doenças fica em torno de 15 a 20%¹⁶⁰. Quando questionamos o entrevistado sobre a subnotificação de doenças como AIDS, ele informou que para as doenças que o MS fornece medicação (AIDS, hepatite) na hora da entrega do remédio é realizado o cruzamento de dados do paciente e caso esse paciente não conste no sistema é automaticamente notificado.

Ainda conforme *TÂNTALO* a falha da subnotificação não é só do médico do serviço público ou privado, mas, dos dentistas, dos laboratórios, dos hospitais e até dos farmacêuticos que também tem obrigação de notificar casos como, por exemplo, de doenças sexualmente transmissíveis ou doenças comuns na infância como a varicela. Visto que, muitas vezes os infectados procuram auxílio no balcão da farmácia deixando de ir ao sistema de saúde público em que seriam tratados, o caso seria notificado e haveria o alerta quanto a um possível surto.

¹⁶⁰ Lembramos que trata-se de um dado de difícil mensuração devido os limites nos registros de casos. Portanto, esse índice mencionado pelo entrevistado é discutível e pode ser maior.

4.5.3 Investigação epidemiológica de campo

A investigação epidemiológica de campo, assim como a notificação das doenças, é uma das principais competências das unidades de vigilância epidemiológica municipais.

Em se tratando das doenças transmissíveis a investigação epidemiológica de campo ocorre no interior do tipo de vigilância denominada vigilância ativa, pois, consiste em um estudo de campo realizado após a notificação de uma doença, seja ela suspeita ou confirmada, e seus contatos. Essa investigação deve ser realizada sempre que houver uma notificação de caso individual (esporádicos) e também de surtos e epidemias, sendo que, há uma ficha específica para cada um desses tipos de problema, e se constitui como uma atividade obrigatória de todo o sistema local de vigilância epidemiológica. Seus objetivos principais são: identificar fonte de infecção e modo de transmissão; identificar grupos expostos a maior risco e fatores de risco; confirmar o diagnóstico; e determinar as principais características epidemiológicas. O seu propósito final é orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos (BRASIL, 2010c).

Dependendo da gravidade da doença ou agravo a investigação epidemiológica deve ser iniciada imediatamente após o recebimento de uma notificação de suspeita como, por exemplo, o caso de mordedura de animal. Isso se faz necessário para que possam ser implementadas rapidamente as medidas de controle.

4.5.3.1 Etapas da investigação epidemiológica de casos individuais (esporádicos)

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2010c) são várias as etapas da investigação epidemiológica de casos individuais que devem ser realizadas, principalmente, pelos profissionais das unidades de vigilância epidemiológicas municipais, e algumas delas são desenvolvidas simultaneamente. Como forma de resumir essas etapas estamos apresentando-as no quadro abaixo:

Quadro 25 - Roteiro para investigação epidemiológica de casos esporádicos

Etapas	Objetivos	Ações/Observações
Coleta de dados	obter dados com o paciente, familiares, médico, e outros informantes.	identificação do paciente; anamnese, exame físico; formulação de suspeita diagnóstica; informações ambientais que possam estar vinculada a doença; exames laboratoriais para esclarecimento: do diagnóstico, fontes de contaminação; veículo de transmissão; e pesquisa de vetores.
Busca de pistas	buscar subsídios que permitam colaborar para o esclarecimento do evento	verificar: fontes de infecção; período de incubação do agente; modos de transmissão; características biológicas e sociais; abrangência da transmissão; possibilidade da existência de vetores ligados à transmissão da doença; fatores de risco: época em que ocorreu; ocupação do indivíduo; situação de saneamento na área de ocorrência dos casos; outros aspectos relevantes das condições de vida na área de procedência dos casos; potenciais riscos ambientais.
Busca ativa de casos	identificar casos adicionais não notificados, ou casos oligossintomáticos ¹⁶¹ que não buscaram atenção médica. A busca pode ser restrita a um domicílio, rua, bairro, e/ou ser realizada em todas as unidades de saúde sejam públicas ou privadas ou ainda ultrapassar barreiras geográficas de municípios ou estados, conforme as correntes migratórias ou características dos veículos de transmissão.	tratar adequadamente esses casos; determinar a magnitude e extensão do evento; ampliar o espectro das medidas de controle.

continua

¹⁶¹ Segundo o descritor de Ciências da Saúde pacientes oligossintomáticos são aqueles que exibem ou se queixam de poucos sinais ou sintomas (disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>).

Etapas	Objetivos	Ações/Observações
Processamento e análises parciais dos dados	visa proceder análises parciais na medida em que forem apurados novos dados/informações. Essa medida é importante, pois, é o instrumento que define quais passos devem ser seguidos até a conclusão da investigação e as medidas de controle tenham se mostrado efetivas.	a consolidação, análise e interpretação dos dados disponíveis devem considerar as características de pessoa, tempo, lugar e os aspectos clínicos e epidemiológicos para a formulação de hipóteses quanto ao diagnóstico clínico, à fonte de transmissão, aos potenciais riscos ambientais, à efetividade das medidas de controle adotadas até aquele momento.
Encerramento de casos	analisar as fichas epidemiológicas de cada caso visando definir qual critério (clínico-epidemiológico-laboratorial; clínico-laboratorial; clínico-epidemiológico) foi ou será empregado para o diagnóstico final, considerando as definições de caso específicas para cada doença.	em situações de eventos inusitados após a coleta dos dados dos primeiros casos, deve-se padronizar o conjunto de manifestações clínicas e evidências epidemiológicas, definindo-se o que será considerado como "caso".
Relatório final	realizar relatório final e enviá-lo a todos os profissionais que prestaram assistência médica aos casos e aos participantes da investigação clínica e epidemiológica; representantes da comunidade; autoridades locais; administração central dos órgãos responsáveis pela investigação e controle do evento.	deve ser destacado: causa da ocorrência, indicando se houve falha da vigilância epidemiológica e/ou dos serviços de saúde e quais providências foram adotadas para sua correção; se as medidas de prevenção implementadas em curto prazo estão sendo executadas; descrição das orientações e recomendações a médio e longo prazos a serem instituídas, tanto pela área de saúde quanto de outros setores; alerta às autoridades de saúde dos níveis hierárquicos superiores naquelas situações que são colocados sob risco outros espaços geopolíticos.

Fonte: Brasil (2010c)

No Brasil, assim como as notificações de doenças, as posteriores investigações epidemiológicas de casos individuais (esporádicos) devem ser registradas no SINAN que é o principal instrumento de coleta dos dados da vigilância epidemiológica. O registro é realizado após o preenchimento de formulário padronizado denominados Ficha Individual de Investigação de Casos Esporádicos (FII).

A FII (vide no anexo M), na maioria das vezes, configura-se como roteiro de investigação distinto para cada tipo de doença devendo ser utilizado, preferencialmente, pelos serviços municipais de vigilância ou unidades de saúde capacitadas para a realização da investigação epidemiológica. Essa ficha permite a obtenção de dados que possibilitam a identificação da fonte de infecção e mecanismos de transmissão da doença. Além disso, possibilitam maior conhecimento

acerca da situação epidemiológica da doença investigada e a identificação de áreas de risco (BRASIL, 2007d).

De modo geral, as FIIs devem ser digitadas na própria unidade ou SMS, devem receber o mesmo número da ficha de notificação correspondente ao caso, e seus dados enviados seguindo o mesmo fluxo da notificação. É importante destacar que o não preenchimento dos campos obrigatórios específicos de cada doença/agravo inviabiliza a inclusão dos casos no sistema. Quanto a isso **TÁNTALO** menciona que essas fichas por serem extensas apresentam em SC um preenchimento falho do ponto de vista qualitativo.

Ao contrário da FIN, em que as críticas de consistência são realizadas antes do seu envio a qualquer outra esfera de governo, a necessidade de desencadeamento imediato de uma ação faz com que, nesse caso, os dados da FII sejam remetidos o mais rapidamente possível. Ficando parte da sua crítica para um segundo momento, ou seja, nas análises de rotina da qualidade das bases de dados efetuadas nos diversos níveis do sistema (BRASIL, 2010c).

Todas as investigações epidemiológicas devem ter o seu encerramento cadastrado no SINAN e para que isso ocorra é necessário aguardar um período que varia de acordo com a doença, conforme o quadro abaixo:

Quadro 26 - Prazo para encerramento oportuno da investigação por doença/agravo

Doenças/Agravos	Prazos
Botulismo Carbúnculo ou “Antraz” Cólera Coqueluche Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) Dengue Difteria Doença de Creutzfeldt-Jacob Doenças de Chagas (casos agudos) Esquistossomose (em área não endêmica) Eventos adversos pós-vacinação Febre Amarela Febre do Nilo Ocidental Febre Maculosa Febre Tifoide Hantavirose Influenza Humana por novo tipo (pandêmica) Leptospirose Malária Meningites Peste Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda Raiva Humana Sífilis Congênita Sífilis em gestante Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda Síndrome Respiratória Aguda Grave Tétano Neonatal e Acidental Tularemia Variola	<p style="text-align: center;">Até 60 dias após a data de notificação</p>
Hepatites Virais Leishmaniose Tegumentar Americana Leishmaniose Visceral	<p style="text-align: center;">Até 180 dias após a data de notificação</p>
Síndrome da Rubéola Congênita	<p style="text-align: center;">Até 180 dias após a data de nascimento</p>
Hanseníase	<p>Paucibacilares: Até 180 dias após a data do diagnóstico. Multibacilares: Até 12 meses após a data do diagnóstico.</p>
Tuberculose	<p>Até 90 dias após o prazo preconizado para conclusão do tratamento, a contar da data de início do tratamento.</p>

Fonte: Brasil (2007d)

Ressaltamos que a falta de encerramento dos casos de notificação compulsória nacional, após 60 dias do prazo estipulado para encerramento dos casos, acarreta suspensão das transferências dos recursos (exceto para hanseníase e tuberculose) (BRASIL, 2005).

4.5.3.2 Etapas da investigação de surtos e epidemias

O principal objetivo da investigação de uma epidemia ou surto de determinada doença infecciosa¹⁶² é identificar formas de interromper a transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2010c), antes de dar início ao trabalho de investigação de campo é essencial que os profissionais da vigilância epidemiológica conheçam o máximo possível sobre a doença suspeita de causar a epidemia/surto para que possa ser planejado o trabalho de campo, no que diz respeito: ao material, insumos e equipamentos necessários para realizar a investigação; definição dos papéis dos profissionais no processo de investigação (líder ou executor da investigação); se houver necessidade constituir equipes multiprofissionais e demarcar suas atribuições. Além disso, a equipe ao ir para campo deve saber para que lugar os pacientes devem ser encaminhados para tratamento (posto de saúde e hospitais, entre outros); deve dispor de material para coleta de amostras biológicas; roteiro de procedimento de coletas e de transporte de amostras; e ainda ter a mão a relação dos laboratórios de referência. No quadro abaixo está disposto o resumo do roteiro para a investigação de campo das epidemias/surtos, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2010c):

¹⁶² Ao se tratar de surtos de doenças transmitidas por alimentos o protocolo de investigação possui características um pouco diferentes cujos procedimentos são abordados pela vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária. Dessa forma, consideramos que o trabalho com referencia a esse fenômeno é um trabalho intrasetorial.

Quadro 27 - Roteiro para investigação de surtos e epidemias

Etapas	Objetivos	Ações/Observações
Confirmação do diagnóstico	coletar dados dos pacientes e fazer busca de pistas	confirmar a suspeita diagnóstica e identificar os grupos populacionais atingidos
Confirmação da existência de epidemia/surto	definir se epidemia ou surto e analisar se a doença vinha apresentando tendência estacionária, ascendente, descendente ou com oscilação periódica.	a identificação correta dos fenômenos depende do descarte de vários itens: mudanças na nomenclatura da doença; alteração no conhecimento da doença que resulte no aumento da sensibilidade diagnóstica; melhoria do sistema de notificação.
Caracterização da epidemia	organizar as informações obtidas para responder algumas questões que visam descobrir a identificação das fontes e modos de transmissão e também podem colaborar na determinação da duração da epidemia/surto	questões a serem analisadas: período de duração da epidemia; período provável de exposição; distribuição geográfica; grupos etários e sexo mais atingido; grupos, segundo sexo e idade, expostos a maior risco de adoecer; entre outros.
Formulação de hipóteses preliminares	elaborar e avaliar hipóteses provisórias sobre o fenômeno levando em conta também a análise da curva epidêmica	concluir se a disseminação da epidemia se deu por veículo comum, por transmissão pessoa a pessoa ou por ambas as formas; o provável período de tempo de exposição dos casos às fontes de infecção; período de incubação; provável agente causal.
Análises parciais	analisar cada uma das etapas da investigação e com periodicidade definida de acordo com a magnitude e gravidade do evento (diária, semanal, mensal).	procedimentos para análise: consolidação dos dados disponíveis, de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar; análises preliminares dos dados clínicos e epidemiológico e discussão das análises com outros profissionais; formulação de hipóteses quanto ao diagnóstico clínico, fonte de transmissão e potenciais riscos ambientais; entre outros.
Busca ativa de casos	reconhecer e proceder à investigação de casos similares no espaço geográfico em que houver suspeita da existência de contatos e/ou fonte de contágio ativa, cuja abrangência é mais ou menos ampla em função dos dados coletados nas etapas.	caso se faça necessário, as equipes de outras áreas devem ser acionadas para troca de informações e complementação de dados a serem utilizados nas análises (parciais e finais), no sentido de caracterizar o evento e orientar os passos seguintes da investigação.

continua

continuação

Etapas	Objetivos	Ações/Observações
Busca de dados adicionais	havendo necessidade conduzir uma investigação mais minuciosa de todos os casos ou de amostra representativa dos mesmos, visando esclarecer/ fortalecer as hipóteses iniciais.	
Análise final	consolidar os dados coletados (tabelas, gráficos, dentre outros) para fornecer uma visão global do evento permitindo a avaliação de acordo com as variáveis de: tempo, espaço e pessoas, e a relação causal que deverá ser comparada com períodos semelhantes de anos anteriores.	essa disposição fornecerá uma visão global do evento permitindo a avaliação de acordo com as variáveis de: tempo, espaço e pessoas, e a relação causal que deverá ser comparada com períodos semelhantes de anos anteriores.
Medidas de controle	recomendar as medidas adequadas de controle	implementação imediata das medidas de controle que podem ser direcionadas para qualquer elo da cadeia epidemiológica, quer seja o agente, fonte ou reservatórios específicos, visando à interrupção da cadeia de transmissão ou redução da suscetibilidade do hospedeiro.
Relatório final	elaborar relatório que contenha a descrição do evento (todas as etapas da investigação), incluindo tabelas e gráficos e as principais conclusões e recomendações.	principais recomendações: situação epidemiológica atual da doença/agravo; causa da ocorrência, indicando inclusive se houve falha da vigilância epidemiológica e/ou dos serviços de saúde e que providências foram ou serão adotadas para corrigir; se as medidas de prevenção implementadas a curto prazo estão sendo executadas; descrição das orientações e recomendações, a médio e longo prazos, a serem instituídas,
Divulgação	divulgar o relatório para todos os profissionais e aos participantes da investigação clínica e epidemiológica; representantes da comunidade; autoridades locais; administração central dos órgãos responsáveis pela investigação e controle do evento.	quando se tratar de surto ou agravo inusitado, divulgar um resumo da investigação em boletins.

Fonte: Brasil (2010c)

Os casos de surtos e epidemias também têm sua ficha de investigação específica (encontra-se no anexo N deste trabalho) que

deve ser preenchida para dar entrada no sistema. Assim como as outras fichas, o não preenchimento dos campos obrigatórios específicos da ficha de investigação de surtos inviabiliza a inclusão desse tipo de investigação no sistema.

Ao finalizarmos as etapas referentes à investigação de surtos e epidemias, podemos inferir que são etapas bastante complexas que sem a colaboração dos estados, e seus respectivos setores de Vigilância em Saúde, os pequenos municípios terão muita dificuldade para abordá-las. Isso porque, geralmente, não há entre os profissionais de saúde municipais técnicos bem capacitados que poderiam desempenhar algumas etapas mais específicas da forma como estão descritas no Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2010c). Entretanto, se levarmos em consideração que uma das competências dos estados e da União é a execução, coordenação e supervisão das ações de vigilância em caráter suplementar ou complementar, aí sim, podemos obter uma investigação fidedigna, principalmente, em se tratando de surtos e epidemias.

Aliás, conforme a última avaliação do SNVE realizada entre os anos de 2008 e 2009 foi possível constatar que o nível central, estadual e as capitais já dispõem de profissionais capacitados para realizar “investigações epidemiológicas e conduzir processos direcionados à redução e/ou contenção de um problema de saúde, que se expresse sob a forma de epidemias, surtos ou casos isolados”. Já nos municípios, principalmente, os de pequeno porte (menos de 50.000 habitantes), apesar de contar com profissionais para desenvolver as atividades da vigilância epidemiológica, estes mesmos profissionais, na maioria dos municípios, não encontram-se aptos para investigar e implantar respostas rápidas na vigência de emergências de saúde pública. No entanto, todos os municípios pesquisados relataram dispor de instrumentos formais e/ou informais de articulação para acionar as equipes das Diretorias Regionais ou do nível central das SESs, para que as medidas para diagnóstico e contenção do problema sejam adotadas (BRASIL, 2010c, p. 56).

Dessa forma, essa avaliação realizada pelo SUS corrobora com o prognóstico inicial. Sendo assim, compreende-se que a falta de capacitação entre os profissionais da saúde municipais e/ou a contratação de especialistas para o trabalho epidemiológico em todos os

municípios é o principal fator que dificulta com que estes respondam com rapidez e eficiência as emergências em saúde pública¹⁶³.

Por fim, enfatizamos que a vigilância epidemiológica enquanto estratégia de prevenção e controle de doenças se abastece de dados que, em primeira instância, são gerados pelas notificações oficiais. Esses dados quando analisados se transformam em informações que, por sua vez, são utilizadas para tomada de decisão seja em âmbito federal, estadual ou municipal. No caso do Brasil todas as informações em saúde estão sendo organizadas em vários sistemas¹⁶⁴ e todos encontram-se vinculados ao SUS. No entanto, o mais importante sistema no que diz respeito à vigilância das doenças transmissíveis é o SINAN.

4.6 ALGUNS ASPECTOS SOBRE A ATUAL SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL E EM SANTA CATARINA

Em se tratando do foco deste trabalho, as doenças transmissíveis, destacamos inicialmente que a situação epidemiológica no Brasil e no mundo pode ser resumida em três grandes inclinações: doenças

¹⁶³ Por falar nas emergências em saúde pública o MS (junto a SVS) criou em 2005, por meio da Portaria nº 30, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), que tem como objetivo principal fortalecer a capacidade do SNVE para identificar precoce e oportunamente emergências em saúde pública, a fim de organizar a adoção de respostas adequadas que reduzam e reprimam o risco à saúde da população. Em sua grande maioria, os dados recebidos no CIEVS são procedentes de notificações geradas na rede de serviços de saúde do SUS, seja por meio de e-mail institucional, telefone de acesso gratuito, ou diretamente na web (<[http://formsus .datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6742](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6742)>). Também são utilizadas fontes não oficiais, ou seja, dados obtidos através dos principais meios de comunicação, sites de organismos de saúde nacionais e internacionais, notificações oriundas da própria população, dentre outros. Neste sentido, a CIEVS e toda a sua rede (que até 2009 contava com 15 unidades estaduais, sete unidades nas capitais e uma unidade federal que, por sua vez, coordena o trabalho em rede) atuam diretamente na detecção, avaliação/verificação, monitoramento e resposta coordenada aos riscos de saúde pública, incluindo as de relevância nacional e/ou internacional (BRASIL, 2010c).

¹⁶⁴ Sistema de Informações Ambulatoriais; Sistema de Saúde nas Fronteiras; Sistema de Informações sobre Mortalidade; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; Sistema de Informações Gerenciais de Malária; Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações; entre outros (BRASIL, 2010c).

transmissíveis com tendência descendente; doenças transmissíveis com quadro de persistência; e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes¹⁶⁵. São consideradas doenças transmissíveis com tendência descendentes ou declinantes aquelas as quais o país dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, entre essas doenças temos no Brasil, segundo a última análise da situação de saúde: a varíola, poliomielite, sarampo, raiva humana, difteria, rubéola, coqueluche, tétano acidental, doença de chagas, hanseníase, febre tifoide, oncocercose, filariose e a peste (BRASIL, 2004b).

Entre as doenças transmissíveis com quadro de persistência o principal foco de ação está voltado para o diagnóstico e o tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão. Entretanto, as estratégias adotadas no Brasil ainda não surtiram o efeito esperado, já que, necessitam de uma maior integração entre os vários níveis da rede assistencial. Entre as doenças persistentes no país temos: malária, tuberculose, meningites, leishmaniose visceral e tegumentar, febre amarela silvestre, hepatites virais¹⁶⁶, esquistossomose, leptospirose (BRASIL, 2004b).

Por fim, temos a tendência das doenças transmissíveis emergentes e reemergentes. As doenças emergentes são aquelas cuja incidência em humanos aumentou durante as duas últimas décadas ou que poderão vir ameaçar a humanidade num futuro próximo. O termo se refere a doenças que se espalharam ou que apareceram recentemente numa área geográfica, na qual, provocaram problemas de saúde pública alarmantes em escala local, regional ou global como, por exemplo: cólera na América do Sul e febre amarela no Kenia. O termo também se refere a doenças que foram facilmente controladas por quimioterapia ou antibióticos, mas, desenvolveram resistência. Essas doenças são transmitidas de diversos modos: tanto de pessoas para pessoas, quanto por insetos, animais ou através da água ou comida contaminada. Como exemplos dessas doenças, temos: ébola vírus, hepatite C, encefalite espongiiforme e haemophilus influenza (H5N1). Já as doenças reemergentes são aquelas doenças já conhecidas, mas, que não eram

¹⁶⁵ A apresentação dessas inclinações neste trabalho será de forma resumida e para compreender a especificação de cada uma das doenças citadas aqui sugerimos a leitura do documento disponível no MS sobre a última análise da situação de saúde no Brasil realizada em 2009 (BRASIL, 2010d).

¹⁶⁶ A hepatite viral não é um problema específico do Brasil e no ano de 2011 está sendo adotada uma grande campanha mundial para enfrentamento da doença.

consideradas um problema de saúde pública porque causavam poucas infecções. Entretanto, atualmente essas doenças passaram a reaparecer ou aumentaram o seu número de infecções pelo mundo. Entre os exemplos de doenças reemergentes temos: cólera, dengue, difteria, febre rift valley, febre amarela e tuberculose (CAPOBIANCO et al, 2000).

Destacamos que há ainda uma indefinição quando se trata de classificar uma doença como emergente ou reemergente. No caso da AIDS, por exemplo, alguns autores consideram-na como uma doença nova (doenças que apareceram em algum momento na população sem nunca antes terem sido noticiadas) que surgiu na década de 1970. No entanto, alguns estudos sugerem que alguns casos esporádicos de mortes misteriosas ocorridos na década de 1950 no Zaire (África), foram devidos à AIDS. Estudos mais recentes indicam que o vírus da AIDS começou a fazer vítimas a partir da década de 1930¹⁶⁷ e, se assim for, a AIDS pode ser considerada como uma doença nova ou emergente? Diante disso, consideramos que há na literatura específica um impasse na definição dos conceitos e na classificação das doenças emergentes, reemergentes e novas¹⁶⁸.

Mas, por outro lado, grande parte dos autores que estudam o tema concordam que vários fatores influenciam na emergência ou reemergência das doenças infecciosas, entre eles temos: os fatores demográficos, sociais, políticos, econômicos e ambientais; fatores relacionados ao desempenho do setor saúde; fatores relacionados às mudanças e adaptação dos microrganismos; e manipulação de microrganismos com vistas ao desenvolvimento de armas biológicas¹⁶⁹. No caso da AIDS, por exemplo, os fatores sócio-comportamentais acabaram contribuindo sobremaneira para a sua emergência.

No contexto dos debates sobre as doenças emergentes e reemergentes as doenças negligenciadas foram resgatadas do

¹⁶⁷ De acordo com Ujvari (2008) na década de 1930 os chimpanzés do Gabão e de Camarões, que eram hospedeiros do vírus mutante da AIDS, eram caçados e seus corpos eram destrinchados pelos caçadores e vendidos nos mercados das cidades. Ao entrarem em contato com o sangue dos animais alguns caçadores contraíram o vírus e assim começou a disseminação da AIDS na década de 1930 (KORBER et al, 2000; SALEMI et al, 2001).

¹⁶⁸ Embora seja um debate interessante não nos deteremos nessa empreitada, mas, fica aqui registrado os autores que discutem esse conceito com grande propriedade: Grmek (1993); Wilson (1999); Barradas (1999); Luna (2002); Grisotti (2010).

¹⁶⁹ A especificação desses fatores pode ser melhor contemplada na obra de Luna (2002).

esquecimento. De acordo com os dados da OMS mais de um milhão de pessoas no mundo encontram-se infectadas com tais doenças. Mas o que são doenças negligenciadas?

Segundo pesquisadores na área da saúde, algumas doenças são denominadas negligenciadas por pelo menos três motivos: primeiro, porque são doenças que não despertam interesse das grandes multinacionais farmacêuticas por serem doenças que se traduzem num reduzido potencial lucrativo, já que, a população atingida por elas é de baixa renda e estão presentes nos países em desenvolvimento. Segundo, porque o estudo dessas doenças é pouco financiado pelas agências de fomento. Terceiro, existe ainda pouco interesse dos pesquisadores nessas doenças. Cada um desses motivos é discutido por vários pesquisadores, tais como: Morel (2006); Oliveira, Labra & Bermudez (2006); Assad (2010).

A lista de doenças consideradas negligenciadas é diferente em cada país. No Brasil Souza (2010) cita as seguintes doenças como negligenciadas: dengue, chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, filarioses, tuberculose, tracoma, febre amarela, raiva (transmitida por morcego), hantavírus, hepatites virais, gastroenterites virais, rotavírus, vários tipos de micoses. E, de acordo com o MS, já está havendo financiamento de projetos e também investimentos na organização de redes para fomento de pesquisas sobre algumas doenças negligenciadas como a malária, por exemplo. Também está sendo proposta a criação do Programa Translacional do Brasil em Doenças Negligenciadas. Esse Programa visa transformar os resultados das pesquisas que estão sendo realizadas no país em aplicações médicas para atender a população brasileira (BRASIL, 2010e).

4.6.1 A situação das doenças transmissíveis em Santa Catarina

Segundo o relatório da situação da Vigilância em Saúde de Santa Catarina, cuja 2ª edição foi publicada em 2007 (BRASIL, 2007f), e o relatório de 2009¹⁷⁰ (BRASIL, 2009e) pudemos identificar alguns dados referentes a algumas doenças transmissíveis que acometeram o estado no período de 2000 a 2008. Esses dados podem ser visualizados nos próximos dois quadros (28 e 29):

¹⁷⁰ Utilizamos os dois relatórios para a produção desse quadro, já que, o relatório de 2009 revelava alguns dados mais detalhados que o relatório anterior. Inclusive abordava outras doenças que o relatório anterior deixou de especificar.

Quadro 28 - Dados sobre a situação da tuberculose, hanseníase, AIDS, sífilis congênita, esquistossomose, tracoma, raiva e hantavirose em SC, 2000-2008

Doenças transmissíveis	Casos Notificados/ Confirmados	Municípios com Maiores Índices	Observação sobre a Doença no Estado de SC
Tuberculose	2005: 1.504 casos novos; 2007: 1584 casos novos	vários municípios acometidos pela doença	9 municípios com uma cobertura de 5,9% do Programa de Controle da Tuberculose implantado e 100% de implantação da estratégia de tratamento supervisionado
Hanseníase	2006: 184 casos novos	1 caso em 262 municípios; 1 a 3 casos em 14; 3 a 5 casos em 10; 5 a 20 casos em 6; e 20 casos em 1 município	até 2006: 68,7% das unidades de saúde (295 unidades) fizeram diagnóstico e tratamento de hanseníase
AIDS	até dezembro de 2005: notificados 18.787 casos	Florianópolis, Itajaí, Joinville, Blumenau, São José	Notificados 845 casos de transmissão vertical de 2000 a 2008. Até 2007 houve 7.017 óbitos por AIDS
Sífilis congênita	entre 1998 e 2008: notificados 259 casos.	não foram revelados os municípios com maiores índices	até 2005 foram registrados 9 óbitos por sífilis congênita
Esquistosomose	a prevalência em 2005 foi de 0,2% em 390 pessoas examinadas	Jaraguá do Sul, São Francisco do Sul e Guarumirim	os registros de óbitos no período 2000 a 2004 devem-se a casos importados de outros estados endêmicos
Tracoma	dados do inquérito epidemiológico realizado em 2004 revelavam taxas de prevalência média de 6,00%	taxas de detecção igual ou maior que 10% foram registradas em 15 municípios	estão sendo implementadas ações de vigilância epidemiológica e controle de tracoma no estado
Raiva	SC é considerada área controlada para raiva humana transmitida por cães. Quanto à raiva transmitida por morcegos em 2006 foram notificados 2 casos de raiva em cães e 1 caso em gato	não foram revelados os municípios com maiores índices	o estado não realiza campanha de vacinação canina. No entanto, foram realizadas campanhas de vacinação nos municípios com casos notificados, com a cobertura vacinal de 86%
Hantavirose	2004 a 2008: 149 casos	somente em 2008 foram registrados 17 casos e cada um deles em um município diferente.	de 2004 a 2008: dos casos confirmados 12 foram a óbito

Fonte: Brasil (2007f; 2009e)

Quadro 29 - Dados sobre a situação da leishmaniose, leptospirose, febre maculosa, DTAs, sarampo, rubéola, tétano neonatal, meningites, hepatites virais e dengue em SC, 2000-2008

Doenças transmissíveis	Casos notificados/ confirmados	Municípios com maiores índices	Observação sobre a doença
Leishmaniose	2005: 84 casos de leishmaniose tegumentar, o que representa aumento de, aproximadamente, 390% quando comparado com o ano anterior	O surto de 2005 estava instalado nos municípios de: Balneário Camboriú (30 casos), Itapema (15 casos) e Blumenau (10 casos)	O coeficiente de incidência era de 1,4 casos por 100 mil habitantes e o percentual de cura clínica registrado foi muito baixo, apenas 37%
Leptospirose	No período de 2001 a 2006: confirmados 1.863 casos; 2008: confirmados 791 casos com 26 óbitos	Doença de grande endemicidade em áreas urbanas e rurais. Até o ano de 2008 foram registrados casos da doença em 32,4% dos municípios catarinenses	SC ocupava o 3º lugar tanto em número de casos quanto em incidência, no Brasil Dos casos confirmados 108 foram a óbito
Febre Maculosa Brasileira	2004 a 2008: 124 casos 2005: 14 novos casos 2008: 19 casos	Blumenau, Gaspar, Timbó, Indaial e Pomerode.	Não foram registrados óbitos
Doenças transmitidas por alimentos (DTAs)	de 1999 a 2006: notificados 443 surtos de DTAs	Não foram revelados os municípios com maiores índices	67,2% dos casos ocorreram em residências e 44,4% foram causados por ovos e produtos a base de ovos
Sarampo	2001 a 2006: notificados 947 casos suspeitos de sarampo. Os 7 casos confirmados tratavam-se de casos importados	Não se aplica devido serem casos importados	Houve rápidas medidas de controle que impediram a incidência da doença no estado.
Rubéola	2001: houve 53 casos confirmados; 2003 a 2008: confirmados 127 casos	Não foram revelados os municípios com maiores índices	necessidade da intensificação e fortalecimento das ações de vigilância com vistas à eliminação da rubéola e SRC
Tétano Neonatal	de 2000 a 2006: notificados 5 casos	Não foram revelados os municípios com maiores índices	Dos casos confirmados 3 foram a óbito

continua

continuação

Doenças transmissíveis	Casos notificados/ confirmados	Municípios com maiores índices	Observação sobre a doença
Meningites	2003 a 2008 notificados 8.223, destes 5.225 foram confirmados (1.873 casos de meningite bacteriana, 2.144 meningite asséptica, 896 meningites não especificadas e 312 meningites de outras etiologias)	Não foram revelados os municípios com maiores índices	necessidade de se implementar esforços adicionais para melhorar a qualidade da assistência aos casos
Hepatites Virais	2004: 2.456 casos confirmados de hepatites virais, tornando SC o 3º estado da região sul em número de casos: (21% de hepatite A, 47% de B e 30% de C)	Vários municípios acometidos pela doença	Em 2004 a taxa de mortalidade por hepatite B no estado foi maior que a média regional, apontando para a atenção que requer esse agravo. Em 2005, o estado promoveu capacitação em vigilância das hepatites virais para 189 profissionais
Dengue	2008: confirmados 101 casos de dengue	Não foram mencionados os municípios afetados	Considerados todos os casos importados

Fonte: Brasil (2007f; 2009e)

Embora esses dados apresentados nos quadros acima sobre as doenças transmissíveis em SC abrangam o período de 2000 a 2008, notemos o que **TÂNTALO** relatou sobre a situação de algumas dessas doenças começando pela leishmaniose:

A leishmaniose tegumentar sim, é endêmica. Mas, a visceral a gente descobriu agora, essa questão canina estamos tentando trabalhar. Mas, até agora não temos nenhum caso humano. Nós temos a circulação do parasita e protozoário. Não identificamos o vetor que está muito envolvido com isso. A gente tem achado dois ou três vetores que não tem uma relação forte, mas, que já foram também em algum momento vinculado com uma pequena transmissão. Mas, não transmissão de características de surtos ou epidemias. Mas, a leishmaniose tegumentar americana, faz tempo, começando naquela região de Piçarras, Penha. Agora nós temos praticamente em todo o Vale do Itajaí, principalmente, naquela região do médio Vale e na foz ali, Itajaí, Balneário, Itapema, nós já tivemos vários surtos. Hoje a leishmaniose tegumentar ela é uma questão presente, mas, isso não quer dizer que nós não tínhamos antes.

Provavelmente nós tínhamos, mas, a sensibilidade de detecção é que era pequena. Muitas doenças que nós detectamos hoje de fato eram situações que você não detectava ou por não ter sensibilidade ou por não ter muita vontade, na verdade.

O entrevistado também relatou sobre alguns surtos que ocorreram no estado nos últimos dez anos, principalmente sobre o surto de febre maculosa ocorrido na região de Blumenau:

Por exemplo, a febre maculosa que nós não tínhamos aqui ela na verdade foi diagnosticada de forma inapropriada. Então, você fazia diagnóstico clínico, mas, não havia uma ação de vigilância do ponto de vista de fazer a investigação. Nós tivemos um surto em Blumenau, na região de Blumenau. Ali, na verdade, a febre maculosa ela está muito associada com o bendito carrapato estrela e ele é o principal. O hospedeiro desse carrapato é a capivara, por incrível que pareça. Até um tempo atrás ela ficava muito fora do ambiente urbano. Hoje não, hoje você tem uma relação muito próxima. Eu morei quatro anos em Blumenau, de 1999 a 2002, a secretaria municipal era na frente do rio, eu morava perto e nessa relação que a gente tinha era comum as capivaras passearem na beira do rio, na lagoa e nas casas próximas, principalmente, quando você pegava na periferia e nos bairros ali onde passava o rio Itajaí elas entravam nos galpões. Na verdade, o carrapato é um bicho que ele quer se alimentar, nós tivemos ali aproximadamente quase 100 casos no município de Blumenau, município de Gaspar. Agora, de modo geral, com as medidas de educação a população tem mais informação, isso diminuiu, praticamente tem um ou outro caso de vez em quando da doença. Então, enquanto você não tem informação você convive do ponto de vista da exposição ao risco. A partir do momento que você começa a ter essa informação à tendência é que você mude esse comportamento. Pelo menos a gente espera isso. A redução das doenças tem muito a ver com isso.

Quanto às doenças negligenciadas em SC **TÂNTALO** se refere ao tracoma, considerada uma doença oftálmica altamente contagiosa causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, que afeta a córnea e a conjuntiva (tecido que reveste a parte interna da pálpebra) e que pode levar a cegueira. O tracoma afeta vários países, principalmente, os países em desenvolvimento. Inclusive é bom esclarecermos que o tracoma não é um problema específico de SC, pois, ela é considerada uma doença negligenciada no país e no mundo. Mas vamos ver como **TÂNTALO** trata desse problema:

(...) tem uma situação bárbara de tracoma aqui. Quando eu cheguei aqui não tinha tracoma no estado. Não tinha porque não iam atrás. Aí a gente começou a trabalhar, a gente começou a fazer inquéritos nas escolas, começamos a descobrir que 70% das nossas crianças, no período fundamental, têm tracoma. A meta nacional era realizar a prospectiva de tracoma em municípios que apresentassem prevalência de tracoma ativo maior ou igual a 5%. Realizar busca ativa de tracoma em 10% dos escolares. Então nós pegamos todos aqueles que tiveram mais de 5% do índice e nós tratamos. Estamos voltando agora, estamos fazendo toda a verificação do exame ocular para ver direitinho se os tratados responderam, como que está a questão da contaminação de modo geral.

Embora **TÂNTALO** tenha demonstrado seu empenho na pesquisa do tracoma no estado de SC, convém mencionarmos que essa pesquisa fazia parte de um inquérito epidemiológico que já estava sendo realizado em vários estados do país, do qual SC passou a participar a partir de 2004. Sendo assim, consideramos interessante mostrar como esse inquérito ocorreu em SC, segundo dados da DIVE/SC (SANTA CATARINA, 2010a).

Inicialmente para essa pesquisa de 2004 em SC foram selecionados 57 municípios por amostragem de escolares, da 1ª a 4ª série do ensino fundamental da rede pública, residentes em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano menor que a média nacional (0,764 no ano 2000). Com os exames específicos realizados, os resultados indicaram que dos 57 municípios pesquisados 54 apresentaram casos de tracoma. Ou seja, dos 7.861 escolares examinados foram encontrados 471 (taxa de detecção de 6%) casos de tracoma que era uma taxa de detecção acima da esperada no Brasil (5%).

Diante disso, foi em consequência dessa alta taxa de tracoma encontrada em SC em 2004 que houve a expansão da pesquisa para outros municípios. Dessa forma, em 2005 dos 3.829 escolares examinados em outros quatro municípios foram encontrados 102 (2,7%) casos de tracoma. Nova pesquisa realizada em 2006 em outros dez municípios dos 6.102 escolares identificou-se 207 casos (3,4%). Em 2007 foram pesquisados 26 municípios e examinados 7.844 escolares e identificados 513 (com taxa de detecção de 6,5%) casos. No ano de 2008 a pesquisa se estendeu para mais 31 municípios, sendo examinados 4.297 escolares, identificados 235 (5,5%) novos casos de tracoma. No ano de 2009 foi realizada busca ativa em 42 municípios e examinados

10.295 escolares e identificados 628 (6,15) novos casos. Em 2010 a pesquisa foi realizada em 41 municípios, foram examinados 16.372 escolares e foram identificados 1.265 (7,7%) casos de tracoma.

Esse levantamento, com resultado um tanto inesperado em SC, levou o estado a incluir, a partir de 2007, o tracoma na PAVS e também todos os casos encontrados e confirmados foram registrados no SINAN. Isso tudo demonstra a importância desses estudos epidemiológicos para a saúde pública do país, já que, milhares de crianças (ou até milhões) podem ser poupadas de uma possível cegueira. No entanto, de acordo com **TÂNTALO** a identificação dos portadores de tracoma não é realizada pelos municípios, e sim, por técnicos especializados do estado:

(...) essa questão do tracoma quem faz somos nós (do estado). O município não tem como fazer, porque a gente tem que capacitar examinadores. Então tem uma equipe aqui de uns 15 examinadores, alguns são daqui e outros são de gerências regionais. Então esse é um serviço que nós temos que fazer. Porque até que você capacita examinadores...

Como forma de atualizar ainda mais os dados de SC¹⁷¹, perguntamos a **TÂNTALO** sobre as doenças transmissíveis que mais afetam hoje o estado e ele relatou como sendo os principais problemas: *“a hepatite, a tuberculose e AIDS/HIV”*. Quando questionado sobre a doença de notificação que mais preocupa as instituições de saúde estaduais o entrevistado revelou duas doenças: a hantavirose e as meningites. Quanto a primeira ele cita que:

Hantavírus é hoje a doença que tem uma letalidade mais específica. Ela é uma questão muito complicada porque nós temos uma população rural mais ou menos grande de agricultores. Ultimamente a gente tem observado também nos trilheiros, o pessoal que vai para mata no final de semana. E é uma doença que tem uma evolução muito rápida e se você não fizer um diagnóstico ligeiro... Você chega em uma clínica e aí acha que é uma outra situação, se não derem ao caso a devida importância, a evolução é rápida. Até porque não tem medicamento específico, os chamados cuidados paliativos feitos nas primeiras 12, 24 horas são fundamentais.

¹⁷¹ Ainda tentando atualizar os dados sobre a situação das doenças transmissíveis em SC, obtivemos junto à gerência da DIVE/SC uma série histórica das doenças notificadas no SINAN correspondentes ao período de 1999 a 25/07/2010 que está presente no anexo O deste trabalho. Lembrando que a notificação no SINAN inclui casos suspeitos e confirmados.

A hantavirose, também conhecida como doença do rato do mato, é uma zoonose cujo agente causador é um vírus, do gênero *Hantavírus*, que acomete os roedores silvestres e o homem. A transmissão ocorre pela inalação de aerossóis formados a partir da urina, fezes e saliva de roedores silvestres. É uma doença característica das zonas rurais, mas, pode também estar presente nas zonas urbanas. Em SC, a hantavirose ocorre com maior frequência na área rural e, de acordo com a DIVE/SC, atualmente o estado é considerado área de risco para essa doença (SANTA CATARINA, 2012d).

De acordo com **TÂNTALO**, a hantavirose em SC acomete, principalmente, os proprietários rurais que se utilizam de um galpão para guardar suas ferramentas e outros utensílios de trabalho:

O cara vai logo cedo para o paiol de milho, vai pegar ferramentas lá. Aí mexia lá em alguma coisa e relatava depois os sintomas. Mas, eles sabem que ali tem o erro, que o paiol a noite é visitado. Mas, a gente trabalhou muito com isso, a EPAGRI (Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina), a antiga ACARESC (Associação de Crédito e Assistência Rural de Santa Catarina), eles juntaram com a CIDASC e com, principalmente, o agente de saúde. Se o cara diz: “ah, tem que mexer no feno”. Mas, antes tem que abrir o paiol, volta tomar café ou colher ou tirar leite ou fazer uma outra atividade e depois volta novamente para o paiol. A gente não tem elemento para dizer que está vinculada diretamente com esse problema, mas, o número de casos e de óbito diminuiu muito depois do nosso trabalho e a gente tem situação de vírus muito por conta disso. (...) Aqui nós tivemos, na epidemia aqui na região da serra em 2005, nós tivemos 32 casos confirmados com oito ou nove óbitos.

Quanto às meningites, estas são consideradas doenças graves que ocorrem quando há um processo inflamatório das meninges que pode ser causado por vários agentes entre vírus e bactérias que vão desde o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo causador da pneumonia) até o *Leptospira* (bactéria causadora da leptospirose). Mas, os mais relevantes são o *Neisseria meningitidis* (meningococo) e o *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo da tuberculose) (FIOCRUZ, 2012). As meningites bacterianas são consideradas as mais graves merecendo destaque a meningite meningocócica pela sua magnitude, letalidade e risco de epidemias. E é justamente esse tipo de meningite que é considerado por **TÂNTALO** como o mais perturbador no estado de SC atualmente:

Quando você tem uma epidemia de meningocócica você tem uma situação de aumento de meningite viral. Se você está observando um aumento de meningite viral não esperado, que está fugindo da história natural, pode contar que naquele momento ou no outro seguinte vai ter a epidemia de meningocócica. Isso é uma questão de tempo. Até a meningite nos últimos anos tem nos deixado bastante preocupados, porque a gente está numa situação crítica do ponto de vista da meningocócica. Isso porque ela é uma situação cíclica de 6, 7 anos. E nós estamos entrando no décimo ano sem surto de meningocócica. É preocupante, porque a hora que estourar...

De modo geral, as meningites têm uma evolução rápida cujo prognóstico depende fundamentalmente do diagnóstico precoce e da instituição imediata de tratamento adequado. Os segmentos populacionais mais atingidos pelas meningites são as crianças, principalmente as menores de cinco anos de idade, sendo que, a incidência tende a reduzir na medida em que avança a idade. No entanto, os jovens e os adultos não estão livres dessa doença.

Por fim **TÂNTALO**, enquanto técnico experiente em vigilância epidemiológica, realizou uma análise diagnóstica e prognóstica de algumas doenças:

A questão das endemias na verdade está relacionado com a situação de recrudescimento que a gente tem observado muito e principalmente ela tem dois aspectos importantes, a questão da mutação ou da mobilidade do agente e das características de adaptação do vetor, é a tendência que a gente tem. Aliás, nos próximos 20 anos a estimativa é que nós tenhamos várias situações episódicas zoonóticas aí. A grande maioria por vírus, mas, que vai ser o “bum” dos principais problemas da saúde pública. Aqui em SC, parece bobagem, mas todo ano nós tivemos um episódio nos últimos anos. Todo ano tem um episódio. Começou com conjuntivite viral; depois com chagas; com algumas situações internacionais como a SARS (síndrome respiratória aguda grave); a H5N1; a gente teve epidemia de hantavirose aqui por causa do ciclo da taquara lixa; tivemos febre maculosa; leishmaniose tegumentar; episódios de febre amarela com perspectiva de confirmação, mas, a gente investigou e não... Graças a Deus aqui no estado não teve. Teve no Paraná, teve no Rio Grande do Sul e não teve aqui.

Quando se trata de febre amarela e dengue nos vários depoimentos de **TÂNTALO** surge à menção de casos que ocorrem nas fronteiras exteriores do estado de SC e nunca internamente. Sendo

assim, a pergunta que fica para futura pesquisa é: até quando não teremos febre amarela e dengue em SC? Será que estão sendo realizados estudos sobre essas e outras doenças aqui no estado? Será que já não estão sendo subdiagnosticadas?

4.6.2 Alguns êxitos no controle de certas doenças transmissíveis no Brasil

Embora o Brasil enfrente ainda vários problemas de saúde, não podemos deixar de mencionar que o país tem também conquistado algumas vitórias em relação a algumas doenças transmissíveis. Por exemplo: conseguimos erradicar a poliomielite desde 1989; houve, a partir de 2000, a interrupção da circulação autóctone do vírus do sarampo e da transmissão vetorial da doença de chagas pelo *Triatoma infestans*. Além disso, a transmissão da doença de chagas por meio de transfusões de sangue também foi sendo interrompida conforme foram introduzidos os procedimentos obrigatórios de seleção de doadores de sangue¹⁷² (BARRETO et al, 2011).

As pesquisas ainda indicam que nas duas últimas décadas houve uma redução da transmissão da hepatite A e B, uma vez que, no Brasil há pelo SUS um programa de vacinação contra ambos tipos (VITRAL, SOUTO & GASPAR, 2008; PEREIRA et al, 2009).

Nos últimos anos a hanseníase, com a introdução da terapia multidrogas distribuída gratuitamente pelo SUS, teve a sua prevalência reduzida substancialmente. A tuberculose, após seu grande índice de incidência e mortes na década de 1980, em 2007 apresentou uma queda substancial e um dos fatores que colaboraram com essa queda foi a inclusão no PSF do monitoramento dos pacientes com a doença. Embora, há estados em que a incidência ainda é grande devido à prevalência da infecção por HIV (BARRETO et al, 2011).

No que diz respeito à malária houve uma redução de 24% de casos na Amazônia Legal no período de 2005 a 2007 (de 603.026 casos para 457.466). Quanto a AIDS, apesar de no Brasil haver 1/3 de todas as pessoas infectadas com HIV da América Latina, o acesso aos serviços de prevenção e o tratamento adequado possibilitaram a estabilização da

¹⁷² De acordo com Barreto et al (2011), esses fatos não determinaram a erradicação da doença de chagas, uma vez que, ela continua a existir em razão do seu longo período de latência. Inclusive em SC, segundo Silva (2002), até o ano de 1999 ainda havia o risco residual de transmissão transfusional da doença de chagas no estado.

epidemia desde o ano de 2000. Embora, de acordo com o MS, nas regiões norte e nordeste, a tendência da AIDS é de crescimento. A raiva humana, transmitida por animais domésticos, encontra-se sob controle em alguns estados brasileiros, assim como, o tétano neonatal, a rubéola e a síndrome da rubéola congênita (BRASIL, 2011).

Para Barreto et al (2011), no Brasil tanto o declínio da propagação das doenças transmissíveis quanto à redução de mortes¹⁷³ se deveu, principalmente, pelo uso extensivo de medidas específicas de prevenção¹⁷⁴ e controle; ampliação da cobertura e acesso a serviços de atenção à saúde; e evolução de fatores demográficos e socioeconômicos que determinam a situação de saúde.

No entanto, não podemos esquecer que muitas doenças transmissíveis podem estar sendo subnotificadas tanto nos serviços públicos de saúde quanto nos serviços privados. Além disso, há pesquisas que apontam que os portadores de algumas doenças transmissíveis como, por exemplo, dengue e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) estão se automedicando sem passar pelos serviços de saúde públicos ou privados¹⁷⁵. Há ainda autores que indicam que a subnotificação é frequente em hospitais e clínicas, uma vez que, os agentes etiológicos de certas doenças infecciosas não são

¹⁷³ Apesar de não fazer parte da pesquisa avaliar os índices de mortalidade por doenças transmissíveis é possível verificar, por meio de uma série histórica entre os anos de 1990 e 2007 (vide anexo P), que em 59% das unidades da federação brasileira houve um aumento do índice de mortalidade, de acordo com as notificações no SIM. Entretanto, esse aumento se justifica, principalmente, pela obrigatoriedade de notificação de mortes nesse sistema, que apesar ter sido implantado no país a partir de 1975 essa notificação vem melhorando gradativamente. Dessa forma, esse aumento do índice de mortalidade não pode ser utilizado de parâmetro para alguns tipos de pesquisa.

¹⁷⁴ Para nós brasileiros o PNI é motivo de orgulho, pois, é um dos mais exitosos do mundo, alcançando uma das mais altas taxas de cobertura de imunização e isso sem o uso de estratégias coercitivas. Todas as vacinas são oferecidas pelo SUS gratuitamente seja para pobres ou para ricos. Dentre os programas rotineiros de vacinação universal temos: BCG; poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola (SCR); difteria, coqueluche e tétano (DPT) e mais a *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib); hepatite B; febre amarela; rotavírus; pneumocócica 10 valente; e as vacinas conjugadas meningocócicas C. Essas vacinas são ofertadas em cerca de 30.000 unidades de saúde, além dos 100.000 pontos de vacinação temporários adicionais, nos dias nacionais de vacinação (BARRETO et al, 2011). E toda essa política de vacinação é amplamente apoiada pela OPAS.

¹⁷⁵ Para aprofundar o tema da automedicação sugerimos a leitura de Naves et al (2010) e Musial, Dutra & Becker (2007).

frequentemente identificados (GRISOTTI, 2003). Sendo assim, os dados oficiais do MS, os quais servem de guia para os pesquisadores de diversas áreas, podem estar comprometidos e, inclusive, comprometendo as análises que estão sendo realizadas em relação às doenças transmissíveis.

E é em consequência de toda essa complexidade entranhada na área das doenças transmissíveis que se faz necessário mais fiscalização quanto à notificação das doenças, mais estudos sobre essas doenças e, ainda, a ampliação dos programas que apoiam a prevenção e o cuidado na área de saúde. Mas, além de tudo isso o país necessita de políticas intersetoriais para lidar com os desafios que estão postos na saúde. Sem essas políticas dificilmente conseguiremos superar os problemas relacionados às doenças transmissíveis.

As políticas intersetoriais devem ter objetivos amplos nos diversos setores governamentais como: educação, habitação, saneamento, meio ambiente. De acordo com **GOYA**, a intersetorialidade praticamente não existe nem mesmo entre os órgãos federais:

Eu não vejo a secretaria de estado de saúde com o secretário de estado de educação formar um corpo técnico para discutir esse, aquele ou outro agravo ou generalidade do sistema, não vi isso. Não vejo o Ministério da Saúde e da Educação se entrosarem para formatar um programa em termos disso.

Afora isso tudo existem ainda os empecilhos político-administrativos que obstruem a superação dos problemas relacionados às doenças transmissíveis que serão apresentados na próxima seção juntamente com as percepções dos entrevistados sobre o assunto.

4.7 AS PERCEPÇÕES DOS ENTREVISTADOS SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA REFERENTE ÀS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Com a intenção de analisar tanto os aspectos positivos quanto as falhas ou fragilidades da descentralização da vigilância epidemiológica (especialmente em relação às doenças transmissíveis) que foram apontadas pelos entrevistados optamos, mais uma vez, por apresentar um resumo num quadro analítico para facilitar o entendimento do leitor. Em seguida, conforme foi realizado no capítulo anterior, desenvolvemos a análise de alguns dados mencionados.

Quadro 30 - Aspectos positivos e fragilidades da descentralização dos serviços e ações da vigilância epidemiológica referente às doenças transmissíveis segundo os entrevistados

ASPECTOS POSITIVOS	FRAGILIDADES
melhoria na quantidade de medicamentos para doenças como, por exemplo, malária e leishmaniose, que são oferecidos gratuitamente à população;	falta de um serviço central específico para o controle de endemias; falta de normas do MS em relação às doenças endêmicas; risco de desorganização dos programas;
melhoria na rapidez dos diagnósticos e tratamentos precoces de algumas doenças diminuindo os índices de internações/ óbitos;	falta de políticas intersetoriais entre os setores da saúde e meio ambiente para o controle e monitoramento de doenças que são oriundas da fauna silvestre brasileira;
implantação de unidades de vigilância epidemiológica municipais; aumento das responsabilidades dos municípios com a vigilância epidemiológica;	grande diversidade de níveis de organização setorial de estados e municípios; pouca atenção/omissão dos gestores municipais com as doenças endêmicas;
aumento da sensibilidade na detecção de doenças e agravos;	pouca atenção dos três entes federados às doenças de caráter endêmico;
desempenho satisfatório dos municípios maiores no controle de endemias e doenças infecciosas;	municípios menores ainda apresentam um desempenho insatisfatório no controle de endemias e doenças infecciosas que são agravados pela carência de profissionais de nível superior; ausência de experiência prévia de estados e municípios na aplicação de inseticida, larvicida e moluscicidas, busca ativa de casos, avaliação da receptividade da área, saneamento básico; necessidade de fortalecer os estados para que possam assumir quando um município não tem condições adequadas, principalmente, no controle de doenças transmitidas por vetores;
aumento do interesse dos profissionais da saúde por doenças endêmicas específicas da sua região de trabalho;	melhorar a integração entre a ABS e os serviços de vigilância em saúde, principalmente no que se refere ao trabalho do ACS e do agente de endemias; carência de técnicos capacitados nos estados e nos municípios, principalmente, no controle de algumas doenças endêmicas; falta de valorização do trabalho de campo; necessidade de melhorias na supervisão dos trabalhos dos profissionais da saúde;
melhoria dos recursos (financeiros, materiais e humanos);	risco de uso irregular dos recursos financeiros municipais; uso inadequado de recursos materiais (veículos, barcos entre outros); uso político dos recursos humanos da saúde pelo gestor municipal;

continua

continuação

ASPECTOS POSITIVOS	FRAGILIDADES
<p>desmonopolização do conhecimento da epidemiologia e controle de doenças; maior investimento na capacitação dos profissionais da saúde em relação à execução das ações de vigilância epidemiológica;</p> <p>sistema de vigilância informatizado que informa sobre a situação de doenças que estão sob vigilância; facilidade da notificação por meio eletrônico; diminuição da subnotificação principalmente em doenças como malária.</p>	<p>falta mais capacitação em epidemiologia; gestão municipal sem capacitação em epidemiologia; falta de aproveitamento do pessoal nas áreas em que estes foram capacitados;</p> <p>falha nos registros de notificação; falta de vontade dos profissionais da saúde em notificar doenças e agravos; falta de priorização da notificação das doenças no município como forma de gerar metas em saúde; pouca importância dada pela ABS ao papel de saúde pública nos registros de notificação; falta de supervisão e avaliação dos estados em relação aos dados produzidos pelos municípios.</p>

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas realizadas pela pesquisadora (2010; 2011)

Não podemos negar que são vários os avanços obtidos com a descentralização das ações da vigilância epidemiológica, principalmente, no que se refere à desmonopolização do conhecimento da epidemiologia e controle de doenças, conforme foi mencionado anteriormente por RENOIR (seção 3.4 do trabalho); a implantação de unidades de vigilância epidemiológica municipais; e o aumento da sensibilidade na detecção de doenças e agravos. Quanto à sensibilidade municipal *TÂNTALO* menciona que:

(...) o município tem a capacidade hoje de uma percepção muito mais dinâmica de uma situação anormal, não em função de uma análise detalhada coisa e tal. Mas, de uma situação que esteja fora daquele padrão que eles têm. Então é assim, de maneira geral o que a gente tem visto é o aumento da sensibilidade da vigilância. Então você tem a notificação hoje de um caso que pode não ser nada, mas, que pode se transformar. Essas situações todas que nós passamos aqui em SC é fruto da sensibilidade da vigilância porque talvez a situação teria acontecido de uma outra forma, teria um outro desencadeamento.

Entretanto, sabe-se que ainda há vários problemas referentes: a gestão, capacitação, integração entre ABS e Vigilância em Saúde e até mesmo falta de organização dos municípios frente a essa “nova” responsabilidade que, na maioria das vezes, comprometem a principal missão da vigilância que é de prevenção e controle das doenças. E dentro dessa gama de problemas vamos analisar nesta parte do trabalho alguns aspectos que consideramos relevantes para esta pesquisa.

O primeiro problema a ser analisado e que foi destacado pelos entrevistados se refere às endemias no Brasil. Sobre esse tema **TÂNTALO** destacou que o problema hoje das endemias está intimamente ligado com o desmatamento e a ocupação desenfreada de terras:

Endemia é toda situação de local ou região que você tem o manifesto de um agravo, o agravo é endêmico e vai estar presente. Mas, por exemplo: a dengue, a malária e a leishmaniose, são situações do ponto de vista de uma descompensação, de uma inadequação ambiental entre homem e infectante. Hoje o problema da malária na região norte, na chamada Amazônia Legal e, principalmente, na chamada Amazônia Amarela, diz respeito à questão de grandes obras de investimento, principalmente, hidroelétricas ou exploração de minérios, madeira, nas populações que estão agregadas aquele contexto ali. Você pega hoje 80 a 90% dos casos são em populações que têm ou uma obra, uma grande hidrelétrica acontecendo ou funcionando, ou uma forte exploração de madeira ou, principalmente, uma questão da expansão da agropecuária. Antigamente você tinha malária numa situação do cara que ia até lá na mata fazer a coleta do látex, o extrativismo.

Segundo pesquisadores do Sistema de Proteção da Amazônia, o desmatamento junto aos fatores climáticos¹⁷⁶, são hoje os principais problemas que aumentam o risco de se contrair malária e leishmaniose tegumentar americana devido, principalmente, ao uso e ocupação da terra na área urbana (BRASIL, 2010f). Dessa forma, a intervenção do problema só virá se acompanhada de ações intersetoriais.

Quanto a dengue **TÂNTALO** analisa a endemia, presente em vários estados brasileiros, não como um problema que tenha se originado mediante o processo evolutivo da descentralização das ações de vigilância epidemiológica:

¹⁷⁶ Em se tratando de malária e dengue, doenças que tem mosquito como vetor, as áreas endêmicas podem ser também limitadas pelas condições climáticas. Nesse caso, se certa região é muito fria ou seca o mosquito não conseguiria sobreviver ou se reproduzir, assim sendo, a doença não se tornaria endêmica nesses locais. Mas, com o fenômeno do aquecimento global, que está mudando o clima em algumas partes do mundo, acaba facilitando o surgimento de novas áreas endêmicas em locais antes inóspitos ao vetor (MCMICHAEL, 2003).

(...) você vai me perguntar: a dengue está nesse ponto, chegou nesse ponto porque foram descentralizadas as ações? É um erro, é um equívoco, não tem nada a ver com isso, até porque o recrudescimento dessas doenças é completamente diferente. As estruturas que nós tínhamos da antiga SUCAM, da antiga FUNASA e mesmo lá da SUCEN anteriormente, hoje não teria capacidade desse enfrentamento que você tem. Então tem que analisar do ponto de vista da história natural da doença. A dengue tem uma situação muito complexa, por mais que você invista, por mais que você tenha serviço de saúde estruturado através de programas, mas, a forma de relação social não vai evitar que a dengue continue dessa forma.

O entrevistado cita o exemplo da epidemia de dengue no Rio de Janeiro:

*É muito comum hoje a questão da ocupação do homem no ambiente, principalmente, com lixo, com criadouros artificiais. Você pega no Rio de Janeiro, por exemplo, o número de criadouros naturais em relação ao que chamam de criadouros colocados ou feitos pelo homem é uma proporção completamente desigual. Toda a parte de favelização, não é só a questão de caixas d'água, mas, é toda a estrutura que se tem hoje de depósito que vai desde um simples pneu, a questão de garrafas. Então é assim, a questão da dengue é uma batalha perdida enquanto não acontecer à chamada reinversão do ponto de vista da relação social. Inclusive, mudança de alguns conceitos em relação à questão de habitação, saneamento, isso é uma questão importante. Por outro lado, tem a questão do mosquito, do vetor, que tem tido uma capacidade de adaptação muito grande, por exemplo, hoje você encontra o *Aedes aegypti* nos Andes ou lá na Patagônia. Então isso é uma outra realidade do mosquito. Também as tecnologias que você tem hoje de controle são as mais indicadas, especialmente, para ter um viés de contaminação ambiental, ecológica, hoje a gente tem que preservar.*

Nesse caso, enfatizamos que o problema das endemias não é somente um problema de falta de ação da vigilância epidemiológica local, pois, é um fenômeno que excede os limites da saúde e sugerem uma política intersetorial, como já foi diversas vezes mencionado neste trabalho, cujos principais pilares, além da saúde, são: meio ambiente, habitação, educação, entre outros. Em se tratando de políticas intersetoriais se não houver uma legislação federal que as priorize no

Brasil dificilmente os gestores municipais se “sensibilizarão” com o problema das endemias.

Inclusive, a necessidade de políticas intersetoriais pode ser contemplada no relato de *DALÍ* quando este mencionou o controle da fauna silvestre no Brasil:

Agora no início do mês passado na reunião em Itaipava, organizada por um grupo lá da Fiocruz sobre saúde da fauna silvestre e problemas de conservação de fauna etc, uma das coisas que ficou claro, que inclusive saiu uma moção, é que não há organismo no Brasil responsável pelo controle da fauna silvestre. A Inglaterra inaugurou isso na África no final do século XIX e início do século XX, havia organismos que acompanhavam a saúde dos animais silvestres por amostragem, etc. Na época era possível abater animal à vontade e tal, então se fazia um controle para saber o que estava circulando, em que quantidade, em que condições. Então eram trabalhos que duravam 10 anos com captura de animais. No Brasil não há órgão nenhum e isso deveria caber ao Ministério do Meio Ambiente que é o responsável junto com o IBAMA e o outro instituto, o Chico Mendes, são responsáveis pela proteção à fauna silvestre. Mas, essa proteção não inclui proteção da saúde ou se quer monitoramento da saúde, então ninguém sabe. O problema dos morcegos que tem um impacto econômico muito grande por causa da raiva onde aí se faz o monitoramento. Mas isso não tem nada a ver com o IBAMA nem com o Ministério do Meio Ambiente. A febre amarela, por exemplo, que nós temos o foco silvestre, inclusive Santa Catarina e Rio Grande do Sul, não há controle. Quer dizer o único controle que acontece é quando um guarda florestal é contactado que apareceu um macaco morto e aí comunica ao MS, se faz o exame, etc e muitas vezes é febre amarela. E aí é aquela coisa, faz a campanha para vacinar, mas, está sempre atrás dos fatos. Não sabe o que está acontecendo, quando acontece já é tarde.

É importante destacarmos que alguns dos sanitaristas/pesq. entrevistados, por sua vez, defendem a necessidade de ter um serviço central específico para o controle de endemias como havia no período em que o setor saúde era centralizado. No entanto, com todas as mudanças que ocorreram com a descentralização o que passou a vigorar foram os programas federais específicos para algumas doenças endêmicas, principalmente, contra a malária e a dengue. E nesse caso, os estados e municípios devem seguir de acordo com as pactuações.

O Programa Nacional de Controle da Malária tem como principal objetivo reduzir a morbimortalidade por malária com estratégias de intervenção de forma integrada. A principal estratégia é a realização de diagnóstico e tratamento adequados e oportunos. Segundo dados do MS (BRASIL, 2008a) com esse Programa houve uma queda expressiva da doença entre os anos de 2005 e 2007 na Amazônia Legal. Mas, novamente questionamos, será que essa queda é real ou a malária, assim como a dengue, estão sendo subnotificadas devido, inclusive, à automedicação?

Já o Programa Nacional do Controle da Dengue, instituído em 2002, tinha inicialmente como objetivos: reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*; reduzir a incidência da dengue; e reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue (BRASIL, 2002). Já as metas do Programa para o período de 2011 e 2015 são: reduzir em 50% o número absoluto de óbitos por dengue até 2015, sendo 10% a cada ano e elaborar novo Plano de Controle da Dengue em 2011 (BRASIL, 2011b).

Entretanto, mesmo havendo esse Programa ainda há muitos problemas relacionados à dengue cuja incidência, segundo o MS, ainda é bastante alta: somente entre os meses de janeiro e março de 2011 houve um total de 254.734 casos notificados espalhados por vários estados da federação (BRASIL, 2011a).

Um segundo aspecto a ser comentado que foi abordado pelos entrevistados como uma fragilidade da descentralização em relação à vigilância das doenças transmissíveis se refere à capacitação dos profissionais da saúde. Quanto a isso **TÂNTALO** relatou que está havendo muito investimento na capacitação dos profissionais de saúde em Santa Catarina, conforme já foi especificado no capítulo anterior (subseção 3.4.1). Para ele o problema não está na falta de capacitação: *“não é falta de treinamento e capacitação. Aliás, eu sempre digo o seguinte: o servidor público nesse país é o elemento que tem mais horas de capacitação, não tem comparativo em qualquer área privada. É impressionante”*. O problema, segundo o entrevistado, é o descaso de alguns profissionais da saúde em relação às normas que devem ser seguidas na vigilância epidemiológica:

Eu não vou muito longe para saber a questão do médico. O médico é o profissional que não preenche a ficha (de notificação). Para fazer uma notificação o cara... Daí quando precisa aprofundar algumas coisas que tem que fazer, tem que fazer uma descrição de caso, uma descrição crítica, aí então que a situação é... (...) Quando você dá uma prensada no cara através da legislação sanitária, aí o cara acha que é

perseguição e tal. Claro que nem todos. Aí dá uma melhoradinha por um, dois meses e depois volta de novo. A gente não tem usado muito a questão da legislação para não... A gente tem conversado muito, na verdade a gente tem escancarado muito isso na capacitação, que aí eles se sentem acuados.

O problema da falta de notificação das doenças, ou subnotificação, não é só dos médicos, já que, os veterinários¹⁷⁷, os dentistas e também os farmacêuticos deveriam notificar as doenças e não o fazem: *“Só que hoje os médicos, exatamente como os veterinários, eles não fazem a notificação, Nenhum médico notifica, é muito raro que um médico notifique e tem que ser uma coisa muito estranha para o médico notificar”*. Esse relato de **DALÍ** nos faz retornar ao tema já discutido no capítulo anterior (subseção 3.4.1) que se refere à deficiência do ensino médico no Brasil.

Aliás, essa deficiência na formação médica pode ser constatada numa simples conversa com estudantes das últimas fases do curso de Medicina e de Odontologia que relataram nunca terem ouvido falar durante o curso de graduação sobre a obrigatoriedade da notificação de algumas doenças. Dessa forma, o problema relacionado à deficiência do ensino médico, muitas vezes, tem que ser solucionado nas próprias capacitações que são oferecidas pelos estados para os médicos do serviço público. De acordo com **TÂNTALO**:

Semana passada a gente fez um manejo de HIV/AIDS aqui para 50 profissionais médicos. Só esse ano, só médico esse ano foram em torno de quase 400. Considerando aí também a tuberculose, hepatite, AIDS, dengue, que a gente está capacitando médicos para fazer diagnóstico. Porque senão eles não sabem fazer. O cara não vê na clínica, no dia-a-dia, aí ele não suspeita.

E sabe-se que não havendo suspeita da doença, conseqüentemente, não há notificação. Mas, apesar das falhas no processo de notificação das doenças, seja em decorrência do despreparo e negligência ou pela falta de conscientização dos profissionais de saúde (especialmente os médicos) quanto ao seu papel de agente de saúde pública, **RENOIR** reforçou os avanços no processamento e agilidade

¹⁷⁷ Em pesquisa realizada em SC por Meditsch (2006) grande parte dos veterinários desconhecem o local em que devem ser realizadas as notificações de zoonoses em animais, principalmente, animais urbanos como cães e gatos.

das informações propiciadas pelos programas e banco de dados da vigilância epidemiológica:

Olha, o sistema de notificação progrediu muito. Hoje é online. Hoje nós temos assim umas coisas diferentes. Para certas doenças que existem programas de vigilância ela é fundamental. O Programa SIVEP-Malária, Sistema de Vigilância Epidemiológica em Malária, ele é fundamental. Rapidamente nós temos as informações que precisamos. Já quando eu estava na SUCAM, que nós não tínhamos o sistema informatizado, levava um período de tempo para eu ter as informações e a oportunidade da ação era retardada. Hoje não, hoje, por exemplo, nós temos mensalmente, não digo mensalmente porque sempre tem um dado para ser corrigido, mas, hoje eu sou membro do comitê de malária então eu recebo informações sobre a situação da malária na região Amazônica praticamente quase que online. E com isso algumas medidas podem ser tomadas precocemente que é o nosso cuidado. Outras doenças que não têm sistema de vigilância, por exemplo, a esquistossomose que não exige uma ação imediata, então, quer dizer que não tem no sistema online, a notificação é analisada em outros momentos não em tempo real.

A necessidade da agilidade das informações em vigilância epidemiológica mencionada acima se harmoniza com a percepção de **TÂNTALO** na sua experiência prática no setor de vigilância epidemiológica do estado:

A forma de informação que você tem permite que você tenha uma capacidade de resposta mais rápida, uma capacidade de intervenção mais rápida, com tudo aquilo que for necessário de uma forma mais rápida e mais oportunizada para a população, que diminua, que minimize muito a questão dos impactos negativos. Então hoje, numa situação de meningite a gente tem condições de intervir e reduzir muito, significativamente, a questão da letalidade, coisa que até pouco tempo atrás não era possível, isso não acontecia. Antes você só ia perceber que a situação da meningite estava descontrolada, estava uma situação preocupante, quando você já não podia fazer muita coisa. Então hoje você tem um monitoramento, hoje você sabe o caso que está acontecendo, se tem tendência de aumentar ou não.

Em se tratando da confiabilidade dos dados gerados por meio das notificações que alimenta todo o SNVE, **GOYA** relatou que:

(...) a geração dos dados básicos é no município para todos os agravos, em geral. Consolidação disso é no estado e a consolidação final é federal. Deve haver problema tanto na consolidação do estado quanto na federal. O que estou achando, o que a gente tem visto, é que estão muito esvaziados os órgãos técnicos. Agora o DATASUS está procurando de uma forma bastante agressiva melhorar os instrumentos, melhorar as estratégias de coleta desses dados. (...) não sei até que ponto o feedback, a análise dos dados produzidos está sendo colocado no sistema de crítica. Eu não sei, isso eu não sei te responder. Até que ponto os órgãos mais centrais, estaduais estão fazendo supervisões e reavaliação em cima do dado produzido. Você também pode produzir mentira à vontade, não é verdade?

Quando GOYA cita o esvaziamento de órgãos técnicos há dados que indicam que a remuneração inadequada e a falta de plano de carreira ainda são problemas que não foram resolvidos pelos órgãos competentes dentro do sistema de saúde, conforme já foi mencionado ao longo deste capítulo.

Quanto ao aproveitamento dos dados que são gerados pelas notificações, TÂNTALO relatou que a partir da consolidação dos dados no SINAN vários tipos de análise podem ser realizadas:

Na verdade o SINAN consolida o sistema de informação como um todo. Mas, por exemplo, cada área técnica, além do SINAN, tem as suas formas de ter os seus indicadores e avaliação da situação. Então, temos 800 casos de meningite esse ano, com o SINAN eu posso avaliar ele do ponto de vista das variáveis de faixa etária, local, aquele negócio todo. Essa é uma situação. Outra, é o que a área técnica tem de controle que ela vai me dizer exatamente a situação, por exemplo, se foi uma condição operacional, se foi uma situação momentânea por alguma falha de apoio de laboratório, uma situação que não foi identificada a tempo ou coisa parecida. E ela vai me dizer também se naquele caso vai ser preciso uma intervenção mais severa. É claro que ela vai estar baseada nos dados que ela tem e de outros dados complementares. Se nós quisermos, por exemplo, fazer uma medida de intervenção se for uma meningite meningocócica tipo B ou C, se é uma situação que nos indica uso de vacinação ou se é uma questão que não necessariamente é o tipo que haja a questão da vacinação, mas, pode haver uma que a gente chama de expansão de quimioprofilaxia. A quimioprofilaxia tradicionalmente na presença, por exemplo, de um caso de pneumo ou de hemófilos

ou de meningococo nos contatos íntimos. Em postos com uma convenção muito grande tu faz a quimioprofilaxia, isso é a regra geral. Mas, eu posso avaliar uma situação determinada, por exemplo, que aconteceu num ambiente, numa comunidade, que os dados que estão ali e a situação epidemiológica me induz que eu amplie a área de quimioprofilaxia. Então você tem que tomar algumas medidas. Então é assim, é usado o SINAN sim, do ponto de vista do nosso perfil, porque na verdade ele consolida os dados.

Na verdade o SINAN é apenas um dos vários sistemas que são utilizados para se realizar uma análise da situação da saúde da população:

É agora é assim tem vários outros sistemas paralelos de informação que nos ajudam também. Além do SINAN a gente usa, como eu te falei, só nós aqui temos 13 sistemas de informação. Depois tem os específicos da vacina, tem o específico da TB (tuberculose), depois tem o específico da questão da AIDS. Específico assim, que tem algumas situações que necessariamente contemplam no SINAN, mas, que são indicadores operacionais que nos apoiam ao tomar decisão.

Observa-se no relato de **TÂNTALO** que SC possui recursos humanos, mesmo que ainda deficitários, que acabam viabilizando a análise da situação de saúde da população; já que, há um pessoal especializado e capacitado para isso no âmbito estadual. Embora, destacamos que essa análise pode estar sendo limitada em função das falhas na notificação:

Eu tenho hoje na área... Está deficitária, mas, de modo geral eu tenho acho que dez técnicos ali. Ah! Mas, não é muito? É que esses técnicos são responsáveis por toda a logística, por toda a questão da avaliação. Então, por exemplo, só para pedir a medicação da AIDS, que tem que distribuir no estado todo, que são hoje em torno de 12.500 usuários que precisam de medicação, eu tenho dois técnicos, uma enfermeira e um farmacêutico permanentemente, praticamente 24 horas envolvidos com isso.

Mas e os municípios? Será que estes têm condições de fazer uma análise da situação de saúde da sua população baseados nos dados do SINAN, assim como, baseados nos outros sistemas de informação? **TÂNTALO** relatou as possíveis razões das dificuldades para implementação dessa análise:

Pois é, na verdade eles deveriam usar o que a gente faz também só que para a sua realidade. A gente já viu um avanço bastante grande nos últimos anos. Mas tem que ter vontade também: “ah! não tenho pessoal, não tenho capacidade”. Mas, às vezes não é bem isso, às vezes é que é mais fácil eu receber a norma, preencher a fichinha como diz ali, digitar e mandar aquela ficha com aquela informação para a gerência regional. As nossas gerências regionais também não têm capacidade nenhuma, não faz esse tipo de avaliação. (...) O que eu tenho visto muito ainda e é uma realidade Brasil, não é muito diferente. É claro que algumas cidades maiores aí São Paulo, São Paulo também não é exemplo, mas, Belo Horizonte, Campinas, é cidade grande que já tem. A própria Curitiba, já tem um nível um pouquinho mais avançado nesse sentido. É já tem uma área crítica que faz a questão do desenho, do perfil mesmo epidemiológico usando dados, transformando esses dados em informação. Porque na verdade o SINAN só tem dados. Se você perguntar você usa o dado do SINAN? Eu uso o dado do SINAN para fazer informação e em cima dessa informação é que ele vai mostrar à medida que eu tomo ou não, ou se mantém essa parte. Mas, os municípios aqui de SC não estão capacitados. Então é assim praticamente uma receitinha de bolo, não é? O que vem do nível central passa a ser, com raríssimas exceções, tem exceções, mas, são muito raras, passa a ser via de regra, a norma e a conduta.

Como podemos observar, embora os municípios de SC tenham adquirido uma maior sensibilidade para perceber quando há um problema fora do padrão normal, eles ainda não se encontram aptos para uma análise mais profunda da sua situação de saúde seja por falta de recursos humanos, materiais ou porque ainda não chegaram ao fim do processo de sedimentação da descentralização com todas as responsabilidades que lhe são atribuídas:

Eu particularmente tenho esse número de recursos que aí faz falta para eles. E as condições de trabalho que eles têm em termos de insumos, de local que a gestão propicia, mas, não há um aumento, uma melhoria qualitativa, eu não diria que é um problema de gestão. Gestão talvez de cobrar isso e de impor, mas, aí é uma questão muito autoritária. Mas, a gente sabe que áreas técnicas elas têm ainda um espaço hoje que é importante que tem que ser preservado de ter o seu crescimento, como a gente diz aqui, o crescimento com suas próprias pernas. (TÂNTALO)

Em se tratando da capacitação dos gestores municipais (secretários de saúde) em epidemiologia **TÂNTALO** informou que em 2005 e 2006 houve, em SC, uma capacitação por meio de oficinas, mas essa capacitação se limitava à ABS. Na percepção do entrevistado: “(...) *não justifica que você tenha uma capacitação específica para ele (gestores). Pelo menos não tem essa questão de uma forma clara porque não é um consenso*”.

Ainda em relação aos gestores municipais é importante a declaração dos entrevistados quanto ao gestor fazer ou não parte da classe médica:

Não necessariamente facilita. O que pesa muito não é o fato de ser médico, é o fato de ter uma visão de administrador. Porque boa parte dos ministros da saúde que nós tivemos tinham uma visão de médico e não sabiam nada de saúde pública, nem de administração. Exceto o Pinotti que reunia as duas coisas. O Pinotti foi um grande administrador, um grande organizador como Oswaldo Cruz. Oswaldo Cruz o grande valor dele foi como organizador. Muito mais do que qualquer outra coisa ele foi o grande mentor que organizou a saúde do Brasil no final do Império, foi ele. Então o Pinotti era isso, ele tinha uma capacidade de organização muito grande. Ele que organizou algumas instituições no Brasil. (DALÍ)

Nessa direção **TÂNTALO** mencionou que:

Ninguém está dizendo que um advogado, um engenheiro, um administrador não possa ser um bom gestor. Até alguns exemplos que a gente tem que quando esses gestores foram insistidos a permanecer, ficaram por um período de uma, duas, três gestões, você vê grande diferença na organização do serviço para melhor. Mas, o fato é que às vezes você pega ainda esse tipo que não tem o conhecimento e que usa o sistema para fazer uma política partidária, política de assistencialismo, política que não tem estrutura. A prioridade passa a ser o medicamento na farmácia, uma consultinha ali levando para cima e para baixo.

Segundo **DALÍ**, na verdade o que falta para os gestores é a visão sobre saúde pública:

(...) agora no nível da Secretaria de Saúde era importante um profissional que conhecesse bem a área. Era importante que o secretário tivesse um conhecimento de saúde coletiva, de saúde pública. Mas na maioria das vezes é um médico, um médico clínico. Então no nível de ministério o ministro tem uma

assessoria imensa porque ele vai fazer política de saúde. Agora no município o secretário vai estar muito envolvido com a ação direta, muito próximo. Então, se ele não tiver uma noção, por exemplo, de que se ele fornece água tratada no município ele resolve 40% dos problemas de parasitas...

E mesmo tendo o gestor a atenção voltada para a saúde pública, muitas vezes, a população está mais interessada na construção de um hospital “(...) *E há uma pressão muito grande em melhorar o hospital e se não tem hospital, construir um hospital*”. Essa observação de *DALÍ* é complementada pela percepção de *GOYA*: “*E aí às vezes ele investe ou é obrigado a investir no que dá mais voto, no que dá mais aparência, ou no que está sendo mais pedido pela população*”. Esses relatos demonstram que o problema não está somente na capacitação do gestor em saúde pública, pois, a população necessita de conscientização sobre os problemas de saúde que são causados, por exemplo, pela falta de saneamento básico. Mas, de qualquer forma: “*A cabeça do gestor tem que estar voltada para o mínimo de epidemiologia responsável*” (*GOYA*).

4.7.1 Representação da vigilância epidemiológica segundo as percepções dos entrevistados

Os relatos anteriores mostraram as percepções dos entrevistados sobre as fragilidades da descentralização das doenças transmissíveis. Nessa subseção analisamos qual a representação que esses mesmos entrevistados fazem hoje da vigilância epidemiológica dentro das políticas de saúde.

GOYA, além de se pronunciar sobre a vigilância epidemiológica, também se mostrou muito realista quando fala na condução do processo de descentralização para o Brasil:

Eu acho que é o grande futuro. Porque a vigilância epidemiológica ela não é só para vigiar o caso do agravo. Ela é muito mais para prevenir o agravo e para sacar os fatores de risco, para mudança epidemiológica que ocorrem nos perfis. E acho que, mais uma vez voltando à discussão anterior, isso aí é o papel do Estado. Então a gente tem que agir com a inteligência a serviço do sistema. E essa vigilância de jeito nenhum pode ser feita com cobertura baixa, e de jeito nenhum ela pode ser feita com retardo. (...) E acho que, só para terminar, acho que o processo de descentralização, ele é um processo que transcende a área da saúde, ele é um processo político geral. Ele está na contramão da economia de mercado,

está na contramão da globalização, ele é bom na sua essência, mas vai ter muitos percalços, muitos problemas por aí.

MONET ao falar sobre a vigilância epidemiológica hoje acaba reforçando os problemas que ocorrem na gestão municipal, complementados com os problemas relacionados à administração de cargos, carreiras e salários dos profissionais da saúde que fazem parte do sistema de saúde público e que ainda não foram superados:

Veja o seguinte, ela tem melhorado bastante, por exemplo, esse fenômeno da gripe suína, isso você vê que houve uma mobilização nacional que só um pouco de organização na saúde é que pode... Foi um pouco de exagero, mas, um exagero assim no geral. Por exemplo, fechar aeroporto, não sair de máscara, você tem todos esses exageros e a população também quer uma medida e às vezes o sistema tem que fazer. Mas o Brasil está se preparando, isso tem melhorado. Mas isso, essa melhora, ela tem uma relação com a gestão, com a mobilidade do sistema, o diagnóstico e tratamento precoce. (...) o Brasil, do ponto de vista da estrutura do ministério, está se organizando para isso. Nós temos um bom sistema de vigilância, melhorado o sistema de vigilância. Mas isso morre também um pouco quando chega no capilar que é o município, que é a localidade. Mas isso é uma questão de gestão, percebe? Agora, por que toda essa gestão não está boa? Porque para trabalhar coisa séria que é saúde pública e educação, pelo menos deve ser em tempo integral e também deve ter salário. E o Sistema Único de Saúde não fez no Brasil plano de cargos e carreira, de salário, está certo? Por isso as enfermeiras trabalham e recebem enquanto estão trabalhando, os médicos recebem enquanto estão trabalhando, mas, se eles adoecem não vão mais receber, você está entendendo? Além disso, o médico tem que estar todo dia lá, a enfermeira tem que estar todo dia lá. Como vai um e vai outro... Se o outro dia for outro não tem continuidade, não é verdade? Então tem essas coisas que são problemas não superados.

MIRÓ se mostrou muito pessimista ao avaliar a vigilância epidemiológica tal como ela se encontra hoje em âmbito federal e acaba fazendo uma alusão ao bom andamento do PNI que é centralizado:

A vigilância epidemiológica no Ministério da Saúde é um caos, é um caos total. Nunca vi tanto... Ninguém sabe nada, ninguém tem a menor ideia de coisa nenhuma. Eles não têm funcionário do Estado, os poucos que têm estão se aposentando. Eles contratam o indivíduo, fica lá... O sujeito é contratado por nove

meses, fica três meses que é para não criar vínculo, fica três meses sem receber depois passa para mais nove meses. E o pessoal bom vai embora. (...) Antes não estava bom, eu vou lhe dizer, estava muito centralizado, tudo era centralizado, mas a população era muito pequena. É como eu lhe disse: você tinha os ricos que iam para o médico particular, você tinha os empregados que iam para os institutos, a saúde era melhor, você tinha os minicentros. E as escolas, quando eu me formei, tinham no Brasil 29 escolas (Faculdades de Medicina). Hoje tem duzentas e tantas. A população era menor, tinha médicos bem formados, eram outras coisas. Agora o sujeito que não fizer residência ele não é bom, se ele não tiver feito residência... (...) Olha, eu vou lhe dizer uma coisa para você entender bem. Tem um negócio que funcionou, mas, é centralizado, que é o PNI, Plano Nacional de Imunização. Isso melhorou muito a situação do Brasil. Acabou praticamente com a difteria, acabou com o tétano, graças a um projeto feito por gente que sabia e centralizado. O Brasil é um exemplo disso. Nem a França tem esse negócio. A coisa melhor que o Brasil já fez é o PNI. A mortalidade infantil diminuiu tremendamente. Se eles fizessem um PNI para todas as coisas talvez tudo funcionasse.

DALÍ também se revelou bastante pessimista, principalmente, quanto à descentralização do controle das endemias:

É que certas coisas tem que estar no âmbito municipal e certas coisas tem que estar no âmbito central, isso eu não tenho dúvidas. O controle de endemias tem que ser centralizado, no âmbito central. Agora o conhecimento da realidade, o atendimento, esse programa de família tem que ser municipal. É que o problema das endemias é um problema nacional que extravasa as fronteiras. Então muitas vezes o prefeito não está muito interessado em fazer isso. (...) Eu acho que a municipalização da saúde pode ser uma coisa boa na questão do atendimento médico, mas, não no controle das grandes endemias. Porque são coisas que ultrapassam os limites do município. Um prefeito sabe quantas pessoas têm no seu município mesmo que tenha uma população flutuante. Ele sabe qual é a demanda de atendimento, quais são as características das sub-regiões e ele pode fazer um planejamento dentro do município razoável. Agora para grandes endemias eu tenho que ter uma ação nacional. Eu não posso chegar e dizer: “não, mas na minha prefeitura eu tenho coisa muito mais importante do que isso”. (...) o grande problema foi se perder o que havia em termos de prevenção e controle de endemias e não misturar com a questão do atendimento primário e secundário nas

idades ou nas áreas rurais, não misturar as duas coisas e não acabar com o outro serviço, porque agora ninguém controla mais as endemias.

A centralização ou não do controle de endemias é um tema bastante polêmico que, aliás, dividem as opiniões dos entrevistados. Há aqueles que enfatizam a necessidade da centralização no controle das endemias, embora, mantendo descentralizadas as ações da ABS. E há os sanitaristas/pesq. que defendem a descentralização do controle das endemias:

(...) dengue é um exemplo importantíssimo disso, e que é um agravo que exige fundamentalmente a ação descentralizada mesmo, não tem nenhuma outra maneira de fazer que não seja descentralizada. E cada município é autônomo” (GOYA).

Nessa discussão o que se deve levar em conta é que hoje é praticamente impossível para a União manter em cada município uma estrutura de vigilância das doenças transmissíveis completamente centralizada como se tinha nas instituições do tipo da SUCAM, que mantinha no seu staff profissionais de alto nível. Isso porque, seria muito dispendioso para a União prover esse tipo de serviço centralizado que, aliás, não condiz com a atual política do sistema de saúde no Brasil que estabelece à descentralização do setor da saúde, inclusive, a descentralização da execução das ações de epidemiologia e controle das doenças.

Por outro lado, com a municipalização da saúde em vigor no país torna-se necessário, para o aprimoramento do próprio sistema, a integração dos vários setores da saúde, principalmente, em se tratando da ABS e da Vigilância em Saúde, seja, ela, epidemiológica, ambiental ou sanitária. De acordo com as normas estabelecidas pelo sistema público de saúde, a integração entre ABS e a Vigilância em Saúde é essencial, principalmente, considerando que no Brasil há um grande número de municípios pequenos que têm várias limitações para estruturar um sistema de Vigilância em Saúde eficaz seja por deficiência estrutural, econômica ou até mesmo política. Sendo assim, na maioria das vezes quem faz o trabalho que caberia às vigilâncias são os profissionais da saúde da ESF. Aliás, mostramos anteriormente que já estão sendo incluídos nas equipes de saúde da família os ACÉs (vigilância ambiental) que juntamente com os ACSs (PSF) são responsáveis por boa parte do trabalho de controle de algumas endemias como dengue, malária e tantas outras. A nosso ver o que se torna discutível hoje é a capacitação que está sendo oferecida pelos estados

aos profissionais seja da ABS ou da Vigilância em Saúde. Ademais, o problema não está só na capacitação, pois, é também necessário imputar aos gestores municipais e estaduais responsabilidades nos recursos destinados ao controle dessas endemias e fiscalizar o cumprimento das metas estabelecidas. Quanto ao problema do controle das endemias pelos municípios **GOYA** sugeriu que:

O estado, principalmente o estado, com a ajuda do governo federal tem de acercar esses gestores municipais e colocar doença de chagas, hanseníase ou alguma outra na prioridade que merece. Eu não vou mais fazer doença de chagas em Santa Catarina onde praticamente não tem transmissão, não tem barbeiro domiciliar, nem nada. Mas na Amazônia que está aparecendo caso de transmissão oral eu tenho que fazer. O ministério advogou isso e se descentralizou bastante, os municípios tocam adiante. Quer dizer, é possível? É possível de fazer, é. Agora o que eu estou vendo, que nem os programas setoriais como doença de chagas, por exemplo, ou até a hanseníase que eu tenho acompanhado de perto, vamos dizer que as equipes centrais, que seriam as estimuladoras e que teriam, vamos dizer, condição técnica de avaliar, de sugerir etc, são cada vez mais esvaziadas.

Nesse caso, temos novamente a citação da falta de técnicos especializados nos três entes federados. Inclusive, **RENOIR** assinalou que tanto o MS como os estados não estão aptos para realizar assessoria técnica para os municípios que apresentam índices altos de transmissão de algumas doenças. Tentando sanar esse problema o MS acabou contratando alguns especialistas para suprir a ausência de técnicos em alguns municípios mais pobres da região norte do país:

Então nós temos alguns problemas sérios em muitos municípios a tal ponto de eu lhe dar um exemplo: nós temos uma concentração de casos de malária na região Amazônica em alguns municípios, cerca de 40 a 50 municípios. Nesses municípios nós identificamos grandes carências técnicas. Então num plano com fundo global houve uma opção para que se contratasse pessoas, por um período de cinco anos, a partir desse ano (2010). Foram contratadas pessoas treinadas, capacitadas, vinte pessoas localizadas nessas áreas para assessorar, supervisionar, estimular a participação dos municípios no controle da malária. Então isso nós temos a impressão que deverá trazer um impacto muito grande na transmissão. Porque no caso da malária hoje as medidas de controle devem ser aplicadas de acordo com a realidade de

transmissão local: em alguns lugares eu devo aplicar larvicidas, em outros eu devo aplicar inseticida nas casas, em outros eu não tenho condições de fazer nada disso eu tenho que diagnosticar e tratar precocemente. A escolha dessas medidas depende de uma análise das informações da transmissão local, isso aí era preciso ter, entre aspas, uma inteligência periférica para decidir essas coisas. Porque o ministério não tem condições de fazer isso. E a instância do estado não é suficiente para fazer essas coisas. Dessa maneira, nós temos a impressão de que tem que haver um reforço tecnológico, um reforço na assessoria técnica dos municípios que não têm condições de fixar profissional de nível superior no seu trabalho.

RENOIR aproveitou para realizar um balanço das ações da vigilância epidemiológica quando estas eram centralizadas e hoje descentralizadas:

Então na verdade a gente pode dizer assim que o SESP e a SUCAM não deram conta dos programas que eles tiveram, apesar da gente ter conseguido vitórias muito grandes. Hoje mesmo a gente viu vitórias, muitas vitórias no controle de algumas doenças como: filariose, esquistossomose, malária e tal. E que politicamente com a nova constituinte, a nova Constituição de 1988, se tornou inviável politicamente ações centralizadas, verticalizadas, disciplinadas, hierarquizadas para o governo federal.

O entrevistado também nos ofereceu um relato que se baseia nas ações de prevenção de doenças transmissíveis:

A vigilância epidemiológica passa a ser um instrumento fundamental para a detecção precoce de problemas, por exemplo: a detecção da circulação viral do vírus da febre amarela entre macacos, quando começa a morrer macacos antes de ter casos humanos. A vigilância valoriza essas coisas. No caso da peste bubônica: a identificação de roedores infectados antes que a gente venha a ter casos humanos. A vigilância podendo se antecipar a casos humanos seria ótimo, nem sempre ela consegue. Mas, por exemplo, um exemplo recente aqui em SC, em PE, em AL, houve aquelas inundações e todo mundo sabe tem inundações nós vamos ter leptospirose daqui trinta dias, de quinze a quarenta dias. Então é preciso que haja planos de contingência para essas circunstâncias. Bom, então a vigilância epidemiológica ela é uma arma, é um instrumento, não vamos falar arma, é um instrumento muito

adequado para prevenção e controle de doenças, não tem outra que tem muita importância na estrutura de morbidade do país.

O entrevistado também relatou a importância que algumas instituições têm hoje, principalmente o CIEVS, no que diz respeito à informação como instrumento de prevenção e combate tanto das doenças transmissíveis como das não transmissíveis:

Bom, a vigilância, não tenho dúvida o que a gente chama de vigilância é informação para si, é uma informação que precisa uma ação correspondente. Hoje a grande arma que está acontecendo, o grande instrumento é o CIEVES, Centro de Informação Estratégica de Vigilância e Saúde. O CIEVES eles recebem informação 24 horas. Mesmo que sejam notícias de jornal, rumores, telefonemas, enfim, para que precocemente se saiba o que está acontecendo em vários lugares, para serem acionados, inicialmente, as forças municipais. E posteriormente as forças estaduais se as municipais não forem suficientes, ou até o apoio do governo federal para isso daí. Então eu acho que a vigilância epidemiológica, não só para doenças infecciosas, hoje existe vigilância epidemiológica das doenças não infecciosas, entre elas: o problema da violência; acidentes de trânsito; obesidade; fatores de risco para doenças cardiovasculares, que é a doença que mais mata atualmente. Então tem esse inquérito que é feito pelo telefone, um inquérito sobre doenças não infecciosas, e esses inquéritos detectam, por exemplo, a quantidade de pessoas que são obesas, a quantidade de pessoas que tem vida sedentária, os fumantes que graças a Deus está em queda. Então eu acho que a vigilância epidemiológica vale não só atualmente para doenças infecciosas, mas, também como um instrumento para controle das doenças não infecciosas que estão assumindo um papel importante também na estrutura de mortalidade do país. No momento o que está se encaminhando e ainda vai ser um processo meio longo é de um aprimoramento dos instrumentos que nós temos hoje para controle das doenças, com execução prioritariamente dos municípios apoiados pelo estado e eventualmente pelo ministério. Então, é preciso que a vigilância não caia em descrédito.

Quanto à função da vigilância epidemiológica hoje **RENOIR** assinalou que:

(...) ela detecta as coisas, mas, ainda não tem capacidade de resposta, não. Hoje os estados e o governo federal estão se

aprimorando para melhorar essa resposta ao que é identificado pela vigilância. Então a vigilância ela tem que ser aprimorada.

Essa percepção se mostrou conectada a de **TÂNTALO** que ponderou:

Na verdade, tenta entender, hoje eu diria que a vigilância epidemiológica, ela tem capacidade de fazer análise de avaliação em situações pontuais. Mas ela não tem a capacidade, do ponto de vista qualitativo, de fazer a análise de saúde como um todo, do modo como ela está organizada.

Isso porque na visão deste entrevistado falta ao corpo técnico à capacidade de se apropriar da Epidemiologia enquanto ciência. Isso é que fará com que a vigilância epidemiológica tenha uma visão ampliada do ponto de vista da situação de saúde como um todo:

(...) esse processo para ter um sequenciamento, uma ampliação no entendimento, e uma questão de inter-relação analisada, avaliada, ela necessariamente teria que ter um objeto de uso da Epidemiologia, na sua forma mais aprofundada, mais científica, dentro de todo aquele referencial que a Epidemiologia te dá. (...) Eu acho que a Vigilância em Saúde a médio prazo, não diria a longo prazo não, mas, a médio prazo ela tem a possibilidade de ser o elemento fundamental na questão de demonstrar de uma maneira muito clara a situação de saúde da população e dentro dessa análise, dessa situação, quais as alternativas possíveis que possam ser utilizadas na tomada de decisão.

4.8 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO

O primeiro ponto que ressaltamos nessa síntese é que a vigilância epidemiológica é fruto de uma política internacional priorizada em meados do século XX que foi se difundindo pelos países e, cada um deles, foi se adaptando a essa política tendo em vista suas próprias políticas de saúde. No Brasil, inicialmente, se priorizou na vigilância epidemiológica as doenças transmissíveis e as zoonoses, já que, estas são as que têm um maior poder de disseminação podendo afetar vários territórios. Também foi necessário organizar no país o SNVE e, junto a este, foram se estabelecendo critérios, principalmente, no que se refere à notificação das doenças (lembrando que toda essa organização estava presente dentro de uma política institucional centralizada que foi apresentada nos capítulos anteriores). Embora, atualmente haja todo um

aparato instrumental que estabelece a notificação das doenças por parte dos profissionais da saúde, principalmente, os envolvidos no sistema público de saúde, ainda é muito grande o número de subnotificação das doenças transmissíveis se levarmos em conta essa ausência de notificação no sistema privado de saúde. Sendo que, sua principal consequência é distorcer a análise da situação de saúde de certos territórios ou municípios comprometendo o direcionamento de estratégias de atuação em saúde pública. Dessa forma, acreditamos ser necessário que o MS aposte numa maior rigidez na notificação das doenças transmissíveis por parte do sistema privado.

O segundo ponto relevante trata-se da estimulação da municipalização das ações da vigilância epidemiológica após a institucionalização do SUS. Esse encargo ocorreu de forma gradual para os municípios, ou seja, foi ocorrendo conforme iam sendo acordados entre a União, os estados e os municípios. Nesse período a instituição que passou a definir as normas quanto às metas e atividades a serem desenvolvidas pelos estados e municípios foi a FUNASA/CENEPI, sendo que, o financiamento das ações de vigilância epidemiológica ficou a cargo das três esferas de governo. Dessa forma, a FUNASA deixou de desenvolver quaisquer atividades no controle de endemias e passou a ser responsável pelo pagamento dos servidores que faziam parte do órgão, que com a descentralização foram sendo cedidos aos municípios. Atualmente, os municípios são responsáveis por sua estrutura de vigilância epidemiológica e passaram a ter como função primordial a identificação das doenças e agravos que necessitam de mais atenção na sua região e a definição rápida das necessárias medidas de prevenção e redução de risco à saúde. Nesse caso, o papel do município hoje passou a ser fundamental no diagnóstico, notificação das doenças e na investigação epidemiológica dos casos.

Também ressaltamos que a descentralização das ações da vigilância epidemiológica apresentou, ao longo da sua implantação por todo o país, alguns pontos positivos que não podem ser descartados. Um deles, o qual consideramos crucial, se refere à disseminação do conhecimento da epidemiologia que antes da descentralização era privilégio de poucos e hoje está, inclusive, fazendo parte da capacitação dos vários profissionais da saúde que estão incluídos no sistema público. Embora, esse fato não esteja sendo acompanhado plenamente por uma estrutura técnica em âmbito municipal por diversos problemas que foram sendo apontados durante o capítulo. Inclusive, em se tratando de algumas endemias como a malária, por exemplo, o MS está tentando

suprir esses problemas mais localizados investindo na contratação de profissionais especializados em trabalho de campo para assessorar e estimular alguns municípios da região norte do país no controle dessa doença. Dessa forma, nos parece que um dos grandes problemas gerados pelas mudanças decorrentes da descentralização está no esvaziamento, nos estados e municípios, de técnicos especializados no trabalho de campo que, anteriormente, faziam parte dos órgãos que se destinavam ao monitoramento e controle das doenças transmissíveis (SUCAM/FUNASA).

O terceiro ponto que consideramos relevante é a mudança das atividades da vigilância epidemiológica que, anteriormente eram aplicadas somente para as doenças transmissíveis. Atualmente, são aplicadas também para as doenças não transmissíveis e outros agravos. De modo geral, a vigilância epidemiológica hoje se baseia em um sistema que relata, de modo rotineiro, os casos suspeitos de uma doença ou de um agravo que são identificados (ou deveriam ser identificados) tanto nos serviços públicos quanto nos privados de saúde. No entanto, consideramos que a vigilância epidemiológica na forma como está estruturada no país objetiva não apenas vigiar doenças, mas, também vigiar riscos. Riscos esses que antes de 1990 eram administrados de forma centralizada, sendo que, as ações das importantes instituições que administravam esses riscos recaíam, em boa parte, na educação sanitária, principalmente, da população das áreas rurais do país, conforme foi apresentado nos capítulos anteriores desta tese. Atualmente, nos parece que a saúde pública no Brasil está sofrendo com a falta de “vontade política” que contemple a educação sanitária, principalmente, em se tratando das parasitoses que requerem, além dessa educação, melhorias das condições socioeconômicas e de saneamento básico. Ou seja, requerem ações intersetoriais que visem à prevenção de doenças e uma melhor qualidade de vida para a população.

No quarto ponto salientamos que a atual vigilância epidemiológica, enquanto estratégia de prevenção e controle de doenças, se abastece de dados que em primeira instância são gerados pelas notificações oficiais provenientes, principalmente, dos serviços de saúde públicos dos municípios, conforme apresentado ao longo do capítulo. Esses dados quando analisados se transformam em informações que, por sua vez, são utilizadas para tomada de decisão, seja em âmbito federal, estadual ou municipal. No caso da vigilância epidemiológica, atualmente, todas as informações em saúde estão sendo organizadas por

meio do SINAN. Entretanto, por falta de profissionais capacitados nos municípios, e até mesmo em alguns estados, há uma baixa capacidade de análise dos problemas de saúde utilizando os dados do atual sistema. Consideramos que essa falta de análise poderá vir acarretar um ônus ainda maior para a saúde pública no país.

O quinto ponto relevante que foi surgindo, mesmo antes da confecção deste capítulo, diz respeito à importância dos investimentos em capacitação para todos os profissionais da saúde quanto às prioridades da vigilância epidemiológica. Capacitação esta que, inclusive, deveria ser abordada nos cursos de graduação nas diversas áreas da saúde como: Medicina, Veterinária, Enfermagem, Odontologia, entre outras. O que de certa forma, conforme os relatos aqui mencionados, nos leva a concluir que o problema não está somente na descentralização do setor da saúde como alguns ainda lamentam. Mas, está principalmente na formação universitária de muitos profissionais da saúde que, muitas vezes, não notificam uma doença simplesmente porque não sabem que esta deve ser notificada ou não sabem como notificá-la. Ou ainda acreditam que essa notificação não gera benefício nenhum para a população ou ainda não aprenderam nos cursos como fazer a identificação de casos e, portanto, desconhecem seu papel fundamental de agentes de saúde pública. Não seria esse um motivo importante para que o MS junto ao Ministério da Educação pressionassem as diversas faculdades da área da saúde a reverem seus currículos. Inclusive, obrigando-as a acrescentar disciplinas que contemplem o ensino aprofundado de microbiologia, capaz de formar os alunos especialistas em *“identificar uma lâmina”*, como os próprios sanitaristas/pesq. relataram sobre essa falha fundamental do ensino médico.

O sexto ponto a ser enfatizado é que a vigilância epidemiológica, a partir de 2003, passou a fazer parte de uma estrutura muito mais ampla denominada de Vigilância em Saúde. E esta abriga também o setor de vigilância ambiental e do trabalhador, além de outros setores, sendo que, cada um deles apresentam normas e atividades específicas. No entanto, o MS recomenda a integração entre todas as áreas correspondentes ao setor da saúde. Essa integração implica em procedimentos de ações interdependentes, conforme tentamos mostrar ao longo do capítulo, e essas ações, de maneira geral, visam à promoção da saúde juntamente com a prevenção, monitoramento e o controle das doenças transmissíveis. Mas cabe frisar que essa intrasetorialidade ainda é um

desafio, embora, alguns municípios estão obtendo êxito nessa tarefa e gradualmente estão fortalecendo essas almeçadas ações conjuntas.

No sétimo ponto acentuamos que com a descentralização dos serviços e ações da Vigilância em Saúde, há necessidade dos municípios estruturarem unidades locais próprias, constituídas de equipe de profissionais capacitados que sigam as normas pactuadas entre os gestores no que diz respeito às ações das vigilâncias seja, ambiental ou epidemiológica. No entanto, muitos municípios ainda não conseguiram implantar no seu território essa unidade de Vigilância em Saúde e, sendo assim, geralmente são os profissionais da ABS (ESF) que, muitas vezes, acabam realizando essas atividades com ou sem capacitação. Creio que não podemos considerar esse fato como uma falha da descentralização dos serviços e ações da vigilância epidemiológica, mas, como um estágio do desenvolvimento dessa descentralização, uma vez que, essa nova competência municipal foi introduzida recentemente nos municípios. Dessa forma, podemos considerar que a Vigilância em Saúde nas bases locais ainda está em fase de organização, conforme veremos no próximo capítulo.

No oitavo e último ponto resta enfatizar as percepções dos entrevistados (sanitaristas/pesq. e o técnico da DIVE/SC) sobre as fragilidades da descentralização dos serviços e ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis. As principais limitações apontadas foram: a falta de capacitação dos profissionais da Vigilância em Saúde; o uso irregular pela gestão municipal dos recursos financeiros; falta de aparelhamento dos municípios frente às novas responsabilidades que acabam acentuando uma grande diversidade de níveis de organização setorial no país; carência de profissionais de nível superior capacitados em epidemiologia nos municípios e também nos estados; falta de técnicos capacitados, inclusive, em trabalhos de campo que devem ser desenvolvidos no âmbito municipal.

CAPÍTULO 5

A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NUM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO DE CASO¹⁷⁸

A ideia principal deste capítulo é verificar de que forma o município de Ninféia¹⁷⁹ está se organizando em relação à vigilância das doenças transmissíveis, focando ações referentes às três vigilâncias, isto é, a ambiental e a epidemiológica, que fazem parte da Vigilância em Saúde e, também, algumas ações da vigilância sanitária. A análise está embasada nos relatos dos profissionais das vigilâncias que foram entrevistados para esta pesquisa (três profissionais da vigilância ambiental; quatro profissionais da vigilância epidemiológica; e um profissional da sanitária¹⁸⁰). Consideramos muito importante a realização das entrevistas com todos esses profissionais para que fosse possível balizarmos as informações que estavam sendo passadas para a pesquisadora e também para captarmos a relação entre as atividades das unidades de vigilância, bem como, a relação entre os seus profissionais.

Este capítulo, assim como os outros, está organizado em seções e subseções e em todas estamos apresentando as percepções dos entrevistados sobre temas relevantes para a vigilância das doenças transmissíveis. Temas esses, que foram abordados nesse trabalho como categorias de análise, conforme mencionamos no primeiro capítulo da tese (seção 1.3). E na penúltima seção deste capítulo realizamos um cotejamento entre: as percepções dos sanitaristas/pesq.; do técnico da DIVE/SC; e o que foi possível apurar no estudo de caso, com base nas entrevistas realizadas com os profissionais das três unidades de vigilância do município. E finalmente na última seção explicitamos a síntese analítica do capítulo.

¹⁷⁸ O estudo de caso que foi empreendido aqui é o estudo que é realizado nas Ciências Sociais.

¹⁷⁹ A escolha desse município de pesquisa se deve ao fato dele ser considerado por Silva (2008) como adequado em alguns indicadores criados pelo autor, conforme mencionamos anteriormente (seção 1.2).

¹⁸⁰ Esses profissionais entrevistados estão recebendo pseudônimos de grandes pintores(as) catarinenses, conforme especificamos na introdução deste trabalho (**Eli Heil**; **Sônia Furtado**; **Tercília dos Santos**; **Vera Sabino**; **Jayro Schmidt**; **Victor Meirelles**; **Martinho de Haro**; **Luiz Henrique Schwanke**). E para facilitar a leitura no texto do trabalho usaremos o primeiro nome desses artistas.

Antes de iniciarmos este capítulo devemos explicar que em SC a partir de 2003 foi estabelecida uma nova estrutura administrativa que dividiu os 293 municípios do estado entre Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDRs) (o mapa das SDRs está no anexo Q). Sendo essa uma forma que o estado encontrou para implementar a descentralização e desconcentração da administração pública estadual, que atualmente é composta de 36 SDRs, que têm poderes administrativos iguais aos das demais Secretarias Setoriais. No caso do setor da saúde, em cada uma das SDRs há uma Gerência de Saúde Regional (denominada pelos entrevistados como Regional de Saúde) e todas são subordinadas administrativamente à Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional e tecnicamente à Secretaria de Estado da Saúde¹⁸¹. Dessa forma, o município de Ninféia é parte integrante de uma dessas SDRs e sua respectiva Regional de Saúde.

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DE NINFEIA

Ninféia é um dos municípios de Santa Catarina que começou a surgir no cenário brasileiro no século XVIII e se destacava pelo seu extenso território. Entretanto, em fins do século XIX e na primeira metade do século XX, devido ao desmembramento para a formação de novos municípios e também em face da decadência econômica da região e dos frequentes surtos de malária (tema da próxima seção), o município foi perdendo seu prestígio e também sua vasta extensão territorial.

A economia do município dependia, até a década de 1970, da agricultura, pecuária e pesca. Mas, com o desenvolvimento da cidade houve a expansão do comércio e da indústria. E atualmente está se estruturando no município o setor de turismo, com base no agroturismo, no ecoturismo e nas suas belezas naturais.

¹⁸¹ Não é objetivo deste trabalho discutir a implementação do processo descentralizador em SC. Entretanto, não poderíamos deixar de mencionar esse fato, uma vez que, as SDRs têm Plano de Desenvolvimento Regional para o período de 2012-2018 que contemplam as seguintes ações voltadas para a vigilância em saúde: incentivo do aumento da cobertura vacinal nos municípios; criação de material informativo para o comitê de mortalidade materna infantil e para as campanhas de promoção da saúde nos municípios; discutir com os municípios formas de redução do índice de mordeduras caninas; incentivar estratégias de promoção da saúde do homem nos municípios; e fiscalização de ambientes para emissão dos alvarás sanitários (SANTA CATARINA, 2012f).

A população de Ninféia é constituída de várias etnias que migraram para o município devido ao exôdo rural na década de 1980 e também abriga uma pequena comunidade indígena.

5.2 A MALÁRIA DE BROMÉLIAS EM SANTA CATARINA E O TRABALHO DOS GUARDAS DE ENDEMIAS

No final do século XIX e início do século XX o estado de Santa Catarina apresentou grande incidência de malária, principalmente, nas áreas litorâneas. Essa alta endemicidade se deveu à existência do complexo “bromélia-malária”, isto é, a abundância das bromélias, conhecidas como gravatá, que se tornaram um criadouro dos mosquitos *Kerteszia*, vetores da malária em toda a região¹⁸². De acordo com São Thiago (2003), apesar da malária castigar o estado de SC desde 1877 os registros dessa doença até o início de 1940 são escassos em consequência das várias mudanças ocorridas nos órgãos executivos. Mas, mesmo assim até a década de 1980 a malária foi considerada uma doença endêmica em SC, principalmente, nos municípios litorâneos do estado como, por exemplo: Biguaçu, Florianópolis¹⁸³ e São José¹⁸⁴.

Ainda de acordo com o autor, a partir de 1921 foram instalados postos rurais para combater a doença em algumas cidades de Santa Catarina. E em 1949, após a criação do Serviço Nacional de Malária¹⁸⁵, aumentaram os números de postos no estado. Sendo que, o posto de Brusque abrigou a Seção de Ecologia do Instituto de Malariologia e esta passou a desenvolver, até o ano de 1952, pesquisas em: biologia, química orgânica, microclimatologia, botânica, zoologia e ecologia básica e aplicada (ARAGÃO, 1968).

Inicialmente, foram utilizados como principais métodos de combate ao mosquito a desbromelização; o desmatamento; e a aplicação

¹⁸² Deve-se registrar que o problema malária/bromélia nesse período ocorreu nos três estados da região sul do país: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, sendo que, nesse trabalho enfocaremos somente Santa Catarina (SÃO THIAGO, 2003).

¹⁸³ São Thiago cita (2003) que na Ilha de Santa Catarina a malária atingiu alguns povoados como: Sambaqui, Santo Antonio, Rationes, Rio Vermelho, Canasvieiras, Pontas das Canas e Armação.

¹⁸⁴ Esclarecemos que a doença não se restringia a esses municípios, pois, Moraes (1990) aponta 29 municípios catarinenses, todos da faixa litorânea, que foram acometidos da malária na década de 1940.

¹⁸⁵ O Serviço Nacional de Malária criado em 1941 fazia parte do DNS.

intradomiciliar de inseticidas de efeito residual¹⁸⁶. A desbromelização consistia no arrancamento e destruição manual das bromélias que era um trabalho muito árduo e demorado. Já o desmatamento era realizado na periferia das cidades e das vilas as quais a doença atacava impiedosamente. Quanto ao borrifamento de inseticidas, era uma estratégia que não era bem aceita pela população. Tanto é que em 1965 foi necessário que o governo baixasse um decreto (nº 57.474) obrigando a população a permitir a entrada em suas casas dos servidores dos órgãos pertencentes à Campanha de Erradicação da Malária¹⁸⁷ (CEM), para que estes pudessem executar as atividades necessárias para o combate do vetor¹⁸⁸. Também foi utilizada no estado, em caráter experimental, a aplicação de inseticida por helicóptero sobre as matas primárias fixadas em terrenos acidentados. Entretanto, esse método não surtiu o efeito esperado em decorrência dos fatores climáticos (chuva e orvalho) que eliminavam a ação residual dos inseticidas empregados na área (MORAES, 1990).

Devido ao esforço empreendido no Brasil, por meio da CEM, a incidência de malária em Santa Catarina começou a diminuir na década de 1970 e a interrupção da transmissão da doença no estado data de 1986.

Na linha de frente de todo o trabalho para a erradicação da malária em SC e no Brasil estava presente o guarda de endemias¹⁸⁹, que

¹⁸⁶ Além desses métodos, especialmente em Ninfeia foi experimentado o “método Pinotti” que se consistia na mistura da cloroquina (antimalárico) ao sal de cozinha tendo como objetivo o controle da parasitose (MORAES, 1990; SÃO THIAGO, 2003).

¹⁸⁷ A Campanha de Erradicação da Malária proposta e financiada por órgãos internacionais (OMS e OPAS) passou a vigorar no Brasil a partir de 1956, inicialmente, fazendo parte do DENERU. Mais tarde, em 1965, passou a se constituir como um órgão com autonomia administrativa e financeira, embora, subordinada ao MS. Já na década de 1970 a CEM passou a fazer parte da SUCAM que em 1990 foi encampada pela FUNASA. É bom lembrarmos que alguns desses órgãos apesar de terem autonomia administrativa e financeira possuíam uma estrutura verticalizada.

¹⁸⁸ De acordo com São Thiago (2003) em São Francisco do Sul foi necessário inclusive à interferência branda do exército.

¹⁸⁹ É bom lembrarmos que neste trabalho estamos utilizando os termos guarda de endemias, guarda sanitário e guarda de epidemiologia como sinônimos, já que, são nomenclaturas utilizadas por diferentes órgãos, mas que tinham as mesmas funções. Atualmente o profissional em destaque é denominado agente de controle de endemia.

durante a vigência da CEM, se distribuía em duas funções: guarda de epidemiologia e guarda de inseticida e ambos obedeciam a uma rigorosa hierarquia. Essas duas funções tinham atividades que se desdobravam em quatro fases de tentativa de erradicação da malária no Brasil, cujas fases foram propostas pela OMS.

Na primeira fase de erradicação da doença, denominada fase preparatória, era competência do guarda de epidemiologia preparar a área antes de iniciar o trabalho de cobertura com inseticida. Nessa etapa o trabalho do guarda se resumia basicamente: no reconhecimento geográfico que deveria ser sempre atualizado, uma vez que, havia sempre a construção e demolição de casas; numeração das casas; e elaboração dos primeiros mapas e croquis (SÃO THIAGO, 2003).

A segunda fase da Campanha ficou conhecida como fase de ataque e consistia na borrifação intradomiciliar com inseticida (DDT) em todos os domicílios da área malárica. Essa borrifação, que era manuseada pelos guardas de inseticida, ocorria em dois ciclos anuais, no total de oito ciclos. O método da borrifação era avaliado por meio de um sistema de busca ativa e busca passiva que era complementado pelo tratamento dos casos suspeitos. A busca ativa se constituía na visita domiciliar, realizada pelos guardas de epidemiologia, para detectar indivíduos febris, dos quais, eram recolhidas amostras de sangue que eram examinadas nos laboratórios instalados em pontos estratégicos. Todos os indivíduos eram submetidos a um tratamento presumido. Quanto à busca passiva, esta correspondia a uma rede de postos de notificação que eram representados por colaboradores voluntários leigos (comerciantes, professores, párocos, pastores) que exerciam alguma liderança na comunidade. De acordo com São Thiago (2003), os postos de notificação dispunham de todo o material necessário à coleta de sangue e administração do tratamento, inclusive o medicamento. Essa fase de ataque tinha duração prevista de quatro anos.

Na terceira fase da CEM, denominada de consolidação, os ciclos de borrifação eram suspensos e a utilização do inseticida era esporádica em áreas de persistência da transmissão ou surgimento de novos focos. Nessa fase era incrementada: a busca passiva de casos; a instalação de postos de notificação dentro dos postos de saúde das redes estadual e municipal; a investigação epidemiológica dos casos; e o tratamento da doença. A fase de consolidação tinha uma duração prevista de três anos. Durante essa fase o guarda de epidemiologia continuava o seu trabalho de visita domiciliar mensal. Cada guarda no início de cada mês recebia um itinerário e nele constavam as localidades e as casas a serem visitadas. Esses guardas andavam munidos de uma bolsa de lona

amarela com o logotipo da CEM que continha o material necessário para o seu trabalho: lâminas de vidro, estiletes, algodão, álcool, medicamentos, boletins de busca ativa, blocos de fichas de busca passiva, lápis (SÃO THIAGO, 2003).

Por fim, a CEM apresentava a fase de manutenção que partia do pressuposto de que a transmissão da malária tinha se interrompido devido às fases anteriores de controle. Mas, mesmo assim, as atividades não deveriam se esgotar até que houvesse a garantia de que a doença estivesse erradicada. As atividades dessa fase não tinham duração prevista para seu término.

Ressaltamos que a CEM, que passou a fazer parte da SUCAM em 1970, na década de 1980 com a 8ª CNS e mais tarde com a criação do SUS começou a perder sua importância perante a nova proposta de descentralização do setor da saúde, cujas ações de controle das endemias deveriam ir sendo incorporadas, inicialmente, à política de atenção primária à saúde que passaria a ser prioridade dos municípios e dos estados. No entanto, essas ações deixaram de ser priorizadas por um longo tempo nos estados e municípios. Somente nas últimas décadas que esses entes federados estão sendo obrigados a cumprir metas federais que incluem o controle e a prevenção de doenças transmissíveis como a malária.

5.2.1 A SUCAM e a FUNASA em SC: o trabalho de um guarda de endemias, 1970-1990

A SUCAM, criada na década de 1970, se originou da fusão do DENERU, da CEM e da Campanha de Erradicação da Varíola. As Diretorias Regionais do novo órgão, conforme foi apresentado nos capítulos anteriores, estavam estabelecidas em todos os estados brasileiros e começaram a ser implantadas em 1976 (MORAES, 1990). No entanto, são escassos os dados sobre a estrutura desse órgão em SC quando da sua implantação. O que conseguimos identificar é que a sede da Diretoria era em Florianópolis e, inicialmente, contava também com dois distritos: um em Joinville, constituído de 102 municípios; e outro em Blumenau, com 104 municípios.

Os dados sobre os recursos humanos¹⁹⁰ do órgão em SC datam da década de 1980. Em 1986 a Diretoria Regional de SC contava com um total de 455 funcionários (quatro de nível superior e 451 de nível médio). Sendo que, no ano de 1988 esse número sofreu uma leve alteração e caiu para 437 funcionários (cinco de nível superior e 432 de nível médio). Os cargos de nível superior se constituíam de: pesquisador em ciências da saúde, sanitaristas, médicos, veterinários, farmacêuticos, engenheiros, arquitetos, estatísticos, assistentes sociais. Já os cargos de nível médio abrangiam: agente de saúde pública (agente de endemia), agente auxiliar de saúde pública, técnico em cartografia, técnico de laboratório, auxiliar de laboratório, laboratorista (MORAES, 1988; 1990).

Dentre todos esses profissionais destacamos nesta parte da tese alguns dados sobre os agentes de saúde pública da SUCAM, uma vez que, encontramos um desses agentes em Ninféia. O interesse por esse profissional aumentou ainda mais quando descobrimos que na década de 1990 ele foi transferido para a FUNASA. E mais tarde com as mudanças ocorridas após a descentralização do setor da saúde passou a fazer parte do staff do MS. No momento, esse profissional se encontra cedido para a unidade de vigilância ambiental do município de Ninféia exercendo função de destaque. Dessa forma, esse agente fez parte de todas as mudanças ocorridas nas políticas de saúde que foram mais intensas a partir da década de 1970. Sendo assim, resolvemos entrevistá-lo para que fosse possível arregimentar mais dados para o trabalho em relação à estrutura desses órgãos no estado de SC, bem como, conhecer um pouco mais sobre as atividades que eram preconizadas a esses agentes de saúde pública da SUCAM e posteriormente da FUNASA. Sendo assim, nesta subseção, estamos focalizando os dados que foram relatados do período anterior à descentralização, ou seja, de 1970 a 1990. E mais adiante estaremos demarcando as atividades realizadas pelos agentes de endemia no período atual, isto é, posterior à década de 1990 quando passou a vigorar a descentralização dos serviços e ações da vigilância das doenças transmissíveis.

De acordo com o relato do entrevistado, cujo pseudônimo utilizado neste trabalho é *MARTINHO*, a SUCAM em SC tinha mais ou

¹⁹⁰ De acordo com Moraes (1988; 1990), os recursos materiais do órgão em SC se consistiam de: 25 camionetes, um caminhão, 30 jeeps, dois sedans, uma kombi e 12 motocicletas. Os equipamentos de laboratório no estado se constituíam de 25 microscópios: 19 bacteriológicos e seis entomológicos. Outros recursos materiais disponíveis eram: cinco bombas pulverizadoras.

menos 400 funcionários que eram distribuídos por todo o estado¹⁹¹ e as funções hierárquicas se dividiam entre: agentes de endemias, chefe de operação de campo, supervisores e coordenador geral.

Os agentes de endemias para ingressarem na SUCAM tinham que passar por um processo seletivo e eram recrutados para o trabalho no seu próprio estado, sendo considerados funcionários sob regime celetista. A admissão de **MARTINHO** na SUCAM, no ano de 1975, ocorreu segundo o relato abaixo:

Eu era colono e na época meu pai tinha tudo, todas as condições de a gente continuar trabalhando na roça. Mas, o incentivo na roça era muito ruim, era tudo na base do braço, com o boi. (...) Então a gente tinha um incentivo muito grande dos pais que a gente deveria procurar um emprego, entende. E eu um dia caminhando em Ninfeia encontrei um amigo e ele disse: “estás trabalhando aonde? Estou na roça com meu pai. Você não tem vontade de trabalhar, arrumar um emprego? Quero arrumar um emprego, mas, quero arrumar um emprego decente. Trocar o dia pela noite para não ter nada, então eu fico na roça, lá eu tenho tudo. Tu não queres entrar na malária; olha lá a gente viaja, ganha uma diária e tal?”. Naquela época falava-se em malária ninguém falava em SUCAM. Para você ter uma ideia na época o salário mínimo estava em 64 mil e o meu salário básico, eu entrei ganhando 540 mil¹⁹². Para você ver quantos salários mínimos davam. Está certo que o salário mínimo na época era muito, mas, mesmo assim. E os empregos que a gente estava encontrando era tudo com um salário, um salário e meio. Então, onde eu fui lá e fiz a prova, passei e estou até hoje.

Nessa época alguns órgãos do tipo da SUCAM tinham autonomia financeira e administrativa, incluindo a administração dos recursos humanos que, por sua vez, eram beneficiados com plano de cargos e carreira e uma remuneração condizente com o trabalho. No entanto, durante a entrevista houve indícios de que o processo seletivo, realizado pela SUCAM e pelo qual os agentes eram obrigados a passar, podia ser burlado. Isso pode ser notado no seguinte relato do entrevistado:

(...) ele disse para mim: “vai lá e procura fulano e sicrano e diz que fui eu que mandei”, porque ele já estava nesse serviço,

¹⁹¹ Essa informação corrobora com os dados de Moraes (1990) citados anteriormente.

¹⁹² O padrão monetário da época era o Cruzeiro.

entende? E aí quando cheguei lá, foi coincidência, quando cheguei lá para falar com a pessoa, meu pai tinha alambique que era colônia e tinha alambique e esse cara ia sempre lá pegar pinga lá em casa. Quando cheguei lá, ele olhou para mim: “tu não é filho do Ramiro lá de cima que faz aquela cachaçinha boa, purinha, lá do melado. Eu sou, você conhece meu pai? Eu vou sempre pegar uma cachacinha lá e fica tranquilo que eu vou arrumar aqui para você”.

Não podemos afirmar que esse fato aqui descrito seja um indicativo de que a SUCAM, como outras instituições do seu tipo, favoreciam as relações de natureza clientelística que deram margem ao surgimento de uma superestrutura as quais estamos acostumados a observar no Brasil. Mas, fica aqui mais uma daquelas interrogações abertas para quem se propuser pesquisar.

Após seu ingresso na SUCAM o entrevistado relatou que os agentes de endemias em SC exerciam duas atividades que eram consideradas como essenciais na saúde pública da época. A primeira atividade diz respeito à coleta de sangue de todas as pessoas que apresentavam um estado febril, isto é, pessoas que eram suspeitas de ter adquirido uma doença transmissível como a malária, por exemplo. Essa coleta consistia em furar o dedo do paciente, coletar o sangue e enviar para o laboratório para confirmação de diagnóstico. A outra atividade consistia no combate aos vetores por meio de borrifação de inseticida nas casas. De acordo com a habitação também podiam ser utilizados produtos químicos em forma de pasta, solução ou pó molhável. **MARTINHO** forneceu detalhes sobre a borrifação dos ambientes:

(...) o Anopheles ele se cria no mato e como ele precisa do sangue para amadurecimento dos seus ovos, para se manter, para amadurecer os ovos, quando a fêmea está fecundada ela precisa do sangue humano para ela amadurecer os ovos. Então daí o que ela fazia, ela ia para as casas a noite. Aí se fazia a borrifação porque as paredes ficavam protegidas com o cristal do inseticida. Aquilo durava seis meses e dava uma proteção na casa caso o proprietário não lavasse as paredes. E o mosquito ao entrar na casa, primeiramente, ele ia posar para depois ele esperar o sossego do morador para ele ir lá sugar o sangue. E ele se encontrando com aquele cristal que estava lá, ele acabava morrendo sem que ele atingisse a pessoa da casa, os moradores.

Durante o seu relato **MARTINHO** apontou que nem sempre a comunidade aceitava o trabalho de borrifação que deveria ser feito nas residências:

Era engraçado, nós passávamos no Pântano do Sul, trabalhei no Pântano do Sul, nós chegávamos lá, parava a caminhonete com as bombas e começava a tirar as bombas de dentro do carro e aí passava todo mundo assim apertando o nariz e falando: “os catíngosos chegaram, os catíngosos chegaram”. Era mesmo assim. Era uma ignorância total para borrifar uma casa. Mas, antes quando estava lá uma epidemia com noventa e poucas casas que tinha malária, era cheio de malária, aí eles vinham chamar nós para perguntar quando é que iam borrifar lá, passar DDT nas casas, porque os mosquitos estavam invadindo lá. Aí depois que foi erradicado pronto, aí ninguém queria mais nada com a gente. Hoje para a dengue e as outras endemias temos o controle, mas, nessa época a gente trabalhava para erradicar.

MARTINHO, como agente de endemias da SUCAM em SC, trabalhou para tentar erradicar várias doenças como: malária, doença de chagas, leishmaniose, dengue/febre amarela. Ao se iniciar na profissão em 1975 trabalhou com malária em toda a zona rural do estado e, mais ou menos, em 1983 foi mandado para o oeste de SC para fazer um diagnóstico da doença de chagas naquela região. Nesse caso, ele relatou que os agentes não foram muito bem recebidos pela população:

Aqui no nosso litoral o trabalho era mais bem reconhecido pelo fato da malária ser conhecida de todo mundo por causa do problema que dava na maioria do pessoal. O pessoal mais antigo teve malária e comentavam com a família, e então, quando chegava um de nós assim, eles nos recebiam muito bem pelo fato dos acontecimentos antigos que tinha na casa, eles diziam assim: “na minha casa deu malária, o pai deu malária, a minha mãe deu malária e esse pessoal que curou. Eles iam lá em casa e davam o comprimidinho, por aí a fora, tirava o sangue e tal”. A gente chegava lá debaixo de chuva e tudo aquilo ia levando de pai para filho e ia indo. Aí tinha mais respeito. Mas, quando a gente foi trabalhar no oeste ninguém nos conhecia lá. Porque nunca tiveram nenhuma atividade lá. Porque a gente trabalhava com malária e no oeste não existia malária, não existia o transmissor lá, entende. A região lá não era propícia ao desenvolvimento do mosquito, o Anopheles. Era só no litoral. Aí quando a gente foi para fazer o tratamento de chagas foi uma barreira. Nós tivemos que fazer uma reunião

com o padre, o presidente de sindicato, o prefeito, o secretário de saúde, para a gente poder desenvolver o trabalho. Aí eles iam nas comunidades, entende, e ia informar que ia ter um pessoal que ia fazer uma captura do barbeiro, que era uniformizado assim, assim. Que era para nós poder realizar o trabalho. Na rádio, até na rádio comunitária.

Mesmo tendo toda uma divulgação do trabalho que deveria ser desenvolvido na região oeste de SC **MARTINHO** relatou um caso de quase agressão a um dos guardas de endemias:

(...) vou contar uma historinha para você. Nós estávamos fazendo o trabalho lá em Cunha Porã e chegou um moço lá, que hoje está aposentado, ele foi na casa, visitou a casa, chegou lá, aí a senhora muito gentil atendeu ele e o proprietário estava assim carpindo em uma rocinha perto. Aí ele disse: “vou colocar um numerozinho”, que a gente numerava a casa, 1, 2, 3, para a gente saber que já tinha passado lá e que estava tudo certinho. Aí, ele colocou o numerozinho na parede para adiantar o trabalho e tal. Ela disse: “ah tudo bem”. Aí dali a pouco o patrão chegou. Aí ele preencheu a fichinha para colocar na parede e quando ele foi colar a fichinha, o patrão disse: “epa, não quero que você entra mais aqui na minha casa”. Aí ele disse: “mas, porque senhor, eu já expliquei para sua esposa tudo diretinho, agora estou explicando para o senhor e o senhor aceitou o trabalho que é de fazer uma captura aqui na casa”. E ele: “não, não, não quero mais que você entra aqui, pode pegar essa fichinha rasgar e jogar fora”. Ele disse: “está bom, o senhor é que manda na sua casa, o que eu vou fazer”. Aí ele disse: “e pode ir embora, nem olha para trás”. Aí ele saiu caminhando e o outro olhou para cima e viu o número na parede que ele tinha colocado: “mulher quem foi que colocou esse número? Ah! foi o moço que colocou aqui”. Aí, ele tinha um bigodão grande: “ei o do bigode volta”. Aí ele pensou que o homem ia deixar fazer a visita na casa: “pode apagar esse número que tu botaste aí”. Já pensou que situação, aí ele disse: “então o senhor me dá um paninho molhado, uma estopazinha molhada para mim lavar”. Porque era com giz, aqueles lapisinho de cera. Aí ele disse: “negativo raspe com uma pedra” e aí ele pegou e raspou com uma pedra e foi embora.

Esse trabalho que foi desenvolvido pelos agentes no oeste do estado consistia em uma pesquisa pioneira na região sobre a doença de chagas, conforme **MARTINHO** mencionou na entrevista:

A SUCAM colocou um pessoal assim para saltar e fazer uma pesquisa. Então ela ia no município de Chapecó e fazia duas, três coletas; lá em Itapiranga mais duas, três coletas de sangue; em São Miguel do Oeste a mesma coisa. Então era assim, íamos para ver se tinha. Por coincidência, mesmo com esse pouco, descobriram umas pessoas com doença de chagas. Aí na época veio uma verba para fazer um trabalho para nós irmos atrás do vetor, aí fomos e fizemos no oeste catarinense praticamente todinho e eu estava nessa, nesse embalo.

Não se pode inferir que a incidência de doença de chagas naquela região era baixa naquele momento, mas, mesmo assim, foi ordenado a captura do vetor. Entretanto, o que mais chamou atenção foi a parte do relato que **MARTINHO** comparou os achados de vetores na região oeste do estado e na capital:

Mas, era um troço mais engraçado é que nós íamos para lá e nós achávamos dois, três lá e aqui no município de Florianópolis pegava vinte, trinta nas residências. (...) Doença de chagas sempre teve, tem várias pessoas com doença de chagas no estado. A doença de chagas é uma doença traçoieira, ela pode ficar até vários anos incubada sem se manifestar. Em Florianópolis ali na Lagoa da Conceição, Canasvieiras. Em Canasvieiras teve uma escola lá que foi pego vinte e poucos num ninho de gambá. Porque o ninho de gambá atrai muito o barbeiro por causa do cheiro e o barbeiro precisa do sangue, ele se alimenta do sangue, tanto faz de animal como de pessoas, do sangue humano. Foram vários lugares encontrados: em casas velhas; na Lagoa da Conceição foi encontrado na igreja da Lagoa da Conceição. Você conhece a Lagoa? Atrás da igreja, lá em cima, encontraram no forro da igreja, descobriram lá, foram lá fazer uma reforma, botar umas telhas lá e acharam e apareceu um monte de bicho, foram procurar para saber o que era. A Universidade Federal é que fez (o reconhecimento). Por sorte eles não estavam contaminados. Porque o vetor é o seguinte ele precisa de se contaminar. Todos eles nascem sadios. É preciso uma pessoa ou um animal com a doença para ele poder se infectar, aí depois ele faz a transmissão.

A doença de chagas, apesar de não ser considerada uma doença endêmica em SC, o seu principal vetor (barbeiro) pode ser encontrado no estado o que evidencia uma constante vigilância que, infelizmente, sabe-se que não é priorizada no estado. Mas, por que o estado de SC hoje não continua a realizar o trabalho da SUCAM de monitoramento

das condições de risco, uma vez que, esse trabalho é realizado para a dengue e que consiste na captura dos vetores para saber como está a contaminação no estado? Será que é porque o monitoramento da doença de chagas não é uma das metas pactuadas entre o estado de SC e o MS? Será que vamos esperar para ter outro surto de chagas no estado, ou melhor, surgirem casos autóctones dessa doença aqui em SC?

Quando se trata das suas atividades em relação à leishmaniose tegumentar americana¹⁹³ **MARTINHO** relatou que, mais ou menos, em 1987 foi realizado um levantamento da doença na região oeste do estado de SC, nos municípios de Coronel Freitas e Quilombo, e também narrou um caso da doença que ele acompanhou:

Então é o seguinte, a leishmaniose é transmitida pelo flebótomo e ela aparece assim no corpo da pessoa como se fosse uma bicheira. Esse bicho que dá no animal que vai comendo a carne, ela vai comendo, entende? Ele vai crescendo. Um dia apareceu um rapaz que tinha uns 19, 18 anos e ele tinha ido para o Paraguai. Na época o pessoal pegava muito lá no Paraguai porque aqui no estado não tinha. As pessoas vinham de fora com a doença. Por exemplo, eles faziam o tratamento para não deixar com que as pessoas, se viesse algum flebótomo aqui, se contaminassem e levassem a doença adiante e aí virava uma epidemia. Então o rapaz tinha ido para o Paraguai para tirar madeira lá no mato, e picou ele bem aqui no lado dos quartos (quadril), onde tem esse ossinho que a gente mexe, assim, e abriu uma ferida e quando ele baixou a bermuda a gente viu o branco do osso, coisa horrível, se você visse coisa mais horrível. E ela fica assim escorrendo uma água de sangue toda a vida, uma ferida viva como a gente viu naquela foto que te mostrei. Então a gente trabalhou também

¹⁹³ As leishmanioses são um conjunto de doenças causadas por protozoários do gênero *Leishmania* e da família *Trypanosomatidae*. Essas enfermidades se dividem em: leishmanioses tegumentares que atacam a pele e as mucosas e as leishmanioses viscerais que atacam os órgãos internos. O protozoário (ou parasito) é transmitido ao homem (e também a outras espécies de mamíferos) por insetos vetores ou transmissores, conhecidos como flebotomíneos que pertencem à ordem *Diptera* que agrupa, entre outros insetos, os mosquitos e as moscas. A transmissão acontece quando uma fêmea infectada de flebotomíneo passa o protozoário a uma vítima saudável enquanto se alimenta de seu sangue (FIOCRUZ, 2012).

lá no oeste com a leishmaniose. Agora hoje, por exemplo, surgiu aqui na Lagoa, lá no Canto do Araçá, nuns animais, cachorro, aí apareceu até os cachorros com umas feridas. Isso aí tudo para mim não é novidade, já há muitos anos eu já conheço.

Essa falta de monitoramento do vetor da leishmaniose (tegumentar americana), os flebotomíneos, fez com que a doença desencadeasse nos últimos anos uma situação de surto em algumas localidades do estado de SC como, por exemplo, em Camboriú, Balneário Camboriú e Itapema em 2005 e Blumenau em 2006 (TORMEN & NASCIMENTO, 2006).

MARTINHO também se referiu na entrevista sobre os cursos de capacitação que eram fornecidos pelas instituições. Esses cursos, segundo o entrevistado, eram divididos em duas fases: a teórica e a prática: *“Era engraçado elas davam o treinamento e jogava lá no campo e a gente se virava, adquiria experiência trabalhando”*. E, de acordo com o entrevistado, alguns desses cursos eram ministrados por instrutores que vinham de outros estados brasileiros:

Tinha cursos que quem dava era o inspetor geral. E às vezes alguns cursos vinham instrutores de Minas Gerais, de São Paulo, do Rio. Tinha muita gente de fora que vinha trazer os cursos. Porque para nós aquilo era novidade e para eles não era novidade. Lá eles estavam com o problema no dia a dia. Então para prevenir aí já vinha aqui e dava uma palestra, um curso, para a gente já ir se preparando para uma surpresa. Às vezes podia acontecer de vir para cá uma epidemia e nós já estarmos preparados. Então a gente fazia assim uma preparação, um treinamento, e ia para o campo trabalhar e ficava, como se diz, na retaguarda. Quando não surgia nenhum problema a gente parava. Como foi com a leishmaniose, a leishmaniose a gente fez o trabalho e tal e, de repente, não se ouviu mais falar em leishmaniose, daí paramos o trabalho.

Pode ser observado no final do relato acima que os responsáveis pelo órgão em SC tinham autonomia, inclusive, para encerrar o trabalho de monitoramento de vetores quando achassem que este não era mais necessário.

MARTINHO também relatou alguns problemas políticos que existiam em relação ao monitoramento de vetores e as pesquisas na área:

*O nosso trabalho era engraçado a gente montou um insetário sobre o *Aedes aegypti* e quando estava todo montadinho, de*

repente, caiu por terra, entende como é que é? As coisas não seguiam por causa da política, entende? Alguns funcionários iam para Brasília, para o Rio, Minas Gerais se preparavam lá e vinham para dar um treinamento para a gente. A gente montava um insetário porque o Ministério da Saúde dizia para a gente que tinha que fazer e estava com tudo montadinho, de repente, acabava e ficava por isso mesmo.

Os insetários, conforme relatou **MARTINHO**, eram montados para que fosse pesquisada a resistência do mosquito, a capacidade de voo, de tempo de vida, como era o comportamento dele em cada região. E sem nenhum motivo aparente o próprio MS acabava deixando de lado todo o trabalho. Isso com certeza desgastava esses profissionais que estavam empenhados em realizar a sua missão: *“A gente se preparava para aquilo ali e tal, porque era escolhido um grupo e esse grupo às vezes saía e quando o grupo estava todo embaladinho, como se diz, todo mundo já em ponto de bala, de repente o serviço parava”*.

Outro tema de destaque é a comparação que esse profissional fez dos cursos que eram fornecidos pela SUCAM e FUNASA e os cursos que são oferecidos hoje pelo estado (DIVE/SC):

Os cursos são um pouco parecidos, é um pouco parecido, assim, não fogem muito da realidade do antigo, como eles faziam com a gente. Só que o antigo a coisa era mais séria, entendeu? Tinha que funcionar. Tinha cobrança antes, entende como é que é? A gente era escolhido, as pessoas com mais capacidade, e dava o treinamento, e aquilo ali era cobrado, era fiscalizado, era acompanhado, supervisionado. A supervisão era mais rigorosa.

De acordo com **MARTINHO**, além dos cursos servirem como aprimoramento numa certa atividade em relação a uma doença endêmica ou não, na SUCAM também havia cursos que forneciam oportunidades para que esses agentes fossem promovidos a supervisor e inspetor. No entanto, o entrevistado mencionou que havia certo favorecimento nas promoções:

Dentro da função a gente podia ser promovido à guarda chefe, tinha o inspetor, mais aí ia indo, era aquela escadinha. Aí tinha um amiguinho lá que levava o fulano que era amigo, parente, vou botar ele como chefe de equipe. E aí o outro que era irmão, primo, vou botar ele como inspetor e aí ia indo. Quem não tinha ninguém ia sempre continuando sendo guarda de endemias.

De acordo com **MARTINHO**, uma das características da SUCAM era de conscientizar a população quanto aos riscos de epidemias de algumas doenças como a dengue, por exemplo. Mas, alguns indivíduos achavam desnecessária a visita domiciliar que era realizada pelos agentes:

(...) você sabe que a educação além de tudo não é para todos. Então ficava difícil de trabalhar. Uma vez eu fui numa casa lá em Tubarão fazer uma visita sobre a dengue. Eu já era mais malandro, daí eu chegava lá e todo o dia que eu chegava na casa a moça dizia assim: “tanto banhado que tem aí para dentro do meu município e tu vens aqui olhar as minhas plantinhas que está em cima da minha geladeira, do meu balcãozinho, da minha... Não sei por quê?” Daí eu ia com aquela ladainha novamente que o mosquito lá não se desenvolve. Ele se desenvolve em águas limpas, paradinha, ele gosta da água que você gosta. E ela sempre duvidando do meu trabalho, ignorando o meu trabalho. Aí quando cheguei um dia eu me aborreci fui lá arranquei a fichinha (que era colocada na parede) e disse: “senhora muito obrigado, a senhora não vai ter mais problema comigo, porque eu aqui não venho mais. O meu salário é muito pequenininho para estar escutando as suas palhaçadas todo o dia que eu chego aqui, a senhora fica ignorando meu trabalho e também se eu não vir aqui não vai diminuir nada do meu salário, e então a senhora não vai mais me ver aqui”. Arranquei a fichinha, enrolei, voltei e joguei no lixo e as meninas ficaram olhando: “mãe para que a mãe fez isto com o moço, ele vem sempre aqui explicar. A mãe está sabendo que a dengue pode chegar aqui e tal”. E as meninas tentaram... E a mãe não falou mais nada ela só ficou quieta. Aí eu disse: “não, ela não vai ter mais esse problema, ela não vai mais falar isso para mim porque aqui eu não venho mais”. Rasguei a fichinha e joguei fora e nunca mais voltei lá. Quando chegou um dia meu inspetor passando junto comigo, fazendo uma supervisão do meu trabalho, e passamos na frente da casa, aí quando nós passamos, ia visitando todas as casas, aí eu pulei aquela, aí ele parou, ele ficou assim parado: “e aqui, você não vai visitar?” Aí eu contei a história para ele e ele disse: “você fez a coisa certa, não se gasta vela com defunto ruim” e ainda foi a meu favor.

Quando se tratava de alertar os empresários quanto aos riscos de algumas doenças transmissíveis a conscientização também era dificultada, pois, de acordo com **MARTINHO** os agentes de endemia eram desprovidos do poder de polícia:

Antes a gente só conscientizava o pessoal. Tem um caso quando eu fui trabalhar em Tubarão em 1989, quando cheguei em Tubarão lá tem uma empresa muito grande de carreteiro, muito grande, não sei se ainda existe, porque é uma empresa muito forte e não ia se acabar tão fácil. E quando eu cheguei lá tinha para mais de 1000 pneus jogados no pátio e quando eu cheguei era novo na área e eles sentiram assim um pouco: “primeiro nós vamos conhecer a fera para ver o que nós...” Aí eu cheguei lá me impus: “vocês vão ter que fazer uma cobertura para esses pneus aqui, não vai poder ficar aqui a céu aberto porque senão vai chover, vai encher de água, com certeza tem já água nesses pneus”. Porque era uma pilha de pneus que não tinha nem condições de ir lá. E eles deram uma melhorada. Eles pediram um prazo e tal, e ficou até legal. Mas, depois eles viram que eu não tinha todo esse poderio de força, entende? E foram largando e foram deixando e depois eu cheguei para o meu inspetor, que era até por sinal de Tubarão. Aí eu cheguei para ele e disse: “patrão eu não estou conseguindo fazer com que aconteçam as coisas. É os caras são muito fortes. São tudo do prefeito”. Então as coisas... Não tem como, ficava difícil de trabalhar, a gente ficava até assim... Como é que você vai chegar numa casa e vai cobrar de uma dona de casa que tem um vasinho de planta lá em cima da geladeira com água se no lado tem uma pilha de 1000 pneus, 500 pneus jogados no pátio? Não tinha como trabalhar! Aí eu chegava lá para trabalhar, mas, era aquela coisa que você estava vendo que o seu trabalho era inútil porque fazia de um lado e o problema estava no outro.

Outro fato relatado por **MARTINHO** foi sua descrição das condições precárias de trabalho dos guardas de endemia da SUCAM, que muitas vezes passavam meses fora de casa:

(...) era precária na época, era complicado porque você vê a gente trabalhava com uma caminhonete, andava com uma caminhonete, nós andávamos os três junto com inseticida. Nós levávamos o inseticida num galão e nós tudo sentado no banco, atravessado na carroceria da caminhonete. Sem segurança nenhuma e o inseticida ali junto com nós. Às vezes ia um tambor de gasolina, que às vezes a gente estava se deslocando de uma área para outra e a gasolina ia junto no tambor. A gente não abastecia nos postos, a gasolina já saía direto da regional, entende? Então a gente levava o combustível junto, levava um tambor de 200 litros de gasolina, e levava junto e ia todo mundo sentado ali junto com inseticida e gasolina.

Além de viajarem sem nenhuma segurança os guardas também manuseavam materiais nocivos a saúde. Quanto a isso convém mencionarmos que as normas de segurança do trabalho começaram a ser estabelecidas gradualmente na Europa a partir da Revolução Industrial. No Brasil em 1919 houve a primeira lei específica que regulamentou a “infelizmente do trabalho”. E a partir de 1931, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, durante o governo de Vargas, foi possível a aprovação da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei 5.452 de 1943) e a partir desse fato foram sendo criados novos órgãos para normatizar essa área de segurança do trabalho. Entretanto, de acordo com Oliveira (2010), foi somente a partir da Constituição de 1988 que foi assegurado aos trabalhadores o “direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (artigo 7º, XXII).

A precariedade também ocorria durante as estadas desses profissionais em algumas regiões do estado, pois, dependendo da localidade em que estava sendo realizado o trabalho era necessário usar estratégias até mesmo para tomar um banho:

(...) uma vez nós paramos em Seara, no distrito de Seara, chamava lá Arvoredo, e para nós tomar banho, nós tinha que tomar no rio e a gente ia no rio. E no rio tinha tanto assim de altura de esterco de porco que escorria do chiqueiro, e a gente tinha que tomar banho e procurar ficar em cima das pedras para a gente se lavar e não mexer muito com água embaixo porque senão levantava aquele... Nós tínhamos era saúde forte porque aquilo ali não contaminava ninguém.

No início da década de 1990, com as mudanças que começavam a ocorrer devido ao início da implantação do sistema de saúde descentralizado, os guardas de endemias que faziam parte da SUCAM passaram a ser transferidos para a FUNASA e, **MARTINHO**, foi um deles:

Foi no tempo do Collor. O Collor que chegou e ele ajuntou. Para nós até que foi bom, não foi ruim financeiramente, deu mais direito, deu mais força para a gente. Porque aí a gente entrou em outro quadro de pessoal e com isso a gente conseguiu mais algumas vantagens. E a SUCAM era um pouco meio obsoleta, não tinha muita força, e quando a gente passou para a Fundação Nacional de Saúde, então isso aí reforçou, pelo fato de que o quadro da Fundação Nacional de Saúde era um quadro de pessoas mais fortes e tal e daí incorporou a esse pessoal. (...) na FUNASA foi bem melhor porque deu mais uns

direitos para a gente, que a gente na época não tinha preocupação, nós passamos a ser estatutário que na época nós éramos celetistas. Pegaram o pessoal fizeram uma provinha lá para nós. Não acharam que era justo pegar esse pessoal e mandar embora e contratar novo. Então, pegaram esse pessoal e fizeram uma provinha lá e juntou o pessoal e passou, ninguém foi reprovado. Foi simplesmente para dizer que fizemos uma prova.

A mudança ocorrida na década de 1990 com a entrada da FUNASA no cenário da saúde pública no Brasil pode-se dizer que foi acompanhada de pelo menos duas mudanças significativas para os profissionais que exerciam o cargo de guarda de endemia. A primeira foi a mudança de regime de trabalho de celetista para estatutário que foi preconizada pelas transformações oriundas da Constituição de 1988. A outra modificação expressiva foi na extinção da hierarquia dos cargos que no período anterior a FUNASA era acompanhada por uma tabela diferenciada de salários:

Tinha o guarda de endemias, tinha o chefe de equipe, é o guarda chefe que chamava, o inspetor e o inspetor geral, todo mundo tinha uma tabela de salário, entendeu? Aí quando veio o plano veio todo mundo para agente de saúde, aí não tinha inspetor, não tinha guarda chefe, não tinha nada, todo mundo ficou... Aí quem estava com salário lá em cima teve que esperar por nós até chegar o salário deles. Aí foi um berreiro: “ah! não pode um agente ganhando igual ao inspetor geral”. Todos fomos guardas de endemias, depois a gente passou a ser agente de saúde. Quando nós passamos para a FUNASA, para a Fundação Nacional de Saúde, aí passamos a ser agente de saúde.

Se por um lado, com a FUNASA a frente da saúde pública houve um desmonte em relação à hierarquia dos cargos e consequentemente dos salários diferenciados. Por outro lado, sem essa hierarquia se perdeu a supervisão dos trabalhos e o controle a que eram submetidos os guardas de endemia. Aliás, de acordo com **MARTINHO**, com esse nivelamento dos cargos e salários muitos dos antigos supervisores e inspetores acabaram desanimando com o novo *status quo* e foram se afastando do trabalho¹⁹⁴. Dessa forma, podemos considerar que esse fato

¹⁹⁴ De acordo com **MARTINHO** alguns supervisores, com a extinção da SUCAM e a criação da FUNASA, pediram transferência do cargo de agente de endemias e passaram a exercer outras funções, como motorista, por exemplo.

contribuiu para desestabilizar o setor depois da descentralização das ações da vigilância.

Atualmente no setor de vigilância ambiental, devido a sua importância para a saúde pública o cargo de supervisor está novamente sendo adotado em alguns estados, como o de SC:

Eu sempre digo que trabalho que não tiver supervisor não funciona, trabalho de campo que não tiver supervisor não funciona. Porque deixar o cara trabalhando lá, ele vai trabalhar hoje, amanhã já não vai indo, vai relaxando. Tem que ter supervisão, eu sempre falo.

Porém, conforme **MARTINHO**, a grande maioria desses novos supervisores não recebem um salário diferenciado dos agentes de endemias. Consideramos que esse fato, da não diferenciação salarial, em médio prazo vai se transformar num instrumento de enfraquecimento das ações de controle dos vetores nos municípios. Nesse caso, o município de Ninféia pode ser considerado privilegiado, já que, **MARTINHO** levou ao gestor municipal da saúde o problema da limitação do salário dos supervisores e ambos estão se organizando para que os supervisores da unidade de vigilância ambiental do município recebam uma gratificação e, dessa forma, o município voltará a ter uma hierarquia de cargos com diferenciação de salários.

Ainda na década de 1990 a FUNASA, enquanto nova guardiã da saúde pública, iniciou a descentralização das ações da vigilância epidemiológica e **MARTINHO**, devido a sua experiência no campo, foi convidado para trabalhar no município de Florianópolis, mas, ainda como um funcionário da FUNASA:

Aí como a FUNASA descentralizou os trabalhos de endemias, aí passou para os municípios, aí muitos municípios não tinham pessoas preparadas para comandar o trabalho de campo. Tinha na parte burocrática, mas, na parte de campo não tinha. Aí eu fui indicado pela minha chefe para o amigo dela que tinha assumido o programa da dengue em Florianópolis, muito amigo dela. Porque ele tinha assumido o programa da dengue, mas, não tinha um pessoal para tocar o trabalho no campo, montar as equipes e por aí a fora, e eu sei que fui lá e acabei acertando com ele e fiquei trabalhando oito anos lá no programa. Trabalhei até 2008 e eu montei todo o programa. As equipes, quando eu entrei lá, tinha nove pessoas, quando eu sai estava com 106 funcionários, eu dividi diretinho as equipes de campo e tal, foi muito bem montado. Várias vezes fui elogiado pelo bom trabalho que era feito em Florianópolis.

Dessa forma, **MARTINHO** continuou seu trabalho, após a descentralização, no município de Florianópolis até 2008. O sistema de trabalho empreendido na montagem do programa de dengue era o mesmo sistema rígido e militarizado o qual **MARTINHO** estava habituado tanto na SUCAM como na FUNASA:

(...) esse programa tem que funcionar igual um exército, soldado que não serve para a guerra não pode ficar no quartel. (...) Na época da SUCAM era terror, era terror e ele queria que aquilo fosse implantado lá dentro e para mim não era nada diferente, não tinha novidade nenhuma, para mim foi uma tranquilidade.

Com o avanço gradual da descentralização, as ações de controle e combate das endemias foram sendo transferidas para os municípios cabendo a FUNASA dar cobertura, ou seja, dar treinamento e acompanhamento das ações nos municípios. Inclusive, nessa época a FUNASA passou a ceder seus funcionários para trabalhar nos municípios. Entretanto, alguns municípios ficaram descobertos: “*Por exemplo, eu como moro aqui em Ninféia, vim para cá. Aí todo mundo fez opção para facilitar. Aí teve município que ficou desprotegido pelo fato de não ter nenhum morando na região*”.

E foi assim que **MARTINHO**, aproveitando a oportunidade oferecida pela FUNASA, foi cedido em 2008 para trabalhar na unidade de vigilância ambiental do município de Ninféia, sua cidade natal. Em 2010 o MS, por meio da Portaria nº 1.659, recomendou que a FUNASA empreendesse estudos para avaliar a possibilidade de transferência dos seus servidores, que ocupavam cargos no combate e controle de endemias, para o ministério, uma vez que, suas atribuições passaram a fazer parte da Secretaria de Vigilância em Saúde. Assim sendo, no início de 2011, **MARTINHO** passou a ser funcionário do MS e atualmente continua cedido ao município de Ninféia.

5.3 ALGUNS DADOS SOBRE A ESTRUTURA DO SETOR SAÚDE EM NINFEIA NO PERÍODO ANTERIOR A DESCENTRALIZAÇÃO: DÉCADA DE 1980

Apesar de não haver dados oficiais sobre a estrutura do setor saúde em Ninféia, no período anterior a descentralização, apresentaremos um panorama geral conforme as informações fornecidas por dois entrevistados que de alguma forma vivenciaram esse período, principalmente, o que correspondeu à década de 1980.

Até o final da década de 1980, ou seja, antes da descentralização, Ninfeia dispunha somente de um posto de saúde na área urbana do município; cinco pequenos postos de saúde na área rural; e também dispunha de alguns trailers que eram disponibilizados em algumas localidades para o atendimento médico da população. Todos esses postos eram mantidos pelo governo do estado e se encontravam subordinados a regional de saúde¹⁹⁵.

No posto central, localizado na área urbana do município, trabalhavam: uma enfermeira, que também é um dos sujeitos desta pesquisa e vamos denominá-la de *ELI*¹⁹⁶; duas médicas que trabalhavam por meio período cada uma delas; e um médico que atendia em todos os postos, isto é, a cada dia da semana o médico atendia os pacientes num posto diferente. A estrutura do posto central era precária: *“tinha só uma salinha de recepção e uma salinha de procedimento de enfermagem”*. E nos postos rurais a estrutura era mais precária ainda, pois, em cada posto só havia um(a) atendente de enfermagem e não existia vacinação nos postos rurais: *“Não tinha vacina naqueles bairros, vacina era só na central”*.

ELI relatou que por ser a única enfermeira trabalhando em todo o município era também responsável pelos pacientes que faziam parte dos programas nacionais que eram definidos pelo MS como, por exemplo, o Programa de Controle da Tuberculose e o de Hanseníase e ambos faziam parte da vigilância epidemiológica. O trabalho realizado por *ELI* na vigilância se resumia em: realizar visitas domiciliares aos doentes; busca ativa de casos; controle dos medicamentos; investigação epidemiológica (hepatite, meningites); bloqueio vacinal quando necessário; e quimioprofilaxia das meningites. Todo esse trabalho desempenhado por *ELI* ficava subordinado a UVE do estado de SC e era concretizado por ela de forma precária, pois, o município de Ninfeia não dispunha de estrutura física e nem recursos humanos suficientes. Nesse período, a verba destinada à saúde era muito pequena, uma vez que, a população era menor e, conseqüentemente, o número de casos de doenças transmissíveis também eram reduzidos. De acordo com a entrevistada:

¹⁹⁵ Essas informações foram passadas por um dos entrevistados, *ELI*.

¹⁹⁶ Informamos que *ELI* continua trabalhando em Ninfeia na unidade de vigilância epidemiológica. Consideramos que seu depoimento foi muito importante, pois, assim como *MARTINHO*, ela também trabalhou no município quando este estava se organizando para montar sua estrutura de saúde após a municipalização.

O município não tinha verba suficiente para que cada programa tivesse independência. Não existia a ESF, a Estratégia de Saúde da Família. Então assim, é mais em termos de estrutura física, em termos de profissionais também. Quando eu comecei só tinha eu trabalhando no programa. Para mim não tinha um carro para me deslocar porque eu tinha que dividir o carro com todos os outros programas. E como eu falei, eu trabalhava sozinha. Mas, em contrapartida também a quantidade de casos era bem menor, a minha realidade era outra.

Segundo **ELI** quando algum paciente desistia do tratamento de tuberculose, por exemplo, era sua obrigação realizar a busca ativa desse faltoso¹⁹⁷:

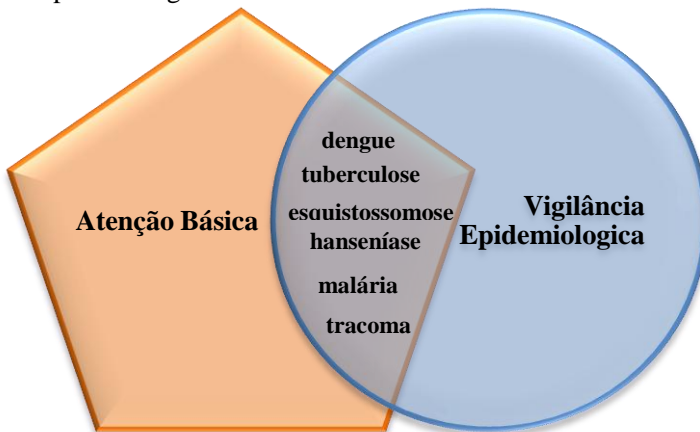
(...) eu cheguei a ir no centro procurar uma paciente que era faltosa, fujona, eu andava pelo centro atrás dela. A família disse que ela tinha se juntado com um homem que vendia camisetas do John Lenon naquelas barracas. Eu fui de barraca em barraca perguntando quem vendia camisetas do John Lenon: “não, aqui não tem nenhum John Lenon, mas, eu tenho do Paul McCartney”. Até que num belo dia eu estava no ponto de ônibus e eu gostava muito daquele coquinho queimado sabe, aqueles quadradinhos, tinha um homem fazendo e uma pessoa tossiu e me chamou a atenção. Quando eu olhei era ela. Ela era mulher do homem que fazia os coquinhos queimados, ela do lado, sentada, tossindo em cima da panela que ele fazia. Aí eu chamei ele, chamei ela, conversei, ela até ficou chateada comigo que eu fui contar para ele. Mas, aí ele se comprometeu a ajudar, disse que continuaria com ela se ela se compromettesse a fazer o tratamento. Ela fazia, mas, depois parava. Até, muitos anos depois a filha dela pegou também a doença. Então aí ela controlava.

Atualmente, a busca ativa é uma das atividades essenciais na vigilância das doenças transmissíveis, principalmente, em se tratando de tuberculose. Essa doença por ter um tratamento prolongado (seis meses) faz com que muitos pacientes quando começam a se sentir melhor deixem de tomar os medicamentos e isso acaba possibilitando que o bacilo de Koch, instalado no organismo, fique resistente a medicação dificultando a cura da doença e podendo levar o paciente a óbito.

¹⁹⁷ A busca ativa dos faltosos é uma estratégia preconizada pelo MS que se refere à busca dos pacientes que estão passando por um tratamento que não pode ser interrompido.

Também é importante ressaltar que atualmente no Brasil doenças como: tuberculose, hanseníase, dengue, esquistossomose, malária e tracoma deixaram de ser responsabilidade exclusiva da vigilância epidemiológica e estão sob a responsabilidade também da ABS, mais especificamente da ESF, que possui ações específicas para: identificar, acompanhar e tratar os casos dessas doenças (BRASIL, 2008). Enquanto que continua pertencendo à vigilância epidemiológica o controle das notificações das doenças e o encerramento da investigação epidemiológica destas. Dessa forma, o MS atualmente está tentando promover a Vigilância em Saúde na ABS com a intenção de melhorar a organização do sistema proporcionando a integralidade do cuidado¹⁹⁸.

Figura 3 - Doenças transmissíveis de responsabilidade da ABS e da vigilância epidemiológica



Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2012)

5.4 INÍCIO DA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MUNICIPALIZADA EM NINFEIA - DÉCADA DE 1990

Na década de 1990, a partir da institucionalização do SUS no Brasil e a implantação das diretrizes do sistema por meio das NOBS, cuja primeira em 1991 já estimulava a criação dos Fundos Municipais de Saúde (FMS), conforme apresentamos no capítulo anterior, Ninfeia logo em seguida, em 1992, criou seu FMS. Podemos dizer que essa foi a primeira ação do município com a intenção de adentrar as regras do SUS

¹⁹⁸ Essa mesma integralidade também está disposta entre a vigilância epidemiológica e o programa de DST/AIDS.

e passar a organizar o sistema municipal de saúde recebendo recursos federais.

Nessa década também se iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família, lançado nacionalmente em 1994, que tinha como objetivo principal reordenar o modelo assistencial vigente. Com o estabelecimento desse programa em âmbito municipal houve a garantia de recursos orçamentários que conduziram a implantação de equipes de saúde em todo o território nacional.

Em Santa Catarina os primeiros dados disponíveis sobre o PSF no estado são de 1998. Nesse ano, de acordo com o MS dos 293 municípios catarinenses somente 35 (11,9%) possuíam equipes de saúde da família contabilizando um total de 102 equipes, com 342 agentes comunitários de saúde¹⁹⁹ (BRASIL, 2011d). Dessa forma, apesar do PSF ter se estabelecido no Brasil em 1994, em 1998 ainda era incipiente o número de equipes de saúde da família não só em Santa Catarina como em todo o país. Mas, mesmo assim, significou um avanço para os municípios, que em grande parte, encontravam-se abandonados pelo Estado no setor saúde.

Já com a implantação da NOB/SUS 01/96 Ninféia, e muitos outros municípios, assumiram a gestão plena da atenção básica e a partir de 2008 passou a prevalecer no município em questão o Pacto pela Saúde (no anexo R está sendo apresentada a planilha de pactuação das responsabilidades do município de Ninféia homologada em 2011). Aliás, todos os 293 municípios do estado de SC já aderiram ao Pacto.

5.5 NINFEIA NA VIRADA DO SÉCULO: POPULAÇÃO E ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS

Em 2000, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Índice de Desenvolvimento Humano do município de Ninféia era de 0,818 (BRASIL, 2011e). Segundo dados do IBGE relacionados ao Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros, em 2003 a incidência de pobreza em Ninféia atingiu 31,1% da sua população total (vide no anexo S o mapa da pobreza e desigualdade do estado de SC – 2003). Atualmente, segundo Censo de

¹⁹⁹ Após 10 anos, ou seja, em 2008, 99,3% dos municípios catarinense possuem equipes de saúde da família perfazendo um total de 1282 equipes de saúde no estado (BRASIL, 2011d).

2010 do IBGE, a proporção de moradores que se encontram abaixo da linha de pobreza²⁰⁰ no município é de 12,8% (BRASIL, 2010g).

O Índice de Desenvolvimento Familiar²⁰¹ (IDF) do município em 2008 segue conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Familiar de Ninféia, Florianópolis, Joinville e Blumenau - out/2008

Categorias	Ninféia	Florianópolis	Joinville	Blumenau
Acesso ao trabalho	0,060	0,100	0,080	0,150
Disponibilidade de recursos	0,500	0,660	0,710	0,780
Desenvolvimento infantil	0,640	0,670	0,660	0,630
Condições habitacionais	0,770	0,810	0,840	0,780
Acesso ao conhecimento	0,420	0,490	0,470	0,490
IDF	0,510	0,560	0,570	0,580

Fonte: Brasil (2009g)

Considerando o IDF um índice importante, no que diz respeito a sua relação com a saúde da população, resolvemos confrontar os índices de Ninféia com os grandes municípios de SC, ou seja, Florianópolis, Joinville e Blumenau. E como pode ser observado na tabela 1, em todas as categorias Ninféia apresenta o menor índice. No entanto, na categoria desenvolvimento infantil Ninféia está à frente de Blumenau que é considerado um dos maiores municípios do estado em desenvolvimento econômico. Já nas categorias acesso ao trabalho e disponibilidade de recursos Blumenau ultrapassa todos os outros municípios, inclusive a capital.

Segundo o último censo do IBGE Ninféia tem mais de 58.000 habitantes, destes 52.758 (91%) residem na área urbana do município. Os homens somam 28.665 e o número de mulheres é de 29.541 (BRASIL, 2010g). A distribuição por faixa etária/sexo estão

²⁰⁰ Abaixo da linha de pobreza se refere aos que possuem rendimento per capita menor que ½ salário mínimo.

²⁰¹ O IDF varia entre 0 e 1. Quanto melhores as condições da família, mais próximo de 1 será o seu indicador. A unidade de análise do IDF é a família e não o indivíduo. No entanto, o indicador de cada família se constrói a partir dos dados pessoais de seus integrantes. Para contemplar as diversas dimensões da pobreza e a forma como elas afetam o desenvolvimento dos indivíduos dentro de um núcleo familiar o IDF foi elaborado a partir de seis aspectos: vulnerabilidade; acesso ao conhecimento; acesso ao trabalho; disponibilidade de recursos; desenvolvimento infantil e condições habitacionais.

contempladas na tabela abaixo e conforme poderá ser observado a faixa etária com maior número de habitantes em Ninfeia é entre 20 e 29 anos, sendo essa, uma faixa etária bastante suscetível a algumas doenças sexualmente transmissíveis:

Tabela 2- População residente em Ninfeia por faixa etária e sexo, 2009

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	382	396	778
1 a 9	3.807	3.700	7.507
10 a 19	5.297	5.416	10.713
20 a 29	5.388	5.380	10.768
30 a 39	4.732	4.650	9.382
40 a 49	3.927	4.201	8.128
50 a 59	2.849	3.025	5.874
60 a 69	1.388	1.535	2.923
70 a 79	655	852	1.507
80 a 89	207	335	542
90 a 99	29	48	77
Mais de 100 anos	4	3	7
Total	28.665	29.541	58.206

Fonte: Brasil (2010g)

O município de Ninfeia conta com uma rede de ensino fundamental e médio. Sendo 30 escolas de ensino fundamental, 19 pré-escolas e 7 escolas de ensino médio. No município também há uma universidade privada que oferece vários cursos. Segundo o último Censo do IBGE de 2010 o município conta com 51.177 pessoas com mais de 5 anos de idade alfabetizadas, ou seja, 88% dos moradores do município são alfabetizados (BRASIL, 2010g).

O censo também contabilizou um total de 18.037 domicílios particulares no município e destes somente 38 (0,21%) não possuem energia elétrica. 14.735 (82%) domicílios são abastecidos pela rede geral de distribuição de água; 747 (4%) fazem uso de poço ou nascente; e 2.555 (14%) utilizam outras fontes de abastecimento de água. Em 17.871 domicílios (99%) há coleta de lixo. Quanto ao esgotamento sanitário somente 4.393 (24%) dos domicílios estão ligados a rede geral de esgoto e pluvial e 10.998 (61%) utilizam fossa asséptica. (BRASIL, 2010g). Esse último dado indica que somente 15% dos domicílios de Ninfeia não tem qualquer tipo de esgotamento sanitário. Entretanto, o

município ainda não dispõe de uma estação de tratamento do esgoto que na avaliação de *JAYRO*, “*resolveria entre 60% a 70% dos problemas de saúde da população*”. Essa falta de tratamento do esgoto²⁰² pode ser considerado como um fator de disseminação de doenças transmissíveis no município.

5.5.1 A saúde em números: alguns dados sobre Ninfeia²⁰³

Em conformidade com o DATASUS o município de Ninfeia obteve a seguinte despesa em saúde, por habitante, nos anos de 2006 a 2009²⁰⁴:

Tabela 3 - Despesa em saúde/hab. com recursos próprios – Ninfeia 2006-2009

Dados e Indicadores	2006	2007	2008	2009
Despesa com recursos próprios por habitante (R\$)	97,65 (68%)	161,96 (72%)	214,99 (77%)	205,72 (63%)
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	143,27	223,57	278,71	327,13

Fonte: Brasil (2010h)

Ao analisarmos a tabela acima observamos que nos últimos anos tem havido por parte do município um aumento da despesa em saúde por habitante com recursos próprios. Ou seja, mais de 50% da despesa total de saúde sai do próprio município.

²⁰² De acordo com informações obtidas pela mídia impressa e televisiva Ninfeia, assim como outros municípios de SC, conseguiu aprovar o seu Plano Municipal de Saneamento Ambiental junto ao governo federal para implantação do tratamento de esgoto domiciliar. O município recebeu do Programa de Aceleração do Crescimento o montante de R\$ 39,2 milhões e a Companhia Catarinense de Água e Saneamento (CASAN) vai entrar com uma contrapartida de R\$19,2 milhões. Esse fato com certeza vai contribuir muito para a preservação do meio ambiente e para a melhoria da saúde da população do município.

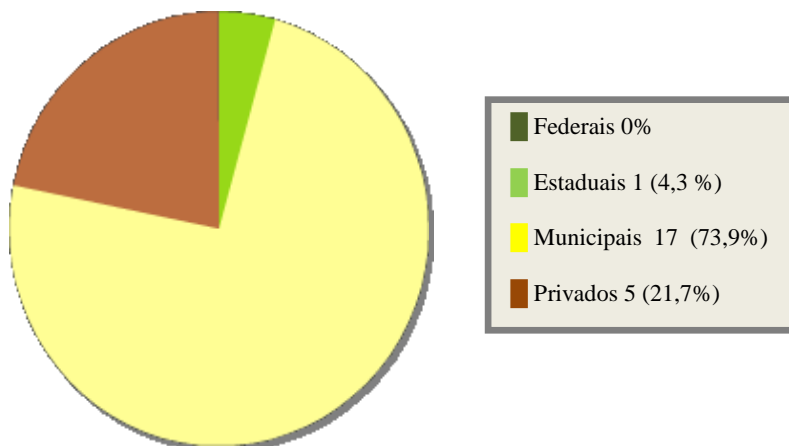
²⁰³ Grande parte dos dados sobre o setor da saúde em Ninfeia que estaremos apresentando nesta parte da tese dizem respeito até o ano de 2009/2010, já que, até o momento desta pesquisa não foi possível localizarmos no site do MS dados de 2011.

²⁰⁴ Optamos por apresentar nesta tabela somente os dados do município deixando de lado os dados referentes à transferência em saúde do estado e do SUS por estes serem muito complexos e por não se apresentarem como um dos objetivos desta tese analisá-los.

Quando se trata da ABS em Ninféia os dados do MS indicam que em 2009 a totalidade dos habitantes do município estavam cobertos pelo PSF. As crianças do município estavam sendo vacinadas regularmente. De maneira geral, em 2011 foi constatado que 96,9% das crianças menores de um ano residentes em Ninféia encontravam-se com a carteira de vacinação em dia, no que diz respeito à prevenção de algumas doenças transmissíveis (BRASIL, 2010h; 2012a).

De acordo com o Censo do IBGE de 2010, Ninféia conta com 23 estabelecimentos de saúde, destes, 18 são públicos sendo um estabelecimento estadual e 17 municipais²⁰⁵ e os cinco restantes são privados. Segue abaixo gráfico demonstrativo:

Gráfico 1 - Estabelecimentos de saúde- Ninféia, 2010



Fonte: Brasil (2010g)

Atualmente entre os estabelecimentos de saúde públicos municipais instalados em Ninféia há 15 postos de saúde/unidades de saúde; uma unidade central de saúde na qual há atendimento de várias especialidades médicas, inclusive odontológica; um centro de atenção

²⁰⁵ O estado de Santa Catarina tem hoje 1.957 estabelecimentos públicos de saúde de acordo com o IBGE (dado disponível no site <[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=sc&tema= serviçossaude](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=sc&tema=serviçossaude) 2009>).

psicossocial; duas unidades de Pronto Atendimento (PA)²⁰⁶; um centro de testagem e aconselhamento²⁰⁷ (CTA); várias salas de vacina; e um laboratório situado dentro das dependências da unidade central. Há também uma unidade de vigilância em saúde, que agrega a vigilância epidemiológica e a vigilância ambiental; bem como, uma unidade de vigilância sanitária.

É relevante mencionarmos que em Ninféia não há leitos hospitalares no momento. Dessa forma, os pacientes que necessitam de internação são levados para outras cidades e, nesse caso, a contabilização das internações cuja causa seja uma doença de notificação pode estar sendo notificado por outro município. Entretanto, está sendo construído no território de Ninféia um hospital que deve atender pacientes de três municípios que fazem parte de um consórcio municipal.

No ano de 2009 os recursos humanos da saúde em Ninféia eram os seguintes:

²⁰⁶ Os PAs devem funcionar 24 horas por dia e tem como objetivo, segundo o MS, oferecer uma estrutura simplificada para tentar resolver grande parte das emergências e urgências e assim diminuir as filas dos prontos socorros nos hospitais. Aliás, é importante mencionar que os PAs de Ninféia recebem pacientes de vários municípios vizinhos que até o momento da pesquisa não tinham esse tipo de atendimento nos seus territórios.

²⁰⁷ O CTA é um serviço de saúde que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como, por exemplo, AIDS e hepatite.

Tabela 4 - Recursos humanos na saúde até 2009 - Ninféia

Categoria	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Total
Médicos	60	35	95
Cirurgião Geral	3	2	5
Clínico Geral	22	5	27
Gineco Obstetra	4	2	6
Médico de Família	14	-	14
Pediatra	4	3	7
Psiquiatra	1	-	1
Radiologista	2	2	4
Cirurgião dentista	45	10	55
Fisioterapia	6	1	7
Fonoaudiólogo	1	1	2
Enfermeiro	27	-	27
Nutricionista	1	-	1
Farmacêutico	8	-	8
Assistente social	1	-	1
Psicólogo	3	1	4
Auxiliar de Enfermagem	8	-	8
Técnico de Enfermagem	87	-	87
Total	297	62	359

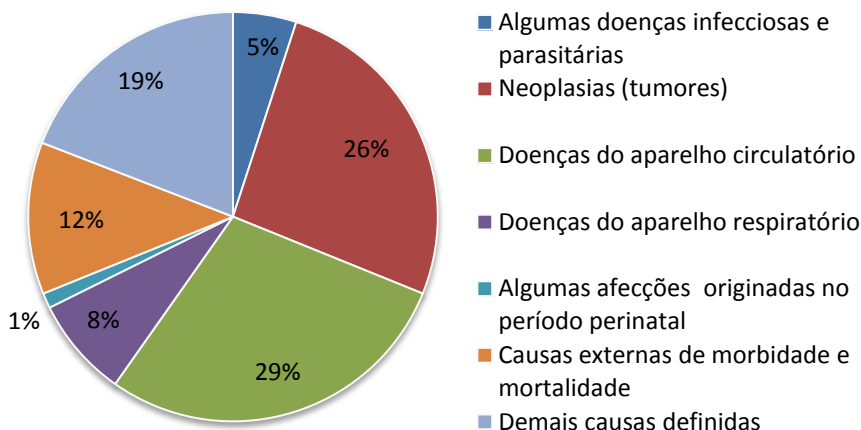
Fonte: Brasil (2010h)

A tabela acima mostra que dos 359 profissionais da saúde que se encontravam no município de Ninféia até 2010, 83% estavam vinculados de alguma forma ao sistema público de saúde²⁰⁸.

Quanto as causas de mortalidade em Ninféia os dados que apuramos são de 2008 e estão sendo apresentados no gráfico abaixo:

²⁰⁸ Atualizando esses dados, Ninféia conta hoje com um veterinário e um auxiliar que trabalham na unidade de vigilância epidemiológica.

Gráfico 2 - Causas de mortalidade proporcional (%) de todas as idades segundo grupo de causas – Ninféia 2008



Fonte: Brasil (2010h)

Assim como em toda Santa Catarina, o maior índice de mortalidade em Ninféia em 2008 se referiu a indivíduos com mais de 65 anos portadores de doenças do aparelho circulatório. O índice de mortalidade por câncer também foi expressivo no ano em destaque. Quanto ao baixo índice de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias consideramos que, em parte, seja devido a melhoria nas medidas de controle e também na agilidade do diagnóstico que leva ao tratamento hábil de uma série de doenças infecciosas e parasitárias que podem, inclusive, vir a desencadear doenças crônicas. Além disso, ressaltamos como sendo de vital importância para a redução desse índice de mortalidade o trabalho integrado entre os setores da Vigilância em Saúde e a ABS, conforme já foi especificado anteriormente.

5.6 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE NINFÉIA

A partir de 2003, com a reorganização do MS, foi criada no país a Secretaria de Vigilância em Saúde que passou a abranger, além de

outras áreas, a vigilância epidemiológica²⁰⁹ e a vigilância ambiental. De acordo com dados oficiais do MS, mas, não atualizados, o Brasil conta com, mais ou menos, 2.121 unidades de vigilância em saúde descentralizadas e 37 destas estão em SC (BRASIL, 2012e). No que diz respeito à Vigilância em Saúde de Ninfeia esta se encontra subordinada a SMS.

Atualmente em Ninfeia há uma sede que acolhe as duas áreas da Vigilância em Saúde: a unidade de vigilância epidemiológica (UVEN) e a unidade de vigilância ambiental (UVAN) e ambas dividem seu espaço com a unidade de vigilância sanitária de Ninfeia (UVSN)²¹⁰. Essa sede, que abriga as três unidades de vigilância, está localizada num dos bairros do município desde 2008. Entretanto, de acordo com **JAYRO**, a estrutura física dessa sede ainda não é a ideal, pois, o refeitório serve também de depósito para as três vigilâncias:

Porque lá atrás tem a sala de lanche, tem as caixas de imunização, tem a ração para dar para os cachorros, tem as armadilhas e isso não é o correto. O correto seria a gente ter a vigilância nós todos juntos. E depois ter o refeitório separado dessas coisas. E aí ter um depósito para a epidemiologia, um depósito para a ambiental, um depósito para a sanitária.

²⁰⁹ Como foi visto anteriormente, em Ninfeia a vigilância epidemiológica já existia antes mesmo da descentralização se firmar como novo modelo de atenção à saúde. No entanto, não havia uma estrutura física e nem mesmo recursos humanos suficientes que oferecesse respaldo ao trabalho de vigilância, uma vez que, somente uma pessoa no município realizava todas as tarefas pertinentes a ela. De acordo com **SÔNIA**, foi somente entre os anos de 2001 e 2003 que Ninfeia começou a tomar para si todos os encargos da vigilância epidemiológica.

²¹⁰ Conforme foi descrito no capítulo anterior, a vigilância sanitária tem ações que se integram tanto a vigilância epidemiológica quanto a vigilância ambiental que são áreas da Secretaria de Vigilância em Saúde que é subordinada ao MS. Entretanto, enquanto órgão institucional, a vigilância sanitária se reporta diretamente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária que é considerada uma autarquia vinculada ao MS. Inclusive, em observância às diretrizes da Lei nº 8.080 de 1990, a Agência também está cumprindo o processo de descentralização das suas ações para os estados e municípios. Por se tratar de um setor que prioriza a saúde, neste trabalho estaremos também incluindo uma análise das atividades da vigilância sanitária no município de Ninfeia, mesmo porque, suas atividades vêm de encontro à prevenção, inclusive, das doenças transmissíveis que é um dos principais focos desta tese.

Dessa forma, a sede que comporta as três unidades de vigilância encontra-se em desacordo com as normas da Vigilância Sanitária.

5.6.1 Cursos de capacitação para a Vigilância em Saúde de Ninfia

Ao tratarmos sobre o tema capacitação dos profissionais da Vigilância em Saúde²¹¹ no capítulo anterior desta tese (subseção 4.4.4), foi possível identificarmos que os cursos seguem uma norma federal e a grande maioria deles passaram a ser ministrados para todos os estados e municípios após a institucionalização do SUS e a descentralização dos serviços de saúde. Sendo que, os dois principais cursos voltados para a Vigilância em Saúde são o CBVE e o CBVA. Em relação à Santa Catarina foi possível verificarmos que, geralmente, é a DIVE/SC quem organiza e ministra os cursos para os profissionais da Vigilância em Saúde dos municípios.

De acordo com os profissionais da UVEN entrevistados, o último CBVE foi oferecido em 2005 e somente SÔNIA realizou essa capacitação. O fato de ter sido oferecido há sete anos já demonstra uma lacuna do estado na questão da capacitação, principalmente, se levarmos em conta que esse curso é ministrado para vários municípios ao mesmo tempo e muitos deles começaram a formar a sua equipe depois dessa data. Esse fato é um indicativo de que vários profissionais estão trabalhando no setor, mas, ainda não tem a capacitação adequada.

Por outro lado, o CBVE não é o único curso ministrado pela DIVE/SC para os profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios. Existem vários outros cursos de capacitação ou de atualização dos profissionais. Alguns cursos têm temas bem específicos (como DSTs/AIDS; imunização; tuberculose; dengue; meningites; entre tantos outros) que se tornaria impossível discorrermos sobre cada um deles e nem é um dos objetivos desta tese. Mas, um fato chamou atenção nas entrevistas, isto é, para cada curso, geralmente, é oferecida somente uma vaga para os municípios de pequeno e médio porte²¹². E, conforme foi relatado pelos entrevistados, o escolhido para realizar o curso ao terminá-lo passa a ser reconhecido pelos seus pares como um multiplicador de informações. Apesar da DIVE/SC oferecer o material

²¹¹ Os cursos de capacitação para os profissionais da vigilância sanitária são realizados pela Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de SC e no momento desse trabalho deixaremos de analisar essa capacitação.

²¹² Para os municípios considerados de grande porte são oferecidas mais algumas vagas.

didático para esse multiplicador repassar as informações para o seu grupo, as entrevistas apontaram que isso nem sempre é possível, principalmente, se o grupo de profissionais da área for muito numeroso ou, até mesmo, for um grupo de muita rotatividade como, por exemplo, o grupo de profissionais das salas de vacina²¹³ que trabalham na imunização da população do município. Tentando enfrentar esse problema da falta de vagas nos cursos, observa-se que alguns municípios estão atualmente se organizando para oferecer alguns tipos de capacitação para os seus profissionais da Vigilância em Saúde.

No caso de Ninféia foi relatado nas entrevistas que o gestor municipal está se empenhando para resolver o problema de capacitação, principalmente, para os profissionais do setor de imunização²¹⁴. *ELI* relatou como está acontecendo essa capacitação no município:

O município que dá o suporte para ter o curso. Tipo assim, eu preciso treinar, capacitar dez pessoas em imunização no meu município, vai ser só para o meu município. Eu vou organizar o evento, só que o profissional, geralmente, é um profissional que é capacitado para monitor pelo estado, pela DIVE, e esse suporte todo do evento é todo de acordo com o que é padronizado pela DIVE. Tanto que eles têm os padrões, por exemplo, tem que ser um curso com no máximo tantas pessoas. Então eles têm várias norminhas para ti poder fazer uma capacitação. Não é assim: “ah eu vou fazer uma capacitação”. Não vai dar, não vai ter valor de certificado. Até podemos dar um treinamento para dar uma atualizada, dar uma reciclada nos profissionais, mas, não vai ser uma capacitação oficial pelo estado, não vai ter certificado de nada.

Dessa forma, os municípios catarinenses podem oferecer capacitação, ao menos para os profissionais da imunização, desde que

²¹³ É preciso destacar que as salas de vacina geralmente se localizam dentro dos postos de saúde que fazem parte do PSF. No entanto, a responsabilidade em relação à estrutura física e a organização das salas, inclusive a capacitação dos profissionais, é da vigilância epidemiológica que utiliza os seus recursos financeiros para esse empreendimento.

²¹⁴ Convém especificarmos que os municípios geralmente não oferecem a capacitação em relação à vacina BCG, pois, esta exige todo um aparato, os quais, grande parte dos municípios não dispõem. Basta saber que para essa capacitação é necessário haver uma grande quantidade de voluntários para proceder com os testes de PPD (teste que informa sobre o contágio com o bacilo da tuberculose). Portanto, essas capacitações geralmente são realizadas com a colaboração do exército entre outras entidades.

haja a supervisão dos órgãos estaduais, no caso a DIVE/SC. Aliás, este órgão também é responsável por todos os recursos materiais necessários para tal capacitação no município.

Quanto à capacitação dos profissionais da vigilância ambiental, esse segue o mesmo esquema citado acima, ou seja, para alguns cursos a DIVE/SC somente disponibiliza uma vaga por município. No entanto, há um curso que é obrigatório para todos os profissionais das unidades de vigilância ambiental dos municípios. Esse curso é organizado pela DIVE/SC, oferecido aos profissionais da vigilância ambiental anualmente e destina-se ao conhecimento do trabalho de campo que os ACEs devem realizar rotineiramente.

Em relação a esse curso obrigatório Ninfeia apresentou uma peculiaridade, pois, no espaço de tempo entre a admissão dos profissionais até a realização do curso pela DIVE/SC os agentes já foram sendo treinados para o trabalho de campo. Mas, isso só é possível porque o município dispõe de um profissional com muita experiência nessa área que, inclusive, foi funcionário da extinta SUCAM e depois da FUNASA, e sobre o qual já tratamos neste capítulo. Dessa forma o curso oferecido pelo estado serve mais para reforçar o conhecimento dos ACEs:

É assim, o município contrata e passa para o estado para dar o treinamento. Mas, a gente já chama o pessoal e já dá um treinamento. Já antecipamos, já preparamos o pessoal, entende? É engraçado que eles vão para lá (curso) e quando eles voltam eles dizem: “seu [] a gente foi lá, chegou lá, e nós já estava ensinando o próprio instrutor”. Eu digo: “ah! que bom, que ótimo!”. (...) é que eles pegam fácil as coisas, então a gente passa para eles e eles pegam fácil. Então aqui a gente dá um treinamento e quando o pessoal vai para lá já sabe tudo, simplesmente só vai e eles dão só o certificado.

É relevante mencionarmos que **MARTINHO**, enquanto um dos supervisores dos ACEs em Ninfeia, está se preparando para a aposentadoria. No entanto, juntamente com o coordenador²¹⁵ da UVAN, já estão sendo capacitados outros profissionais do setor para realizar a supervisão dos trabalhos.

Por fim, salientamos que todos os entrevistados reconhecem ser quase impossível o estado fornecer a capacitação para todos os profissionais das unidades de Vigilância em Saúde dos municípios. Por

²¹⁵ O coordenador da UVAN também faz a supervisão dos trabalhos dos ACEs.

esse motivo está sendo adotado o sistema de multiplicadores de informações. No entanto, é possível identificar nas falas dos entrevistados certa insatisfação com a carência de capacitação mais adequada para todos, segundo **SÔNIA**: *“podia ter mais, né. A Tercília não tem até hoje o CBVE. Ela não tem uma oficina de hepatite, por exemplo”*.

Já **TERCÍLIA** indicou que atualmente as capacitações fornecidas pelo estado não aprofundam muito os temas:

A gente tem capacitação pequeninha, que é tudo mais rápido. Mas assim, aquelas capacitações que nem a SÔNIA tem... É tanto tempo que ela está aqui que ela acabou pegando algumas que são mais detalhadas, onde eles falam mais específico.

Nesse caso a entrevistada está se referindo ao CBVE que não é fornecido pelo estado desde 2005.

5.6.2 Repasse de verbas fundo a fundo²¹⁶

A vigilância epidemiológica e a vigilância ambiental de Ninfeia, além de dividirem o espaço físico, também dividem o repasse das verbas que o MS destina para a Vigilância em Saúde do município²¹⁷. Essa verba é repassada do fundo nacional para o fundo municipal que é conhecido como o repasse fundo a fundo²¹⁸. Na tabela abaixo está sendo apresentada uma série histórica com os valores que foram destinados as três áreas da vigilância: ambiental, epidemiológica e sanitária, no

²¹⁶ Apesar deste trabalho não ter como objetivo a discussão sobre a transferência de verbas para a Vigilância em Saúde, sejam elas federais, estaduais e municipais, iremos pontuar alguns dados que consideramos importante sobre o repasse federal para o setor de Vigilância em Saúde do município de Ninfeia.

²¹⁷ Segundo dados que conseguimos apurar sobre o repasse de verbas para Ninfeia, antes de 2000 o repasse do fundo era feito somente para a vigilância sanitária. De 2000 a 2008 o repasse do fundo nacional seguia direto para a prefeitura de Ninfeia. E a partir de 2009 o repasse segue do fundo nacional para o fundo municipal. Essa verba é destinada de acordo com o número de habitantes do município. Entretanto, esse recurso pode ser suspenso caso haja circunstâncias comprometedoras já mencionadas na subseção 4.4.3 (BRASIL, 2009f).

²¹⁸ Os estados e os municípios devem dar uma contrapartida dos recursos destinados para a saúde no respectivo orçamento. Esse recurso, somado entre ambos, está estipulado para SC em 40%. (Brasil, 2009f). De acordo com o site da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina deve sair do orçamento do município de Ninfeia 25% para a saúde e o restante, 15%, fica a cargo do estado (SANTA CATARINA, 2009).

período de 2002 a 2011. No valor destinado a epidemiológica e ambiental estão computados todos os repasses, inclusive, das campanhas específicas, dos incentivos, assim como, o piso variável e fixo de vigilância e promoção da saúde.

Tabela 5 - Verbas repassadas ao município de Ninfeia – 2002-2011 (fundo a fundo)

Verbas Anuais	Vigilância Ambiental e Epidemiológica	Vigilância Sanitária	Total
2002	69.443,64	12.430,56	81.874,00
2003	88.423,95	12.675,00	101.099,00
2004	193.044,08	12.955,98	206.001,00
2005	230.263,70	13.098,48	243.362,00
2006	274.584,91	17.015,06	291.600,00
2007	234.719,96	12.039,44	246.759,00
2008	245.897,95	32.294,76	278.193,00
2009	235.582,13	31.761,92	267.344,00
2010	248.047,60	32.032,40	280.080,00
2011	247.994,08	32.492,78	280.487,00

Fonte: Brasil (2011c)

Na tabela observa-se que no ano de 2006 o repasse para a vigilância ambiental e epidemiológica alcançou valor máximo até hoje. Isso se explica tendo em vista que nesse ano, de acordo com a fonte pesquisada, houve um acréscimo de verba destinada ao incentivo do fortalecimento da gestão em Vigilância em Saúde (o acréscimo foi no valor de R\$ 40.989,98).

Um dos componentes desse repasse fundo a fundo é o PFVPS (antigo TFVS) que se destina, além de outras coisas, às despesas de custeio e despesas de capital²¹⁹ (no anexo T consta um quadro em que se observa como podem ser empregados os recursos do PFVPS).

No município o gerenciamento dos recursos do PFVPS, assim como todos os outros recursos disponíveis, são realizados pelo gestor responsável, no caso aqui apresentado o secretário de saúde municipal. Já a coordenadora da UVEN é a encarregada de realizar as solicitações de todo o setor da Vigilância em Saúde do município:

²¹⁹ É importante destacar que há algumas restrições quanto ao uso dos recursos do PFVPS que podem ser visualizadas no Manual de Gestão da Vigilância em Saúde que se encontra nas referências bibliográficas deste trabalho.

(...) quem pede sou eu, mas quem gerencia é o gestor eu não tenho posse de dinheiro eu não sei nem quanto ele tem lá, a quantia que foi gasta. Eu só faço solicitação do que precisa assim explicando todos os porquês. Deixando bem claro a necessidade do que eu estou pedindo. Até mesmo porque eu não posso pedir qualquer coisa. Eu tenho que justificar porque é necessário aquele armário, porque é necessária tal capacitação (TERCÍLIA).

De acordo com as informações de **TERCÍLIA**, que corroboram com as instruções do MS, toda e qualquer solicitação realizada pela Vigilância em Saúde do município deve ser acompanhada da indicação da necessidade e a especificação do objeto de forma clara e sucinta. Após essa solicitação cabe ao gestor aprová-la e dar início ao processo licitatório e os trâmites necessários para a sua conclusão²²⁰.

O processo de licitação, por ser um pouco demorado, faz com que os profissionais da Vigilância em Saúde de Ninfeia planejem com antecedência as suas necessidades para solicitar ao gestor:

(...) a gente procura fazer assim, como a gente depende da licitação, então todo o começo de ano a gente faz uma previsão para aquele ano de recursos duráveis. Acho que é essa palavra, recursos que viram patrimônio, aí a gente faz uma lista do que está precisando. (...) aí a gente também já fez toda a requisição para o ano, normalmente vem só no final do ano ou no começo do outro ano. Porque daí tem toda uma burocracia que depende de licitação e tudo mais.

Observamos no relato da entrevistada que parte dos recursos do PFVPS são disponibilizados para o setor de Vigilância em Saúde dos municípios para serem alocados em bens duráveis e, sendo assim, **TERCÍLIA** nos relatou alguns bens que foram adquiridos nos últimos anos pela Vigilância em Saúde do município:

Aqui na vigilância a gente fez muitas melhorias, por exemplo, as mesas e cadeiras a gente trocou porque já estavam muito antigas, algumas quebradas, estragadas. Até dá um ânimo para a gente trabalhar com mais conforto. A gente comprou armários que fazia muita falta, aí ficou um lá atrás e um aqui. Computadores, que estava precisando para a vigilância ambiental, para a gente, para o atendimento do veterinário que eles não tinham. Foi comprada máquina digital (máquina

²²⁰ É importante esclarecer que cabe a suspensão do repasse caso a utilização dos recursos esteja em desacordo com o estipulado pelo MS.

fotográfica) até mesmo para a gente registrar os nossos trabalhos, que a maioria deles são fora, não são aqui dentro: as campanhas; focos de dengue; as armadilhas; e tudo mais que eles trabalham. Na vigilância sanitária as situações de calamidade, é n motivos assim que precisavam ser registrados, até mesmo para anexar em documentos, a gente era cobrado com relação a isso. Aí surge alguma coisa: “ah! quero saber o que vocês fizeram”. Uma situação que morreu um trabalhador da obra de leptospirose: “quero saber o que vocês fizeram a ele”. Aí a gente tinha um relatório, mas, assim o importante é ter fotos e ter como comprovar, isso ajudou bastante. Aí o que mais que a gente comprou? Impressora que fazia muita falta aqui para gente, tudo o que a gente recebe a gente tem de repassar para os médicos, enfermeiros e como eles estão lá na ponta, eles são a nossa base, nós não podemos deixar de fazer. As notificações dependem deles, a gente não tem como saber todas para notificar, então todos os documentos que precisam tirar xerox, encaminhar em grande quantidade, a gente precisa de uma impressora nossa, xerox e tal. A gente comprou tudo com esse recurso.

Esse recurso financeiro também pode ser direcionado para a montagem de salas de vacina que são instaladas dentro dos postos de saúde:

Foram três novas salas de vacina montadas. Na época a gente comprou quatro geladeiras, porque tinha uma antiga que estava com problema, isso foi o ano passado (2010). Foram comprados três ar condicionados, quatro geladeiras, foram mesas, cadeiras em grandes quantidade. Porque não foi só aqui, porque não tinha nada, é porque são salas novas que a gente estava montando e geladeira realmente não tinha. Macas, a gente comprou as macas para ficarem nessas salas.

Aliás, de acordo com **TERCÍLIA**, a UVEN está necessitando da aquisição de uma câmara fria para guardar as vacinas, já que, houve perda de vacinas no município devido à falta de energia elétrica: “A gente está querendo comprar a câmara fria de vacina, porque a gente andou perdendo vacina. Isso é comum acontecer não é exceção aqui, falta luz e ninguém avisa, feriado. Aí a gente está pedindo uma câmara fria”. Ao contrário das geladeiras e freezers utilizados pelos municípios para guardar os imunobiológicos, a câmara fria é um equipamento composto por um discador telefônico que é capaz de efetuar ligações a vários números telefônicos quando a temperatura estiver fora da faixa permitida, facilitando assim o controle da qualidade das vacinas.

Ainda de acordo com a entrevistada os recursos do fundo a fundo que são destinados para a compra de bens duráveis estão sendo atendidos e empregados. O único problema é com a demora do processo licitatório:

Para a gente está sendo bom. Até mesmo porque está suprimindo a nossa necessidade. O que mais assim, às vezes faz com que não ajude tanto é porque tu depende de licitação, que é uma coisa que demora, sabe? Aí a gente acaba tendo de esperar mesmo. Mas assim, de todos os problemas esse, graças a Deus, aqui não é um problema. Aqui está sendo bem gerenciado neste sentido sabe? Eu não digo só por mim, porque a gente precisa do apoio do gestor. E o nosso gestor, tanto o anterior quanto o que está agora, junto com o superintendente de saúde os dois estão... Tudo o que a gente tem pedido, tem solicitado, eles estão encaminhado para a licitação para a comissão de licitação, e está dando tudo certo. (...) A gente não teve nenhum entrave, assim. O que acontece é essa demora mesmo, sabe? Não aconteceu de nenhuma vez a gente pedir muita coisa que extrapolasse o valor, isso aí não aconteceu. Pelo contrário, sempre sobra valor perante aquilo que a gente pediu, tudo o que a gente recebeu ainda sobra recurso.

É interessante destacar que **TERCÍLIA** reconheceu que os recursos financeiros destinados aos municípios são de difícil gerenciamento, pois, são destinados para blocos diferentes como, por exemplo: ABS, Vigilância em Saúde, vigilância sanitária, entre outros:

Ser gestor, gerenciar toda essa parte do dinheiro é muito complicado, é muito recurso. Se tu ver é muito recurso e é muito gasto também, muito gasto. Tu administrar, gerenciar esse dinheiro, o que vai para este ou aquele lado é complicado.

A Vigilância em Saúde do município de Ninféia também recebeu recursos financeiros do VIGISUS (os quais já tratamos na subseção 4.4.3). Estes recursos, segundo **TERCÍLIA**, tinham um prazo determinado para serem utilizados. Nesse caso a licitação para obtenção do recurso foi mais ágil:

(...) quando o recurso tem data para terminar, para ser gasto, como os que são projetos paralelos do Ministério da Saúde, como teve o VIGISUS, dois anos atrás, acho que foi dois, três anos atrás, não me lembro bem a data assim, a gente tinha um período para terminar de consumir esses recursos. Então foi tudo feito com mais agilidade, vamos dizer assim. A licitação

foi mais rápida, mas, quando não tem, infelizmente a gente depende disso.

De acordo com a entrevistada, a Vigilância em Saúde do município recebeu em torno de R\$ 40.000,00 do VIGISUS para a ampliação dos seus serviços. Esses recursos só poderiam ser utilizados na aquisição de equipamentos que estavam especificados numa tabela padrão. No entanto, como houve morosidade na licitação, quando os produtos foram cotados o preço destes já haviam reduzidos, o que ocasionou uma folga financeira para o setor da Vigilância em Saúde. Essa “folga” foi aplicada em outros bens que não constavam na tabela específica, como relatou **TERCÍLIA**:

Quando foi feita a cotação era um valor as coisas, por exemplo, um notebook na época era uns R\$ 2.500,00, hoje é mil e pouco. Então assim, dois anos depois quando foi realmente comprado já estava bem abaixo e aí sobrou esse dinheiro e aí dava para usar com material gráfico, e aí a gente fez bastante coisa. Fez umas carteiras de vacinação de cães e gatos, que era uma coisa que precisava, porque a gente tem os cães que a gente faz o acompanhamento. Assim cães retirados de rua por famílias e a gente dá um suporte. Famílias que tem muito cães e aí a gente dá um suporte e isso ajudou bastante. Aí assim naquela época sobrou R\$ 10.000. E esse dinheiro eles liberaram para a gente gastar até o final do ano agora. Ia ser retido para eles novamente, mas, eles depois disseram: “não, fica com vocês e gastem no que vocês tiverem que gastar”.

Além do material gráfico e das cadernetas de vacinação dos animais, com essa folga financeira a vigilância também adquiriu, entre outras coisas: um netbook; uniforme para os funcionários; e adesivos para o carro que faz atendimento veterinário no município. Todas as aquisições realizadas pela vigilância foram acompanhadas de prestação de contas.

Além dos recursos do fundo a fundo e do VIGISUS, para as Vigilâncias em Saúde dos municípios também é disponibilizado um recurso emergencial para campanhas de vacinação quando ocorrem problemas fora do esperado como, por exemplo, a ocorrência do vírus Influenza A (H1N1) no Brasil em 2010, mas, isso será apresentado mais adiante.

Por fim cabe destacar que, de modo geral, as três vigilâncias consideram que os recursos disponíveis do fundo a fundo e do VIGISUS foram adequados para a organização dos setores e que ainda hoje são condizentes com as necessidades do município de Ninféia.

5.6.3 Os recursos humanos das vigilâncias em Ninféia

Durante a pesquisa realizada no município observou-se que os atuais profissionais das três vigilâncias passaram por processo seletivo e são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (exceto **MARTINHO** que é estatutário, conforme já foi mencionado). Dessa forma, os profissionais das vigilâncias de Ninféia não são regidos por um contrato de trabalho com validade determinada como muitos profissionais da saúde de outros municípios.

Nesse caso, é interessante mostrarmos como os ACEs, que fazem parte da UVAN, descobriram que deveriam ser mantidos no cargo mesmo havendo a troca de gestor:

(...) fomos nós que descobrimos quando viemos para cá, olha como a gente era fogo. Daí nós assim, fomos pesquisando e como não tinha documentação nenhuma a gente foi atrás de lei. Que lei que a gente era? E aí a gente descobriu uma lei que todo mundo dizia que era a lei das agentes de saúde. Aí eu disse: “não, vamos conhecer essa lei”. Daí pesquisamos na internet daqui a pouco a gente olhou ali a ACS, que é agente comunitário de saúde e ACE, e a gente perguntou o que é ACE? Aí foi ver era agente de endemias. Então nós estamos na mesma lei que elas (ACS). Daí a gente entrou com o advogado e esse advogado hoje é o secretário da saúde²²¹. Aí ele disse: “não, realmente vocês são da lei, nossa que absurdo”. Ele ficou apavorado porque nós éramos da lei que falava do contrato indeterminado. Quando ele viu, porque ele era advogado, ele disse: “a prefeitura vai receber uma multa enorme, porque vocês são do processo”. Daí fizemos todos um novo contrato e ficamos felizes: “nossa não vamos mais embora”. Mas, tudo a gente foi descobrindo assim. (VERA)

Neste relato **VERA** está se referindo a Lei nº 11.350 de outubro de 2006 que nos artigos 16 e 17 deixou bem claro que ficaria “vedada à contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável”. Os profissionais que já exerciam essas atividades deveriam permanecer no cargo até que fosse concluída a realização do processo seletivo público pelo ente

²²¹ Esse advogado o qual a entrevistada se refere, que hoje é secretário de saúde, nos anos de 2009 e 2010 era Procurador Adjunto na Procuradoria Geral da Prefeitura Municipal de Ninféia.

federativo, com vistas ao cumprimento do disposto na Lei. O fato da existência dessa Lei ser desconhecida pelos profissionais interessados, os ACSs e os ACEs, indica que ou não foi publicizado para os municípios o conteúdo da Lei nº 11.350, o que consideramos impossível de ocorrer, visto que, toda lei é amplamente divulgada pelos setores apropriados. Ou os municípios não aderiram a ela inicialmente, cabendo aos próprios profissionais lutarem pelos seus direitos como foi feito em Ninféia.

Sendo assim, finalizando esta seção apresentamos no quadro abaixo a estruturação dos recursos humanos das vigilâncias do município de Ninféia:

Quadro 31 - Recursos humanos das três unidades de vigilância de Ninféia²²²

UVEN	UVAN	UVSN
1 coordenador(a)	1 coordenador(a)	1 coordenador(a) ²²³
1 enfermeiro(a)	1 supervisor(a) do trabalho dos ACEs	1 veterinário(a)
1 técnico(a) de enfermagem	12 agentes de endemias	6 fiscais de vigilância sanitária
1 veterinário(a)		
1 auxiliar de veterinário(a)		
1 motorista		
Total de 6 profissionais	Total de 14 profissionais	Total de 8 profissionais

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas realizadas pela pesquisadora (2011)

Como se pode observar no quadro acima cada uma das vigilâncias possui uma equipe independente e cada membro das equipes possuem funções específicas²²⁴.

²²² Os coordenadores das unidades da vigilância epidemiológica e da ambiental têm cargo comissionado.

²²³ O coordenador da unidade de vigilância sanitária que participou desta pesquisa estava cedido pelo governo estadual de SC para realizar a coordenação da vigilância sanitária no município de Ninféia desde 2001. Sendo que, no final do ano de 2011 o funcionário retornou ao seu trabalho na esfera estadual. Mas, antes disso capacitou um dos fiscais da UVSN para ocupar o seu cargo de coordenador.

²²⁴ As atribuições destes profissionais serão especificadas no decorrer deste capítulo.

5.7 AS PRINCIPAIS ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DA UVEN

São várias as atividades dos profissionais da UVEN. Inicialmente, destacamos o controle das fichas de notificações das suspeitas de doenças e agravos (FIN) que são preenchidas em vários setores da saúde do município²²⁵. Essas notificações seguem o seguinte fluxograma no município:

Figura 4 - Fluxograma das notificações em Ninfeia



Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2012)

Geralmente as FINs são levadas até a sede da UVEN. Mas, não raramente os profissionais dessa unidade também vão buscá-las em alguns dos setores apontados no fluxograma. De acordo com **SÔNIA** e **TERCÍLIA**, assim que as fichas de notificação de suspeita chegam à UVEN elas são registradas via online no SINAN e automaticamente são recebidas no estado (DIVE/SC) e no MS. Entretanto, há algumas fichas que chegam incompletas na unidade. De acordo com **SÔNIA**:

(...) vem muito assim com o nome, mas, aí não vem nem data de nascimento, nem idade. Aí vem assim rua geral. Aí como é que tu vai achar um paciente sem telefone, sem nada. Como é que tu vai achar um paciente desse, não tem nem como tu jogar no SINAN porque não tem nem data de nascimento, nem idade. Se

²²⁵ É importante salientar que todos os funcionários da saúde municipal estão aptos a notificar todas as suspeitas de doenças ou agravos.

tiver um ou outro pelo menos o SINAN aceita. Se não tiver o SINAN não aceita. Então, ou preenche mais ou menos os campos ou não preenche. Isso aqui é o que tem que preencher, é uma coisa bem simples, não tem muita complicação.

A FIN (presente no anexo K) é uma ficha pequena com poucos campos a serem preenchidos e sem dificuldades. No entanto, às vezes ocorre de um campo ou outro não ser preenchido devidamente ocasionando um atraso dessa notificação no SINAN. Mas, de modo geral, todas as fichas de notificações que chegam à vigilância incompletas não são de maneira nenhuma desconsideradas, pelo contrário, são acionados outros setores da saúde municipal para dar seguimento à notificação:

(...) a gente procura pela rua ou a gente liga para o PSF. Por exemplo, se tem pelo menos o bairro, Morro da Bina, aí a gente vê quem é desse bairro, a gente pede para o agente (ACS): “tu conhece o paciente tal? Ah, conheço”. Aí a gente vai. A gente não descarta nada, a gente vai atrás. A não ser que não ache de jeito nenhum. Já teve caso de só ter o nome do paciente. A gente foi em todos os PSF, fez uma busca ativa no município inteiro, e a gente achou ele. Mas, já teve caso que está o nome do paciente, está escrito Florianópolis, e a gente não sabe, se é um se é outro. Eles ligaram para cá cobrando, foi até um caso de hepatite. Procurei no PSF inteiro, ninguém achou, é um trabalho enorme.

Como podemos notar às vezes até acontece de um caso deixar de ser notificado, mas, essa não é a regra geral pelo menos em Ninféia, de acordo com as entrevistadas. Ao investigarmos esse caso de perda de notificação detalhado acima descobrimos se tratar de um paciente que havia se mudado recentemente para Ninféia, segundo informações da Regional de Saúde, e que por não ser conhecido dos ACSs não foi identificado para continuar o tratamento de hepatite no município.

De acordo com o fluxograma, realizado com as informações obtidas por meio dos entrevistados, apuramos que quando um paciente é atendido em hospitais de outros municípios, o que é comum em Ninféia, já que, ainda não há em seu território um hospital para atendimento da sua população²²⁶; o município receptor desse paciente deve encaminhar informações para a unidade de vigilância epidemiológica do município de domicílio do paciente, no caso Ninféia:

²²⁶ Apesar da falta de hospital/maternidade em seu território Ninféia possui dois PAs que encontram-se apto para realizar notificações de doenças

Todos os pacientes que têm lá a gente sabe aqui, exatamente o que tem no município a gente tem. Tudo está notificado, a não ser aqueles pacientes que fazem tratamento em outro (município), mas, mesmo assim a gente fica sabendo porque eles mandam para a gente. Nós não notificamos aqui, mas, a gente sabe da existência dele, ele está notificado.

Não podemos deixar de mencionar que todo esse trabalho de notificação das doenças recebe também a colaboração da própria comunidade, que ao suspeitar de alguma doença entra em contato com a UVEN ou até mesmo com os postos de saúde do PSF. Algumas vezes, essa informação chega a essas unidades por meio das diretoras de escolas e creches do município. Sendo que, a agilidade da ação dos profissionais da vigilância pode, até mesmo, determinar ou não a constituição de um surto de alguma doença.

Quanto à existência das subnotificações de doenças em *Ninfeia* ²²⁷ fomos informadas pelas entrevistadas que um dos grandes problemas do município, até um tempo atrás, partia do PSF que deixava de notificar várias doenças. No entanto, de acordo com *SÔNIA* e *TERCÍLIA*, atualmente os profissionais do PSF estão mais atuantes e estão se preocupando mais com esse fato, o que não quer dizer que não haja subnotificação hoje por parte do PSF:

(...) não está perfeito, não está assim... Mas, melhorou é claro. Mas, é impossível um PSF não notificar nenhuma mordedura durante um mês, por exemplo, no município de Ninfeia. É difícil não passar uma mordedura durante um mês naquele posto de PSF que atende lá quantas pessoas por dia, a gente sabe que existe sim. Melhorou bastante, mas...

Uma das entrevistadas, *TERCÍLIA*, levanta a hipótese de que a subnotificação do PSF é uma das consequências da grande rotatividade dos enfermeiros (coordenadores das equipes de saúde da família). No entanto, esse fato não serve de conjectura, uma vez que, a notificação não é tarefa somente dos enfermeiros, mas, também dos médicos, dos ACSS, dos técnicos de enfermagem, enfim todos do PSF. Por outro lado,

²²⁷ Antes de mais nada é preciso esclarecer que este não é um problema específico de *Ninfeia*, já que, de acordo com as várias pesquisas realizadas no Brasil essa falha ocorre em vários municípios do país. Também aproveitamos para informar que as subnotificações das doenças são deficiências provenientes tanto dos setores de saúde públicos quanto dos privados. No entanto, voltamos a dizer que neste trabalho estaremos pontuando as notificações e subnotificações das doenças nos serviços públicos de saúde.

a entrevistada argumentou que a melhora na subnotificação do PSF é uma das consequências da parceria entre este e a UVEN. Visto que, os profissionais da vigilância procuram, sempre que possível, reforçar a necessidade da notificação, mesmo sabendo que essa conscientização é feita a “*passos curtos*”.

Quanto à subnotificação nos PAs do município, de acordo com **TERCÍLIA** e **SÔNIA**, também houve uma grande melhora, uma vez que, o PA adotou o sistema de triagem. Dessa forma, assim que o paciente passa pela primeira recepção a enfermeira já faz a notificação de suspeita, não ficando esta para ser efetivada pelo médico. Mas mesmo assim, de acordo com **ELI**, ainda ocorrem problemas de subnotificação no PA, principalmente, quando no lugar da enfermeira encontra-se na recepção um técnico de enfermagem:

É que às vezes no acolhimento não é a enfermeira, e o técnico não sente segurança para notificar. Porque tem muita gente que acha que a notificação é só um papel... Que aquilo ali é do médico, é uma coisa do médico a notificação, não é uma coisa que qualquer profissional pode fazer: “ah, eu sou técnico de enfermagem eu não posso notificar”.

Insegurança, descaso, medo esses são alguns fatores que inibem a notificação de doenças, cabendo a toda a sociedade a comunicação da sua ocorrência.

De acordo com as entrevistadas o CTA do município também apresenta falhas na notificação de algumas DSTs. No entanto, deixaremos para analisar essas falhas mais adiante quando avaliaremos a situação de algumas doenças transmissíveis em Ninféia.

Posterior à notificação da suspeita de doenças no SINAN, os profissionais da UVEN passam a realizar outra de suas atividades principais que é a investigação epidemiológica de campo destinada a grande maioria das doenças de notificação²²⁸. Em Ninféia todos os profissionais da unidade de vigilância epidemiológica (exceto o

²²⁸ No capítulo anterior (subseção 4.5.2) já foi amplamente especificado que a investigação epidemiológica de campo se divide em casos individuais esporádicos e casos de surtos e epidemias. Porém, nesta parte do trabalho enfatizaremos a investigação de casos esporádicos, mesmo porque, as investigações de surtos e epidemias são mais escassas e envolvem outros setores que não somente os municipais e, pelo menos, nesse momento não é um dos objetivos de pesquisa.

motorista) estão aptos a realizar as atividades pertinentes à investigação epidemiológica²²⁹ de casos esporádicos (IECE).

A IECE geralmente começa (ou é aberta) imediatamente após a notificação, pois, sendo uma doença transmissível como, por exemplo, rubéola, sarampo ou coqueluche, é necessário iniciar o mais rápido possível o bloqueio vacinal ou bloqueio de medicação, conforme o caso, para se evitar possível surto ou até mesmo epidemia. Nesses casos também é possível já iniciar com a comunidade um trabalho de educação em saúde (orientações, distribuição de folders).

A abertura da IECE ocorre com o início do preenchimento da ficha individual de investigação de caso esporádico, a FII. Cada doença que deve ser investigada tem sua FII específica e, sobre a qual, já comentamos no capítulo anterior (subseção 4.5.2.1.1). O que se pode observar é que essa ficha de investigação contém muitos campos de preenchimento, com muitos detalhes a serem investigados. Inclusive, há fichas de investigação, como a de óbito, por exemplo, com mais de cinco folhas para preenchimento. No caso das FIIs estas apresentam mais ou menos sessenta variáveis (vide anexo M) e, mesmo assim, são encontradas falhas no preenchimento de alguns dados importantes, de acordo com **TÂNTALO**:

O grande problema é que a ficha é muito mal preenchida do ponto de vista qualitativo. Aquilo que te falei, pega uma ficha lá que tem 60 variáveis, aí o cara preenche as 10 primeiras fundamentais. E aí chega lá para fazer encerramento de caso: confirmado, cura, óbito, e dependendo das variáveis que ele tem aqui ele não consegue fechar. O sistema não permite isso.

Ainda de acordo com **TÂNTALO** as falhas no preenchimento das FIIs não acontecem por falta de treinamento ou de capacitação dos profissionais das unidades de vigilância epidemiológica dos municípios catarinenses:

(...) não é por causa de incapacitação, é porque é um safado mesmo. Como ele não é responsabilizado devido a sua função pública, então para ele pouco importa a importância da... Como ele não faz avaliação, nada, ele muitas vezes se dá ao luxo de questionar para que os dados servem. Para que ele está preenchendo aquela ficha (FII) se ele não utiliza aquilo: “ah! vou preencher a ficha para vocês usarem lá”. Tem coisas assim, ainda tem uma situação de muito receio nesse sentido de

²²⁹ Ao veterinário e sua assistente são destinadas as investigações das zoonoses.

alguns servidores e alguns profissionais que não tem compreensão.

Esse dado fornecido por **TÂNTALO** nos leva novamente a refletir sobre o porquê deste descaso, já que, de acordo com ele, os profissionais do estado encontram-se aptos para o preenchimento da FII. E, generalizações à parte, também foi possível comprovar esse fato com a pesquisa em Ninfeia. No entanto, não podemos afirmar que esse descaso seja um problema que acontece somente no estado de SC. Mesmo porque acreditamos que ele incide em grande parte do país, já que, as FIIs são iguais para todos.

No caso de Ninfeia pudemos observar que os profissionais da UVEN são bastante cuidadosos com relação ao preenchimento da FII²³⁰. No entanto, esse preenchimento nem sempre é realizado, necessariamente, por esses profissionais, pois, no caso das DSTs, essas são investigadas diretamente no setor correspondente, ou seja, no CTA do município. Sendo assim, podemos dizer que essa parceria entre o CTA e a UVEN é positiva, uma vez que, os profissionais do CTA, por conhecerem o paciente, têm mais facilidade em obter informações pessoais, principalmente, em se tratando de casos das DSTs. Além disso, os profissionais do CTA têm mais agilidade para levantar os dados mais técnicos que também fazem parte da FII como, por exemplo, o histórico sobre os critérios que foram utilizados para o diagnóstico final da doença.

Mas, em se tratando da atividade da IECE realizada pelos profissionais da UVEN, geralmente, é necessário que estes entrem em contato com o paciente, seja pessoalmente ou por telefone, para o preenchimento adequado da ficha. E, de acordo com os entrevistados, não é raro os profissionais da unidade de vigilância trabalharem fora do seu horário normal para levar a termo essa investigação.

Também é importante destacarmos que, geralmente, a IECE é bem aceita pela comunidade, salvaguardando algumas exceções, de acordo com **TERCÍLIA**:

No geral não tem problema nenhum, mas, uma vez teve uma coqueluche eu fui atrás do paciente, é um paciente de um

²³⁰ Inclusive, foi relatado por **ELI** que já houve caso de um paciente, portador de AIDS, ter ido a óbito antes do término da investigação epidemiológica. Nesse caso, o profissional da UVEN teve que dar continuidade a investigação com a família do paciente para tentar completar alguns dados que estavam ainda em aberto na IECE.

bairro longe, lá em Areias, é longe daqui, a gente foi lá e a mãe não quis deixar coletar de jeito nenhum, não quis deixar coletar, fazer o quê?

No entanto, casos como esse faz com que os profissionais da UVEN acionem os profissionais PSF para tentar resolver o problema e não comprometer a investigação²³¹.

Quanto ao encerramento da IECE, este ocorre em prazos diferentes a depender de cada doença, conforme foi demonstrado no capítulo anterior (subseção 4.5.2.1.1). E após o encerramento as informações da FII devem ser registradas no SINAN via online. No caso de Ninfeia apuramos que as fichas de investigação são também enviadas via malote para a respectiva Regional de Saúde²³² e esta, por sua vez, confere todos os campos e caso haja algum em desacordo os profissionais da UVEN são avisados para fazer o devido acerto:

(...) aqui a gente faz à investigação toda, quando a ficha está fechada a gente encaminha para a Regional. Mas, só depois que está fechada. A gente tem que ter o resultado de exame, o que foi feito, a gente tem que ter ela fechada. Quando a gente fechou e está digitadinho certinho a gente manda por malote e internet. Porque daí a ficha chega lá, eles conferem se chegou pelo malote, vê se tem algum campo errado. Se tiver alguma coisa, eventualmente assim, eles mandam, eles ligam: “olha corrige tal campo porque não está correto”.

Consideramos que essa coleta de informações por meio da IECE é de grande importância para a saúde pública, pois, pode contribuir, até mesmo, para a explicação das causas de determinadas doenças em certas localidades.

Mas, de modo geral, todos os dados que estão registrados no SINAN, possibilitam, quando necessário, a formulação de relatórios bem detalhados sobre as doenças em determinado município. Em

²³¹ Neste trabalho estamos tratando de doenças transmissíveis, mas, no decorrer das entrevistas foi possível apurar que os dados referentes à investigação de casos de violência, na maior parte das vezes, são obtidos através dos ACSs, uma vez que, esses profissionais conhecem a comunidade e tem como levantar os dados com outras pessoas que não o próprio agressor ou a vítima acuada. O mesmo se aplica para os óbitos que devem ser investigados. Todas as informações obtidas são transmitidas para os profissionais da vigilância e estes fazem o preenchimento da ficha de investigação adequada ao problema.

²³² De acordo com **TERCÍLIA** as FIIs de Ninfeia ficam arquivadas na Regional de Saúde.

Ninfeia, a partir de 2010, foi solicitado pelo gestor municipal que a UVEN disponibilizasse quadrimestralmente um relatório que revelasse alguns dados referentes à situação do município. Num desses relatórios que tivemos acesso verificamos que os dados apresentados são apenas um demonstrativo das atividades e ações realizadas pela UVEN num determinado período. Quanto aos dados referentes às doenças notificadas em Ninfeia pode se observar que são somente dados descritivos se limitando ao registro da frequência de notificações de doenças. E nesse caso, consideramos que esse tipo de relatório poderia ser mais analítico fornecendo, por exemplo, associações entre idade e sexo utilizando para isso dados que constam no próprio SINAN (esses dados constam nas FIIs que são repassadas para o SINAN). Ou até mesmo associações entre a frequência das doenças e os fatores socioeconômicos que poderiam estar envolvidos com o problema, já que, no SINAN constam também dados mais específicos como escolaridade, ocupação e outros dados que serviriam para realizar um perfil epidemiológico da população em relação a algumas doenças. Cremos que se esse relatório que a UVEN realiza fosse mais trabalhado nas suas variáveis, o gestor municipal poderia até desempenhar seu papel de forma mais adequada, pois, teria condições de encontrar meios para a diminuição de alguns problemas no próprio município, entre os vários setores governamentais, ou até mesmo fora dele se houvesse necessidade. Mas, entendemos que ainda não há um amadurecimento dos próprios profissionais da UVEN e dos gestores municipais quanto as possibilidades que o SINAN oferece para o enfrentamento de certos problemas de saúde no município. Cabe destacar que de acordo com **TÂNTALO** nem mesmo as Regionais de Saúde de SC têm capacidade para realizar esse tipo de avaliação em saúde (vide seção 4.7).

Aliás, cabe também mencionar que não existe entre os municípios catarinenses troca de informações sobre os problemas epidemiológicos de cada um, principalmente, em se tratando de municípios vizinhos que poderiam, inclusive, unir forças no combate aos vetores de algumas doenças, por exemplo. De acordo com os entrevistados, os municípios também não têm acesso a esses dados no sistema de informação e, dessa forma, não sabem, por exemplo, se está ocorrendo um surto de varicela em um município vizinho ou até mesmo um número mais pronunciado de certa doença. Ao que parece essa informação só vai ser repassada em quatro momentos. No primeiro momento quando os municípios, que fazem parte de determinada Regional de Saúde, se reúnem a cada quatro anos para discutir os problemas relacionados à saúde de cada um deles numa tentativa de buscar soluções entre todos. Num segundo momento

quando a DIVE realiza uma reunião anual para apresentar aos municípios a situação epidemiológica do estado de SC e, nesse caso, queremos crer que deve haver discussão após a apresentação dos dados pelos profissionais da DIVE/SC. Num terceiro momento, quando a DIVE faz um alerta sobre algum tipo de problema mais grave localizado em determinado município. E num quarto momento, quando a própria população junto com a mídia sinaliza sobre algum problema.

A UVEN também é responsável pelas atividades que são realizadas sempre que ocorrem problemas emergenciais de saúde pública, principalmente, em se tratando de doenças transmissíveis. Nesse caso, as unidades de vigilância epidemiológica municipais têm papel importantíssimo, pois, são elas quem comunicam as coordenadas do MS e da SES para todos os profissionais da saúde do município. Observemos o relato da entrevistada sobre o episódio da H1N1 em Ninféia (em 2009/2010) explicando como ocorreu a transmissão de informações:

A gente recebia as normas, a gente explicava, a gente foi de médico em médico para falar o que era para ser feito, porque no começo toda a semana tinha uma orientação diferente, toda a semana. Porque os médicos não estavam preparados e era a gente que recebia a informação. Daí a gente fazia esquema, assim sabe, de colar na parede para eles olhar para lá e saber como era aquilo ali. Nem sempre a gente conseguia pegar todos os médicos, mas, nós íamos de um em um. No PSF mesmo a gente foi de consultório em consultório falar com cada um. Cada vez que mudavam as normas era mais um trabalho para nós termos que ir orientar. Porque no começo qualquer um que tivesse sintoma de gripe já era para dar um cuidado especial, para dar atestado, porque tinha que se afastar. Daí aos pouco eles foram afunilando, aí já tinha de ter a febre, mais a tosse, mais um outro sintoma junto. Daí foi mudando sabe, todo mundo querendo atestado, tivemos que fazer atestado, se a gente não fizesse já... (...) O tamiflu, meu Deus do céu! O tamiflu como estava aquele perigo de qualquer um pegar para si, foi uma coisa! E a gente tinha um controle muito rígido e toda semana a gente tinha que mandar relatório para a Regional: “quantos tamiflu foram? Para quem que foi?” Às vezes eram dez horas da noite ligavam, de madrugada me ligavam: “olha tem um paciente lá...”.

No fluxograma abaixo estamos revelando a ordenação dessa comunicação entre as instituições da saúde quando da ocorrência dos

casos de H1N1 no Brasil, de acordo com o que foi relatado por **TERCÍLIA**:

Figura 5 - Fluxograma da ordenação de transmissão de informações nas emergências de saúde pública



Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2012)

Como podemos observar os problemas emergenciais em saúde pública acentuam atividades completamente fora dos padrões normais²³³. No caso aqui relatado a UVEN acabou se constituindo como uma articuladora de todos os setores da saúde municipais, visto que, esse setor se tornou o responsável por retransmitir todas as informações oriundas de outras esferas governamentais para todos os profissionais de saúde de Ninféia.

Outra atividade da UVEN diz respeito ao programa de imunização. De acordo com **ELI**, os profissionais da vigilância estão

²³³ Não é raro acontecerem embates entre setores governamentais quando da ocorrência de problemas emergenciais na saúde, haja vista, os que ocorreram em SC entre as secretarias estaduais de saúde e educação, quando esta última resolveu fechar todas as escolas por causa do risco de contaminação da gripe H1N1. Em Ninféia, de acordo com **TERCÍLIA**, esse embate também se reproduziu e foram os profissionais da UVEN que enfrentaram o gestor da educação.

sempre muito atentos quando se trata de imunização e da concretização de todas as tarefas que são desencadeadas para a realização das campanhas de vacinação²³⁴. Tarefas essas que, segundo a entrevistada, **“sobrecarregam muito os profissionais da vigilância”**. Entre as tarefas destinadas a UVEN e que foram citadas na entrevista temos: a organização das campanhas de vacinação; a orientação dos profissionais da saúde que vão fazer parte da campanha; a distribuição das vacinas para as unidades de saúde. Ainda de acordo com **ELI**, no dia da vacinação todo o município se mobiliza, inclusive, os profissionais da UVEN recebem a colaboração da equipe de enfermeiras do município.

Mas, além disso, na pesquisa realizada no município notamos que a UVEN tem algumas iniciativas que antecipam algumas ações referentes à vacinação que, normalmente, deveriam seguir uma programação nacional e estadual. **TERCÍLIA** relatou isso em relação à vacinação da meningite e hepatite:

A gente tem noção de que esse ano (2011) as gestantes vão ter que ser vacinadas contra a hepatite, aí a gente vai fazendo tipo uma busca, vai ativando o PSF, vai agilizando isso. (...) No ano passado (2010) a gente já tinha em mente que tinha que fazer uma busca ativa dos jovens, até 19 anos, que não tinham sido vacinados ainda com a hepatite B. Aí a gente fez uma conscientização em todas as escolas, a gente foi vacinar em todas as escolas.

Segundo **TERCÍLIA** esse fato ocorre porque o pessoal da UVEN, além de estar bastante ligado com o que está acontecendo na comunidade em geral, tem autonomia para agir no município:

O nosso gestor dá uma autonomia para a gente nesse sentido, sabe. A gente só comunica. No ano passado a gente comunicou: a gente vai fazer a vacina da hepatite nas escolas. Veio a meningite, a vacina da meningite C, aí eu só comuniquei: “olha chegou a vacina nova e se tu for questionado o município já está fazendo em todos os postos”. No fim a gente mais comunica para eles que eles comunicam para a gente.

²³⁴ A título de esclarecimento destacamos que as vacinas geralmente são enviadas pela DIVE/SC para as regionais de saúde e estas, por sua vez, encaminham para os municípios que fazem parte de cada uma das regionais.

Afora a vacinação da população, os profissionais da UVEN estão sempre dispostos, quando solicitados, a ir às empresas instaladas no município dar palestras e vacinar os funcionários:

A Petrobrás todo ano eles solicitavam a gente para fazer palestra, medir pressão e HGT (teste de dosagem de glicemia). Outras empresas solicitam a gente para a vacinação de tétano. Hoje em dia a vacinação deles já está quase tudo em dia, porque daí a gente orientou para que toda vez que um empregado entrar eles já solicitem a caderneta de vacina. Se não tiver a caderneta em dia vai lá e faz a vacina primeiro. E tem essas empresas pequenas que tem poucos funcionários, 15, 20. Mas, eles solicitam a gente vai lá e faz.

Ressaltamos que em Ninfeia fica aberta aos sábados uma das salas de vacina, e de acordo com **ELI**, essa atividade se originou de uma preocupação do gestor de saúde atual:

Na sala de vacina tu atende os pais que não conseguem fazer vacina durante a semana porque trabalham. Tu atende os que acabam se machucando no final de semana, os ferimentos e os atendimentos antirrábicos. Tem gente que está fazendo esquema de vacina contra a raiva e cai no final de semana. E aí se cai no final de semana ele vai ter que ir lá para o hospital. Em Ninfeia ele não precisa porque ele tem a sala de vacina no sábado e eles têm mais um dia na semana para eles poderem vacinar.

Outro serviço que está disponível para a população do município nos fins de semana e também nos feriados é uma das salas de curativo. Inclusive, segundo **ELI**, tanto a sala de vacina quanto a sala de curativo costumam receber moradores de outros municípios que não contam com esse serviço nos finais de semana. Entretanto, devido ao aumento da demanda, principalmente na sala de curativo, esses serviços estão começando a ficar restrito somente para os moradores de Ninfeia:

(...) nós estamos começando a limitar nos curativos nós estamos começando a pedir os cartões do SUS. É que cada município tem que absorver o seu. É que o nosso município não vai conseguir absorver tudo, não dá conta. (...) É uma coisa que se padronizou também, todos os municípios também estão tendo a mesma atitude, solicitar o cartão do SUS para ti pegar um medicamento, para ti fazer um procedimento, acabou sendo uma coisa padrão para que cada município assumo o seu municípe, o seu paciente, para não sobrecarregar os que estão um pouco mais estruturados.

Dessa forma, podemos inferir que pelo menos em Ninféia os profissionais da UVEN, assim como o gestor municipal de saúde atual, estão cientes das suas responsabilidades em relação à imunização da população e alguns outros serviços que, de acordo com a legislação vigente, competem exclusivamente aos municípios.

5.8 AS ATIVIDADES INERENTES À VIGILÂNCIA AMBIENTAL DE NINFEIA

Antes de começarmos a analisar as atividades referentes à unidade de vigilância ambiental de Ninféia convém destacarmos que antes de 2003 essas atividades faziam parte da vigilância sanitária, conforme explicou **VICTOR**: “A *vigilância ambiental era junto com a sanitária, isso aí na época que iniciei no programa juntava a ambiental e a sanitária. A epidemiológica era separada. Então depois de uns oito anos é que se criou ambiental separado*”. Atualmente a UVAN está estruturalmente separada da vigilância sanitária, mas isso não quer dizer que trabalhem isoladamente, conforme apresentaremos mais adiante.

O recurso humano da UVAN é formado por uma equipe maior de profissionais, conforme pode ser observado no quadro 31 e um dos componentes dessa equipe são os ACEs. Sendo que, esses profissionais são considerados responsáveis, sobretudo, pela execução de todas as atividades de vigilância e controle do *Aedes aegypti* que é o principal vetor da dengue no Brasil²³⁵. As funções dos ACEs quanto a dengue, de acordo com o MS, são: vigiar para detectar focos do mosquito; destruir e evitar a formação de criadouros; contribuir para evitar a reprodução de focos; e orientar a comunidade com ações educativas (BRASIL, 2001a). No entanto, as atividades dos profissionais da UVAN não se restringem somente ao combate a dengue. Pois, eles estão trabalhando insistentemente em outros problemas de saúde pública, como: o aumento do número de escorpiões e a infestação do caramujo africano, sobre os quais estaremos discutindo mais adiante.

De acordo com **VICTOR**, o número de ACEs que fazem parte do staff de Ninféia (12) é considerado pela SES um número excessivo, pois, o número de profissionais indicado para o município é um total de seis agentes. Isso porque o número de ACEs de cada município é preconizado pelos órgãos superiores dependendo do número de

²³⁵ Além do mosquito *Aedes aegypti* a dengue também pode ser transmitida por outros vetores como, por exemplo, o mosquito *Aedes albopictus* também conhecido como tigre asiático.

armadilhas disposta no território municipal. O fato de haver mais agentes em Ninféia do que o apregoado é motivo de desavença entre a SES e a SMS: *“eles acham que o município tem agente demais. Mas aí, esse agente não pode adoecer, ele não pode pegar férias. Final do ano tem recesso, nós não trabalhamos e ele não pode... Ele tem que trabalhar 24 horas no programa”*. Junta-se a isso o fato de que quando há, por exemplo, um foco de mosquitos para ser eliminado com rapidez em certa localidade é necessário realocar por vários dias diversos agentes para a área infestada. Essa realocação, geralmente, provoca um desarranjo e um atraso em todas as atribuições dos ACEs, que por sinal não são poucas, e que devem ser realizadas por períodos bem demarcados para surtir efeitos positivos no controle do mosquito. Dessa forma, cremos que a quantidade de ACEs no município deveria ser preconizada pelos órgãos superiores com uma folga, inclusive para quando houver necessidade de substituições. E não somente como uma padronização que segue o número de armadilhas que estão localizadas no município. Mesmo porque, para alguns municípios, como no caso de Ninféia, podem ser necessárias mais armadilhas do que a quantidade promulgada por órgãos superiores, como será apresentado mais adiante.

Entre os ACEs que pertencem ao município de Ninféia destaca-se a presença de três mulheres: uma delas atualmente trabalha diretamente ligada aos ACSs do PSF, conforme é preconizado pelo MS, e outras duas trabalham internamente, isto é, na parte burocrática da UVAN. Já os outros nove homens trabalham diretamente no campo²³⁶.

As ACEs do gênero feminino acabaram ficando com o trabalho burocrático e no PSF, uma vez que, segundo as entrevistadas, o trabalho de campo é muito dificultoso para as mulheres. **VERA** explicou os motivos para o trabalho de campo ser considerado por elas como um trabalho masculino²³⁷: *“Porque assim, é falta de banheiro, é sozinha, a gente tem medo de tarado de coisa assim, é meio difícil. (...) está sujeito o cara te trancar ali dentro e tu não sabe com quem que tu está lidando”*. Nesse caso, podemos inferir que esse fato pode estar ocorrendo, visto que, ao contrário dos ACSs que tem um vínculo estreito com a comunidade por

²³⁶ Apesar de estarmos trabalhando com um número de nove ACEs no campo, observamos que tanto o supervisor quanto o coordenador quando necessário fazem também o trabalho de campo, conforme foi relatado nas entrevistas.

²³⁷ Esses fatos apresentados pelas mulheres ACEs daria oportunidade para discutirmos várias questões envolvidas com as teorias de gênero. No entanto, esse não é um dos objetivos deste trabalho, portanto, deixaremos essa discussão para outros pesquisadores que queiram fazê-la.

pertencer a ela, os ACEs não dispõem desse vínculo por não pertencerem necessariamente à comunidade a qual trabalham dificultando as visitas domiciliares para conhecer, por exemplo, as condições do ambiente doméstico em relação a dengue. Mas, cabe questionar: será preciso que o ACE faça parte da comunidade ou talvez seja necessário que no edital para o processo seletivo de contratação seja especificado as atribuições da categoria profissional²³⁸? E, sendo assim, o próprio município tem condições de resolver o problema sem que haja qualquer tipo de discriminação, uma vez que, serão conhecidas pelos interessados, sejam homens ou mulheres, todas as atividades referentes ao cargo.

5.8.1 As atividades das mulheres na UVAN: trabalhos educativos

Em 2009, ao passarem a exercer o cargo de ACEs em Ninfeia, duas mulheres que tinham formação superior em pedagogia e jornalismo, mostraram interesse em melhorar o trabalho da vigilância ambiental:

(...) a gente assim sentiu a necessidade e a gente começou a trabalhar no campo, a gente fazia essa visita que o pessoal faz de dia, visitando as casas, olhando todas as casas das pessoas. E aí a gente ficou assim: “nossa! A gente podia fazer uma coisa melhor que isso”. A gente ia fazendo o serviço e pensando no que podia ser feito. (...) daí ela como jornalista tinha muito embasamento também para escrever as coisas, era boa. E eu me identificava muito com projetos, então daí eu disse assim: “nossa, vamos conversar com o coordenador”.

Essas mulheres se aproveitando de sua formação superior colocaram em prática no município o conhecimento adquirido na universidade. E, sendo assim, inicialmente as duas mulheres levaram ao coordenador da área a proposta da realização de um documento norteador que viesse resgatar a história da equipe de vigilância ambiental no município de Ninfeia, já que, não havia nenhum registro sobre o tema. O coordenador, inicialmente receoso, resolveu acatar a proposta das ACEs. E essas, por sua vez, acabaram requisitando que mais uma das mulheres, que fazia parte do staff da vigilância ambiental, fizesse parte do projeto. Dessa forma, *“unindo o útil ao agradável”*, as únicas três mulheres ACEs do município passaram a não fazer mais o

²³⁸ Tivemos acesso aos dois últimos editais de processo seletivo para ACEs e nestes não havia qualquer especificação sobre as atividades dos ACEs.

trabalho externo, considerado por elas como trabalho masculino e, também, perigoso para as mulheres, conforme mencionamos anteriormente.

Ao finalizarem esse primeiro projeto as ACEs perceberam a necessidade, e até curiosidade, de conhecerem melhor a área da vigilância ambiental. E ao se depararem com o problema da dengue resolveram partir para outro projeto no qual seria documentado a história da dengue no mundo, nas Américas, em seguida no Brasil, em SC e em Ninféia. Todo esse trabalho de pesquisa realizado pelas ACEs de Ninféia foi levado a conhecimento dos técnicos da DIVE/SC que elogiaram muito o trabalho e também acabaram colaborando com mais informações. Entretanto, o trabalho de pesquisa das ACEs ficou restrito a Ninféia, não sendo aproveitado pela DIVE/SC para ser repassado para os outros municípios.

Apesar disso, as ACEs deram continuidade ao trabalho e acabaram montando, ainda em 2009, um projeto educativo que consistia em passar informações sobre a dengue para crianças do município em idade escolar e também para a educação infantil. Isso tudo foi realizado com a devida autorização das secretarias municipal e estadual de educação²³⁹. Bem como, algumas escolas particulares também acolheram esse trabalho em suas dependências.

O trabalho educativo com as crianças da primeira a quarta série consistia na apresentação de alguns vídeos que tratavam sobre a dengue, inclusive, um dos vídeos para crianças disponível na Fundação Oswaldo Cruz. Todo esse trabalho contou com uma pequena colaboração da DIVE/SC que acabou fornecendo também alguns folders e joguinhos para as crianças em idade escolar (a foto de um dos joguinhos está disponível no anexo U).

Já as crianças da educação infantil, para melhor compreensão do tema, as informações eram repassadas através de teatrinho, que era protagonizado pelos profissionais da UVAN (no anexo V está disponível algumas fotos tiradas durante as atividades das ACEs nas escolas). Cabe destacarmos que os profissionais foram os únicos investidores do projeto teatral voltado para a educação infantil. Ou seja, não houve nenhum apoio da gestão municipal ou de qualquer outro

²³⁹ Nesta tese não consideramos que esse trabalho educativo realizado pelas profissionais da UVAN tenha sido em conjunto (intersecretorial) com a secretaria da educação municipal, mesmo porque, essa secretaria não colaborou de nenhuma forma, ela somente permitiu que o trabalho fosse realizado nas dependências das escolas.

órgão da saúde, seja estadual ou federal, para o desenvolvimento desse trabalho.

Aliás, todo o trabalho realizado nas escolas de educação infantil foi filmado e gravado em um único DVD pelas ACEs e, posteriormente, foi apresentado para o gestor municipal da saúde em exercício no cargo na época. O gestor, por sua vez, elogiou o trabalho e ficou com a gravação única para reproduzi-la profissionalmente. Entretanto, essa gravação nunca mais retornou para a UVAN. Esse fato determina que se, por um lado, houve um descaso para com o trabalho das ACEs por parte da gestão. Por outro lado, houve uma falha das próprias autoras do trabalho que não tinham cópia da gravação:

Criamos um projeto para a educação infantil, fizemos um teatro, foi muito legal. Nós fizemos uma fita, gravamos, mas assim, bem amador, mas, mesmo assim ficou bem legal. Daí a gente gravou e a gente mostrou para a secretária do município que estava em exercício e ela gostou do projeto e disse: “eu vou pegar essa fita de vocês e vou fazer ela profissional”. Nesse caminho o DVD se perdeu. Ninguém sabe onde está e ninguém respondeu por ele. A secretária não é mais a mesma. Já falamos com todo mundo, ninguém sabe onde é que está, ninguém viu. Deve estar até numa gaveta jogado em um canto. Às vezes o pessoal jogou até no lixo, porque não sabe o que é (VERA).

É importante salientarmos que todo o trabalho educativo realizado nas escolas de Ninfeia continua frutificando, uma vez que, o número de denúncias de focos de mosquito aumentou bastante depois da sua realização. Inclusive, de acordo com **VERA**, as próprias crianças se tornaram denunciantes.

Também destacamos que esse trabalho educativo ainda está sendo realizado nas escolas de Ninfeia, mas, somente para as primeiras séries, uma vez que, não há verbas para serem criados novos vídeos e outras formas de entretenimento que trate sobre o tema da dengue. Consideramos esse fato como uma grande perda para o município.

Assim como as mulheres, profissionais da UVAN, realizam o trabalho educativo em relação a dengue com as crianças nas escolas, verificou-se também que elas são responsáveis pelo trabalho educativo que está sendo realizado com os adultos que frequentam vários lugares de Ninfeia como, por exemplo: reuniões escolares, postos de saúde, centro comunitário, igreja, grupos de idosos, associação de moradores dos bairros, e as tradicionais feirinhas realizadas na praça central da cidade. Além desse trabalho realizado pelas mulheres, a UVAN

costuma promover campanhas no combate a dengue no dia de Finados (dia 2 de novembro) quando a população se dirige aos seis cemitérios do município.

Dessa forma, podemos inferir que a UVAN está muito atuante no que diz respeito ao trabalho educativo com toda a população em relação a dengue. No entanto, não podemos dizer que esse trabalho esteja transcorrendo intersetorialmente, já que, nem mesmo a secretaria da educação se propôs a colaborar com o mesmo.

5.8.2 As atividades dos homens na UVAN: trabalho de campo no controle e monitoramento de vetores

De acordo com **VICTOR**, a principal atividade dos profissionais da UVAN é o controle de vetores da dengue, ou seja, do *Aedes aegypti*: *“A gente (ambiental) faz a parte da prevenção e da captura, hoje a vigilância ambiental é mais a parte do vetor, que é a parte da dengue”*.

Mas, para dar conta dessa atividade do controle do vetor da dengue o coordenador da UVAN foi criando algumas estratégias de trabalho. Ou seja, o setor encontra-se hoje dividido em duas equipes de campo. Uma delas trabalha no combate dos focos da dengue e a outra equipe trabalha diretamente com as armadilhas para captura do mosquito e detecção dos ovos e das larvas. **VICTOR** apresentou essa divisão de trabalho da seguinte forma: *“tem a equipe de combate, no tratamento dos focos, e tem uma outra que faz o trabalho de prevenção que é aquele trabalho que a gente faz a visita nas armadilhas e em pontos estratégicos”*. De acordo com as normas do MS as armadilhas devem ser todas listadas e indicadas em mapas específicos por área (BRASIL, 2012d). Aliás, no anexo W poderá ser visualizado o mapa de alguns bairros de Ninféia com a marcação das armadilhas de dengue.

A equipe de campo que trabalha com a monitoração dos focos de dengue é dividida em grupos de três ou quatro ACEs e, esses grupos, trabalham em locais diferentes dentro do município de Ninféia fazendo visitas de inspeção em diversos locais, sejam domicílios²⁴⁰ ou empresas. Além da monitoração dos focos essa equipe também realiza a educação em saúde. E mesmo havendo essa atividade de forma constante no município, de acordo com **VICTOR** e **VERA**, ainda há domicílios que apresentam problemas quanto ao lixo e armazenamento de água,

²⁴⁰ Quando ocorre do ACE se dirigir a uma residência e não encontrar ninguém, mesmo assim, o profissional avisa de sua passagem pelo local deixando um folder e um bilhete (vide no anexo X uma amostra do folder e do bilhete).

principalmente nos quintais, provocando o surgimento de focos do mosquito *Aedes aegypti*. Ainda de acordo com **VICTOR**, a UVAN disponibiliza para essa equipe um carro para levá-los aos locais em que serão realizados os trabalhos de inspeção, já que, esses ACEs não recebem vale transporte para isso.

A outra equipe de campo, que trabalha diretamente com as armadilhas²⁴¹, tem um trabalho mais individualizado. Ou seja, cada um dos ACEs que fazem parte dessa equipe são responsáveis por vinte armadilhas e são também responsabilizados caso ocorra qualquer problema dentro da sua área de controle. Essa responsabilização pessoal é uma tática implantada nos últimos dois anos no município de Ninféia pelo coordenador e pelo supervisor da UVAN como forma de cobrar mais qualidade no trabalho dos ACEs e com isso obter resultados mais satisfatórios no controle da dengue:

Nós fizemos o seguinte nós temos um agente para ter responsabilidade lá. Tem um agente só naquela área monitorando as armadilhas e ponto estratégico. A responsabilidade é dele. Se ele falhar vai ser ele que vai ter que responder. Porque não pode explodir da noite para o dia, quando vai ver vai aparecer 10 focos de dengue de uma vez, 20 focos, alguma coisa está errada, o que aconteceu? Eu joga a responsabilidade para o agente. O agente que trabalha naquela área vai ter que responder. Eu iniciei isso aí faz dois anos e até agora está funcionando. Porque não tem cinco agentes trabalhando juntos naquela localidade, tem só um agente trabalhando na localidade. Ele faz o trabalho suficiente, tranquilo, ele visita 20 armadilhas por dia. Ele pode visitar essas armadilhas em quatro horas. No manual de normas técnicas o agente tem que visitar vinte armadilhas por dia. Ele é responsável ali, ele vai cuidar da armadilha. A armadilha não pode ter aranha, tem que estar bem instaladinha, não pode estar com a água suja, tem que limpar. Então tem que ter tempo suficiente para chegar lá e conversar com o morador, explicar para ele. De repente se tiver uma casa do lado ele pode chegar e conversar com o morador, porque ele tem um tempo para fazer isso. Então a nossa parte a gente pega o agente e joga a responsabilidade para cima dele e qualidade no trabalho. A gente cobra bastante (VICTOR).

²⁴¹ Essa equipe de profissionais que trabalham diretamente ligados as armadilhas tem a sua disposição motos para o seu transporte juntamente com o seu material de trabalho.

Como podemos observar essa responsabilização pessoal pelas armadilhas, estratégia utilizada pelo coordenador e pelo supervisor da UVAN, inclui ações educativas que, conforme já mencionamos, são também uma das atribuições dos ACEs. As ações educativas são extremamente importantes em se tratando de combater ou controlar zoonoses, uma vez que, é necessário promover mudanças nos comportamentos da população.

De modo geral, no Brasil essas armadilhas se constituem numa atividade para os municípios em que ainda não há infestação de casos de dengue, como no caso de Ninfeia. Essas armadilhas têm como objetivo atrair a fêmea do mosquito para postura dos ovos e se dividem em dois tipos: ovitrapas e larvitrapas (vide foto no anexo Y). É preconizado pela SVS que as ovitrapas devem ser distribuídas nas localidades na seguinte proporção: uma armadilha para cada nove quarteirões ou uma armadilha para cada 225 imóveis e devem ser colocadas em pontos secos, ou seja, locais em que não haja abundância de água. A análise do material coletado das ovitrapas é realizada por meio das palhetas que devem ser enviadas para o laboratório semanalmente (BRASIL, 2001a). No caso de Santa Catarina as normas estaduais preconizam que as armadilhas devem estar dispostas a cada cem imóveis ou a cada 300 metros.

Já as larvitrapas devem ser posicionadas em locais secos e que são considerados como porta de entrada do vetor adulto como, por exemplo: aeroportos, portos, terminais ferroviários e rodoviários. A finalidade dessa armadilha, situadas nesses pontos, são para a detecção precoce de infestação importada. Sua inspeção também deve ser semanal e é priorizada a captura do mosquito adulto, mas, não são descartadas a inspeção de ovos, larvas e pupas²⁴² que devem também ser enviadas para análise (BRASIL, 2001a). Deve-se ressaltar também que esses dois tipos de armadilhas podem ser colocados em pontos estratégicos, isto é, locais em que há grande acúmulo de água como, por exemplo, cemitérios, borracharias, depósitos de sucata, entre outros.

Com relação à Ninfeia foi possível apurarmos que até o início de 2011 havia 259 armadilhas instaladas em 19 localidades do município. De acordo com **VICTOR**:

(...) para cada 100 residências tem uma armadilha instalada. Então eu vejo que tem a necessidade de se instalar mais armadilhas, por exemplo, abre uma empresa na marginal da

²⁴² Pupas são as larvas em seu último estágio.

BR, uma transportadora, eu já tenho uma armadilha próxima, mas, eu tenho que colocar outra armadilha ali porque o mosquito vem de carona e a transportadora vai encher de foco. (...) eu vejo assim, que à medida que a gente vai fazendo o levantamento do município, as áreas, aí a gente vê e vai instalando armadilha. A armadilha nós colocamos onde: transportadora, posto de gasolina, madeireira, supermercado, onde mais tem o fluxo de transporte nós colocamos as armadilhas.

A inspeção dessas armadilhas é realizada semanalmente pelos ACEs e todo o material coletado é enviado para a Regional de Saúde que o encaminha para análise no laboratório de entomologia. Caso aconteça da amostra de uma armadilha se mostrar positivada na análise é necessário realizar rapidamente o tratamento do entorno de toda a área. **VITOR** explicou como isso ocorre:

Deu um foco e o agente foi lá e colocou uma armadilha no supermercado do seu João, botou lá deu positivo, leva para a regional, a regional notifica que deu um foco lá no mercado do João. Nós vamos lá e monitoramos aquela área, fazemos uma delimitação, vamos delimitar aquela área 300 metros ao redor do foco. Naquela área de 300 metros eu tenho que vistoriar 600 residências, 600 residências eu vou ter que fazer o cálculo para ver quantos dias eu vou ficar com os agentes ali. Vou ficar quase uma semana, cinco agentes vão ficar uma semana ali.

O tratamento ou controle do *Aedes aegypti* consiste na aplicação de produtos químicos ou biológicos²⁴³. Esse tratamento pode ser focal, perifocal e de ultra baixo volume. O tratamento focal se constitui na aplicação de um larvicida²⁴⁴ em todos os criadouros em potencial que não são passíveis de controle mecânico (destruição, vedação ou destinação adequada). O tratamento perifocal tem como objetivo atingir o mosquito adulto e consiste na aplicação de uma camada de inseticida

²⁴³ As dosagens dos produtos seguem uma norma específica da Vigilância em Saúde. No entanto, não detalharemos essas normas para não ampliar demasiadamente o trabalho.

²⁴⁴ O fornecimento de todos os produtos químicos e biológicos utilizados no combate a dengue são de responsabilidade dos estados, ou seja, não passam pelo processo licitatório municipal. Em Santa Catarina esses produtos ficam disponíveis para os municípios nas regionais de saúde e, de acordo com **VICTOR**, não há qualquer tipo de problemas para se obter o produto, pois, a entrega deste é imediata.

de ação residual nas paredes externas de depósitos²⁴⁵. Já o tratamento a ultra baixo volume consiste na aplicação espacial de inseticidas a baixo volume. Esse tipo de tratamento está associado: as epidemias, para promover a rápida interrupção da transmissão de dengue; aos mutirões de limpeza; e eliminação de depósitos. Todos esses tratamentos requerem que os ACEs usem equipamentos de segurança (SANTA CATARINA, 2007a).

Conforme relatório da DIVE/SC durante todo o ano de 2010, Ninfeia apresentou 51 focos de *Aedes aegypti* (SANTA CATARINA, 2012c). Enquanto que em 2011 esse número diminuiu totalizando 17 focos²⁴⁶. No entanto, não podemos inferir que essa diminuição de focos ocorreu em função da estratégia utilizada pelo coordenador e pelo supervisor da UVAN de responsabilização dos ACEs pelas armadilhas e pelo controle do vetor na sua área, já que, a tática se iniciou em 2010. Mas, de qualquer forma fica aqui registrado que em 2011 houve sim uma redução do número de focos do *Aedes aegypti* em 33% (no anexo Z estará sendo apresentado o mapa do estado contendo o número de focos do mosquito encontrados nos municípios de SC no ano de 2011).

Dessa forma, podemos dizer que tanto a equipe que trabalha com a monitoração dos focos de dengue quanto à equipe que trabalha com as armadilhas, ambas realizam um trabalho de controle, monitoração, prevenção da dengue e, também, educação em saúde.

Mas, apesar da dengue ser o principal enfoque da vigilância ambiental em vários municípios do Brasil, em Ninfeia acabou se tornando apenas uma de suas atividades, visto que, atualmente a UVAN também controla outros três problemas de saúde pública: o carrapato estrela, transmissor da febre maculosa; o caramujo africano, que é um possível hospedeiro de alguns vermes que causam doenças de difícil diagnóstico nos seres humanos; o escorpião que não é um transmissor de doenças, mas, é capaz de provocar acidentes graves; e o borrachudo, nome vulgar de um mosquito cuja picada pode causar alergias graves:

(...) nós temos uma parte do carrapato estrela que transmite a febre maculosa. Até o ano passado teve várias denúncias. Tem a parte do escorpião dourado, daquele tipo seis lados que é o venenoso, nós temos lugares aqui no município que já foi

²⁴⁵ Esse tratamento também é utilizado como medida complementar do tratamento focal.

²⁴⁶ Cabe destacarmos que 15 desses focos foram encontrados no interior de imóveis como: residências, comércios, terrenos baldios, pontos estratégico, entre outros.

encontrado esse escorpião, até estou com dois agentes naquela área monitorando, a gente vai se espalhando, depende da necessidade. O caramujo africano também, eles infernizam bastante e incomodam mais assim em tempo chuvoso. (...) Outra coisa que nós temos é o controle do borrachudo (VICTOR).

Sem nos estendermos muito vamos especificar alguns dados que consideramos relevantes sobre estes problemas de saúde pública, ou seja, a febre maculosa, o caramujo, o escorpião e o borrachudo.

A febre maculosa é uma doença zoonótica de difícil diagnóstico, pois, seus sintomas são semelhantes em várias outras doenças. É transmitida aos seres humanos pela picada de carrapatos que estejam infectados pela bactéria *Rickettsia rickettsiis*. Dessa forma, o carrapato é um dos principais vetores da doença²⁴⁷. Em Santa Catarina, de acordo com dados coletados no SINAN, entre os anos de 2001 e 2006 foram notificados e confirmados 90 casos de febre maculosa, sendo que, 58 (64%) deles ocorreram em Blumenau. Já no período de 2007 a 2011 foram notificados e confirmados 136 casos no estado, destes, 32 (24%) em Blumenau. Ao verificarmos as notificações de febre maculosa em Ninféia observou-se que de 2001 a 2011 a UVEN notificou três casos suspeitos, mas, somente um desses casos foi confirmado (BRASIL, 2012f). No entanto, a UVAN continua vigilante quanto ao problema.

O caramujo gigante africano *Achatina fulica* é um molusco grande e muito resistente, nativo da região leste e nordeste da África, que foi trazido clandestinamente para o Brasil na década de 1980 para ser comercializado como *scargot*. No entanto, após a chegada ao país percebeu-se que esse caramujo não era comestível. E, dessa forma, os caramujos acabaram abandonados no meio ambiente e passaram a se proliferar muito rapidamente (essa espécie chega a botar 200 ovos por mês). Atualmente a infestação de caramujos ocorre em 23 estados brasileiros gerando muita preocupação por parte de vários órgãos governamentais como, por exemplo: Ministério da Saúde, IBAMA, entre outros (COLLEY & FISCHER, 2009; TELES & FONTES 2002; THIENGO *et al.* 2007). O principal problema da infestação do caramujo é que este pode transmitir doenças graves²⁴⁸ somente pela sua simples manipulação.

²⁴⁷ Maiores explicações sobre a febre maculosa sugerimos a obra de Medeiros (2010).

²⁴⁸ Além disso, o caramujo destrói plantações e invade casas.

Em Santa Catarina vários municípios litorâneos encontram-se infestados pelos caramujos africanos, conforme pudemos verificar por meio de alguns sites jornalísticos²⁴⁹. Por ser um problema de saúde pública recente no Brasil ainda há muitas dúvidas por parte da população em como acabar com o molusco e quem deve coletá-los. Segundo informações obtidas com os profissionais da UVAN a responsabilidade pela coleta e destruição do animal é da população, ou melhor dizendo, do proprietário do terreno infestado. Nesse caso, o problema do caramujo está seguindo a mesma linha de controle da dengue, ou seja, a população esta sendo mobilizada para colaborar no combate desses vetores. Em Ninféia a mobilização da população quanto ao problema está sendo realizada por meio de campanhas com distribuição de folders para informar a população sobre a maneira mais simples de acabar com o caramujo, que na opinião de **VICTOR** consiste em: coletar os caramujos com luva ou saco plástico; colocá-los num saco de lixo, fechando bem o saco; esmagar os caramujos com os pés calçados em sapatos fechados; e, por fim, enterrá-los num buraco fundo. O entrevistado também informou que até mesmo os funcionários de algumas empresas do município estão ajudando na captura e destruição do caramujo²⁵⁰. Embora, grande parte da população ainda continue com hábitos inadequados no que diz respeito ao controle de vetores de doenças, visto que, é comum a população do município jogar lixo e entulho em locais não apropriados tornando-os locais ideais para o criadouro tanto dos caramujos, quanto do mosquito da dengue e até mesmo dos escorpiões.

O escorpião é um animal invertebrado artrópode, representado por cinco famílias que se subdividem em 1600 espécies e 160 dessas são encontradas no Brasil. De acordo com o MS, o nordeste do Brasil até o ano de 2008 era a região que tinha o maior número de acidentes com escorpião. Enquanto que a região sul era a de menor número de acidentes registrados. No entanto, na série histórica na tabela abaixo observa-se que o número de acidentes registrados com escorpião na região sul, assim como nas outras regiões, está aumentando ano a ano:

²⁴⁹ Os sites pesquisados foram: <www.clicrbs.com.br>; <www.noticias.terra.com.br>; <www.santacatarina24horas.com>; <www.destaquecatarina.com.br>.

²⁵⁰ Nesse caso poderíamos até considerar esse auxílio como uma ação intersetorial.

Tabela 6 - Casos de acidentes por escorpiões. Brasil, Grandes Regiões. 2000 a 2008

Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Brasil	12.704 (100%)	18.188 (100%)	22.764 (100%)	24.486 (100%)	30.066 (100%)	35.939 (100%)	37.624 (100%)	36.978 (100%)	37.068 (100%)
Região Norte	418 (3%)	680 (4%)	947 (4%)	1.380 (6%)	1.603 (5%)	1.917 (5%)	2.043 (5%)	2.011 (5%)	2.025 (5%)
Região Nordeste	7.802 (61%)	8.515 (47%)	10.402 (46%)	10.478 (43%)	13.132 (44%)	16.143 (45%)	19.051 (51%)	19.108 (52%)	16.709 (45%)
Região Sudeste	3.791 (30%)	7.887 (43%)	10.093 (44%)	11.276 (46%)	13.546 (45%)	15.836 (44%)	14.416 (38%)	13.888 (38%)	15.996 (43%)
Região Sul	81 (0,64%)	373 (2%)	431 (2%)	479 (2%)	540 (2%)	677 (2%)	765 (2%)	985 (3%)	972 (3%)
Região Centro-Oeste	612 (5%)	733 (4%)	891 (4%)	873 (4%)	1.245 (4%)	1.366 (4%)	1.349 (4%)	986 (3%)	1.366 (4%)

Fonte: Brasil (2012b)

Em Santa Catarina podem ser encontradas três espécies de escorpião: *Tityus Costatus*, *Tityus bahiensis* (escorpião marrom ou

preto) e *Tityus serrulatus* (escorpião amarelo)²⁵¹. Este último é a principal espécie que causa acidentes graves com registro de óbitos, principalmente, em crianças (SANTA CATARINA, 2012a). De acordo com as normativas de descentralização do setor da saúde o controle do escorpião compete quase que exclusivamente aos municípios, mais precisamente, ao setor de Vigilância em Saúde municipal, que tem como atribuição: a notificação, a captura, a apreensão e a eliminação de todos os animais que representem risco para a saúde humana (BRASIL, 2004c).

Em Ninfeia, de acordo com dados do SINAN, houve dois acidentes com escorpião: um no ano de 2004 e outro em 2009. Em 2011, quando estávamos em campo realizando a pesquisa, nos foi informado que numa localidade do município havia sido registrado o aparecimento de escorpiões amarelos, considerado o mais perigoso, e que os ACEs estavam aguardando que o material específico para a captura²⁵² fosse disponibilizado pela secretaria de saúde:

(...) agora eles estão fazendo uma captura, começaram hoje de manhã. Que até então a gente não tinha o material, então não podia... Foi coletado um, mas assim, com um material que não era... Então a gente tinha que ter luva, pinça, lanterna. Aí agora a secretaria disponibilizou, então agora eles estão fazendo a captura (VERA).

Além do mais, segundo informações obtidas com **VERA**, há em Ninfeia somente um ACE capacitado na captura desses animais e este está sendo responsável em repassar os ensinamentos, que foram obtidos no curso de capacitação, para outros ACEs.

Por fim, faz parte das atividades da UVAN o **controle do borrachudo**, sendo que, esse termo serve para designar diversas espécies de dípteros da família dos *Simuliidae* e algumas delas são consideradas vetores de um parasita que transmite a oncorceose humana que pode levar a cegueira. Além disso, no Brasil essa espécie também é responsável por um grave problema de saúde pública, pois, a sua picada pode causar alergia aguda, principalmente, em crianças.

²⁵¹ Uma das particularidades dessa espécie é que ela se reproduz por partenogênese, isto é, essa espécie não precisa do gameta masculino para se procriar o que facilita sua disseminação com muita rapidez. Essa espécie também se adapta facilmente ao meio urbano.

²⁵² Esse material consiste em: luvas grossas, pinça apropriada, lanterna, recipiente para transportar o animal, entre outros.

Esses insetos são encontrados em grande parte do Brasil²⁵³. As fêmeas colocam seus ovos preferencialmente em locais em que haja água em abundância como: rios, cachoeiras e córregos. E são as fêmeas que se alimentam de sangue, seja humano ou animal. O borrachudo é uma espécie de praga que costuma atacar principalmente no verão. O que está se tornando um problema para os locais turísticos do país.

Em Santa Catarina o controle do borrachudo já foi palco de desavença entre os setores da saúde e da agricultura, conforme relatou **TÂNTALO**:

Inclusive aqui em Santa Catarina tinha um programa (no combate ao mosquito) que eles centravam no defensivo, um produto químico que eles usavam na margem de córregos e era a agricultura que tinha a responsabilidade de fazer isso. Quando eles viram que a saúde começou a trabalhar com vetores coisa e tal, eles quiseram empurrar esse produto para saúde comprar. Tanto é que eles começaram a montar um... Tinha um monte de correspondência de prefeito, de secretário, se ele podia usar o dinheiro da Vigilância em Saúde para comprar aquilo. Eu não autorizei porque eu fui atrás daquela coisa e um galão daquele de 10 litros custava o olho da cara.

No entanto, sabe-se que o uso de defensivos, inseticidas, larvicidas ou qualquer outro produto, não é suficiente para combater várias espécies de mosquitos, pois, é notório que esse combate deve vir acompanhado de mudanças de hábitos no comportamento da população. Já que, no Brasil ainda há uma prática bastante comum que é a de transformar os cursos de rios em lixeira. Esse fato, aliado também a problemas de ordem ambiental como o desmatamento, facilita a proliferação, por exemplo, do borrachudo. **Tântalo** relatou um exemplo do problema:

Em Imbituba, me pediram para comprar o produto, eu fui pessoalmente. Ai olha, eles iam e aplicavam o produto, mas, se você olhasse na base do rio estava assim (faz sinal de cheio), tinha áreas com desmatamento acentuado, tinha áreas que era cheio de lixo, plástico, garrafas. As vezes não adianta você colocar o defensivo aqui porque onde cabe o mosquito ele fica protegido. Então a gente levantava plásticos, garrafas pets, inclusive garrafas de vidro, e tu olhava assim estava fervilhando. Por quê? Porque isso tudo acaba se

²⁵³ O Borrachudo também é conhecido na região norte do Brasil como pium.

transformando numa proteção para o criadouro, proteção artificial feita pelo homem.

Nesse caso, para haver um controle mecânico do borrachudo que seja eficiente deve haver conjuntamente o controle cultural, que requer educação em saúde e meio ambiente, e também um amplo programa do controle do esgoto sanitário. Isso porque, as larvas do mosquito se alimentam de dejetos humanos e animais que são despejados nos cursos dos rios (PEDROSO DE PAIVA & BRANCO, 2000). Dessa forma, observa-se que para combater o borrachudo são necessárias ações intersetoriais que no Brasil ainda são muito incipientes.

Por outro lado, levando em consideração o custoso valor do defensivo alguns municípios de SC tiveram que procurar outra solução e nesse caso estão adotando um programa de controle do borrachudo com larvicida biológico. No caso de Ninféia esse larvicida está sendo utilizado para combater as larvas do mosquito nas cachoeiras do município. O produto deve ser aplicado a cada vinte dias e, conseqüentemente, o município deve estar bem abastecido do larvicida, já que, são várias as áreas de infestação. No entanto, **VICTOR** informou que esse produto, ao contrário dos produtos utilizados no combate a dengue, é disponibilizado somente através de processo licitatório municipal o que ocasiona um atraso constante na aplicação do mesmo, segundo o entrevistado:

Nós temos hoje um larvicida biológico que é só para larva do borrachudo nas cachoeiras, parte interior, tem muita incidência. Esse borrachudo ele forma tumores, erupção na pele, tem criança que é alérgica, aí então é feito esse trabalho. Nós fizemos isso em Sorocaba e agora nós estamos expandindo para mais áreas, porque o pessoal está cobrando. Mas, como eu não tenho esse produto para passar... Eu já fiz o pedido para licitação, mas, demora. Até para não passar nessa área e deixar outra descoberta. Tem um sítio que eu passo de vinte em vinte dias esse produto na cachoeira. Então se eu abrir mais áreas e depois acaba produto e eu não vou ter produto para passar, e aí o trabalho que eu fiz nessa área vai ficar em vão.

Novamente notamos que a demora no processo licitatório acaba por retardar os trabalhos da Vigilância em Saúde do município.

Para finalizar esta parte destacamos que a UVAN disponibiliza um relatório mensal para a SMS no qual consta somente a produção do setor. Dessa forma, esse relatório não tem representatividade para ser

enviado para outros setores governamentais e assim tentar formar uma rede intersetorial.

5.9 ALGUMAS ATIVIDADES DA UVSN

A vigilância sanitária, enquanto instituição voltada para a saúde da população, é responsável por promover e proteger a saúde e prevenir a doença por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização.

Das três vigilâncias a sanitária é a que tem um campo de atuação mais vasto que abrange duas grandes áreas. Uma que se relaciona diretamente a saúde (alimentos; beleza, limpeza e higiene; produtos para a saúde; produção industrial e agrícola; lazer; educação e convivência). E outra área relacionada ao meio ambiente e que se divide em três grupos que são: meio ambiente natural (controle do sistema de abastecimento de água, controle da poluição do ar, proteção do solo, controle do sistema de esgoto sanitário e dos resíduos sólidos e do solo); não natural (prevenção de acidentes, danos individuais e coletivos, controle sanitário das edificações, meios de locomoção, infraestrutura urbana e de serviços, entre outros); e do trabalho (condições dos locais de trabalho quanto ao risco à saúde física e psicológica e à vida do cidadão e da comunidade) (SANTA CATARINA, 2012b).

Assim como ocorreu com a Vigilância em Saúde, a vigilância sanitária²⁵⁴ também descentralizou suas ações e serviços, criando as unidades estaduais e municipais de vigilância sanitária. A implantação das unidades municipais dependem da elaboração do Código Sanitário Municipal e do estabelecimento por lei de cobranças, taxas e multas. Além disso, as unidades devem de ter uma equipe habilitada para a execução de todas as ações pertinentes a vigilância sanitária. Assim como, dispor de uma infraestrutura formal, administrativa e operacional que deve estar estabelecida por meio de ato legal. Em SC as unidades municipais estão compostas de acordo com as SRDs e as respectivas Regionais de Saúde.

De modo geral, nas unidades municipais as ações de vigilância sanitária caracterizam-se por executar atividades como: cadastramento de estabelecimentos públicos ou privados; inspeção sanitária (que visa

²⁵⁴ De acordo com *JAYRO* antes mesmo das prerrogativas da descentralização do setor da saúde já havia no município de Ninféia um embrião da vigilância sanitária. No entanto, esta se mostrava bastante desorganizada, inclusive, sem aplicar nenhum tipo de fiscalização. Foi somente a partir de 2003 que a vigilância sanitária do município começou a funcionar realmente.

avaliar os estabelecimentos, os serviços de saúde, os produtos, as condições ambientais e de trabalho); investigação sanitária de eventos adversos à saúde humana, todos relacionados ao consumo de produtos (surto de doenças transmitidas por alimentos, intoxicações, reações adversas e queixas); monitoramento de produtos e outras situações de risco (por exemplo: monitoramento da qualidade da água para consumo humano, monitoramento da qualidade da água utilizada para o preparo soluções hemodialíticas, monitoramento de alimentos). E de acordo com o que é preconizado pela lei, cabe as unidades de vigilância sanitária municipais a aplicação de intimações e infrações, interdição de estabelecimentos, apreensão de produtos e equipamentos caso os estabelecimentos estejam em desacordo com as normas estabelecidas.

A UVSN, como uma dessas unidades municipais, deve exercer todas as atividades destinadas a ela. No entanto, durante entrevista realizada com os profissionais da unidade foram destacadas somente algumas atividades²⁵⁵. A primeira delas foi a liberação de alvarás sanitários para o funcionamento de estabelecimentos comerciais novos. Para que seja liberado um alvará sanitário é necessário que os profissionais da unidade realizem uma vistoria prévia das condições físico-sanitárias dos novos estabelecimentos. E de acordo com **JAYRO**, em Ninfeia essa atividade ocorre sem muitas delongas: *“eles (os comerciantes) dão entrada, tem o processo, a gente já digita o alvará e em seguida faz a inspeção. Ai se estiver tudo ok a gente já entrega na hora o alvará”*. Dessa forma, quando os profissionais da UVSN aprovam as condições do estabelecimento automaticamente já é entregue ao proprietário o alvará sanitário. Essa organização da entrega imediata do alvará foi necessária, pois, de acordo com o entrevistado, muitos alvarás ficavam aguardando na UVSN vários meses para serem entregues porque os proprietários dos estabelecimentos não se preocupavam em buscá-los.

Outra atividade que foi relatada pelo entrevistado é a inspeção periódica de todos os estabelecimentos comerciais do município que infelizmente, de acordo com **JAIRO**, não está sendo realizada conforme é preconizado pela ANVISA:

(...) nós retornávamos antes, agora com essa demanda grande não dá mais para dar o retorno. A gente retorna naqueles problemáticos, sabe? Aqueles que têm problemas. Mas, aquilo da gente sempre dar uma repassada e ver como é que está,

²⁵⁵ Na sala da UVSN estava disponível um painel com o organograma das atividades da unidade que estamos apresentando no anexo AA.

como não está, eu não consigo mais. (...) quando dá assim, quando a gente está em determinada rua, aí dá uma escapadinha ali, uma escapadinha aqui, sabe?

Ninfeia é um município que vem se desenvolvendo muito e esse fato acabou por acelerar a demanda das atividades da UVSN que, de acordo com **JAYRO**, não conta com um número de profissionais condizente com suas atuais necessidades²⁵⁶. Além da falta de recursos humanos, a unidade também está necessitando da aquisição de mais um ou dois carros para a realização de todo o trabalho externo, que inclusive, atende denúncias e faz a fiscalização das fossas residenciais.

Outra atividade essencial da UVSN, e que foi destacada na entrevista, é a vigilância da qualidade da água para consumo humano²⁵⁷ que é realizada por dois funcionários capacitados para essa função. Essa vigilância consiste, primeiramente, na coleta da água que é realizada em vários lugares estratégicos do município como, por exemplo: a Estação de Tratamento de Água localizado num dos distritos de Ninfeia, bem como, as cachoeiras e as nascentes localizadas no território do município. Inclusive, de acordo com **JAYRO**, a coleta da água em algumas nascentes é solicitada pela EPAGRI, que faz parte da Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca, que tem como uma de suas prioridades o manejo do solo e da água para o desenvolvimento de uma agricultura sustentável em SC. Em seguida, toda coleta é enviada para análise num dos laboratórios que fazem parte da rede LACEN em SC. E, de acordo com **JAYRO**, o resultado dessa análise é comunicado aos municípios interessados. É importante destacarmos que em SC a água é

²⁵⁶ É relevante mencionarmos que a equipe de profissionais da UVSN trabalha em forma de plantão já que há necessidade de fiscalizar estabelecimentos que só funcionam à noite ou finais de semana (bares, boates, comércio de frango assado e também as festas municipais).

²⁵⁷ Essa vigilância faz parte do Programa Vigiágua do MS que tem como objetivos principais: reduzir a morbi-mortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica, por meio de ações de vigilância sistemática da qualidade da água consumida pela população; buscar a melhoria das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água para consumo humano; avaliar e gerenciar o risco à saúde das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água; monitorar sistematicamente a qualidade da água consumida pela população, nos termos da legislação vigente; informar a população sobre a qualidade da água e riscos à saúde; apoiar o desenvolvimento de ações de educação em saúde e mobilização social; coordenar o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água (BRASIL, 2004d).

uma das prioridades da vigilância sanitária, enquanto que a vigilância do solo e do ar está andando em passos lentos, conforme informou **TÂNTALO** (subseção 4.4.1).

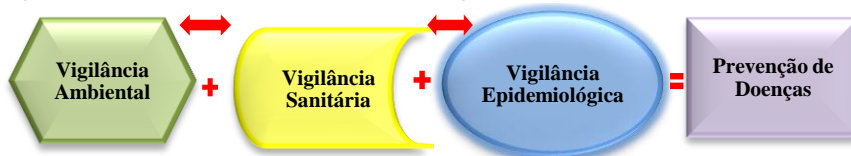
A UVSN também tem como uma de suas atividades disponibilizar palestras e cursos para profissionais como, por exemplo, os dentistas que são chamados a participar de palestras sobre esterilização de materiais. No entanto, essa capacitação é uma iniciativa pessoal do coordenador desta unidade no município, mas, que envolve outros setores organizativos da sociedade de Ninféia como, por exemplo, a Associação Comercial e Industrial, que através da parceria com a UVSN disponibiliza profissionais habilitados nas áreas para complementar as palestras e cursos. Nesse caso, podemos inferir que a UVSN está calcada no princípio de intersetorialidade na forma como foi definida anteriormente. Isto é, como sendo toda a troca de informações ou ações conjuntas entre os vários setores governamentais sejam eles federais, estaduais ou municipais. E também ações que envolvam os setores privados da sociedade que, geralmente, visam à promoção da saúde da população. Aliás, a integralidade de ações também se aplica dentro do próprio setor da saúde quando a UVSN disponibiliza, por exemplo, cursos de higiene para a Unidade Central de Saúde de Ninféia.

5.10 A UNIÃO É O CAMINHO DA FORÇA: ATIVIDADES INTRASETORIAIS NO SETOR SAÚDE EM NINFEIA

Apesar das três vigilâncias (ambiental, epidemiológica e sanitária²⁵⁸) terem funções bem específicas, conforme foi observado anteriormente, não quer dizer que tenham ações isoladas no tocante às doenças transmissíveis. Pelo contrário, nessa pesquisa foi possível detectarmos que os setores da saúde de Ninféia apresentam graus de intrasetorialidade, que entendemos como sendo a realização de ações conjuntas ou a troca de informações entre os setores da saúde beneficiando a prevenção e o controle de doenças na comunidade. Ficou claro nesta pesquisa que um dos facilitadores dessa intrasetorialidade entre as três unidades de vigilância é o fato de estarem todas situadas num mesmo local.

²⁵⁸ Como foi citado na introdução deste trabalho a vigilância sanitária tem uma estrutura organizacional diferenciada, mas, é vinculada ao MS e por esse motivo assumiremos, na análise das ações intrasetoriais e intersetoriais, a unidade de vigilância sanitária de Ninféia como um dos setores da saúde.

Figura 6 - A intrasetorialidade entre as vigilâncias em Ninfeia



Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2012)

Inicialmente cabe ressaltar que em Ninfeia tanto a UVAN quanto a UVSN têm uma conexão imprescindível com a UVEN, pois, todas as ocorrências de zoonoses em humanos, assim como os surtos²⁵⁹ de doenças diarreicas agudas que em sua grande maioria são oriundas das condições sanitárias e ambientais, são notificadas no SINAN pelos profissionais da vigilância epidemiológica e também são esses profissionais que realizam a investigação epidemiológica das doenças.

Pudemos observar que quando a UVEN é informada (ou há denúncias) de algum caso de intoxicação por alimentos em um determinado local seja público ou privado, ou suspeita de alguma doença proveniente da água, a UVSN é imediatamente acionada para realizar vistoria e tomar as devidas providências.

Isso também vale em relação à UVAN quando esta verifica que há em alguma empresa ou estabelecimento comercial, situados dentro de território do município, infestação do mosquito *Aedes aegypti*. Nesse caso, em seguida é acionada a UVSN para seguir com a devida notificação. Notemos como essa conexão foi relatada por **VICTOR**:

(...) primeiramente eu (ambiental) vou lá conversar com o proprietário e de repente tem uma caixa de água descoberta, uma lona lá no pátio que ocasiona a proliferação de vetor que é o mosquito. Primeiramente eu faço verbal (notificação). Aí na próxima vez que voltarmos se ainda tiver nós acionamos a sanitária. Porque ela vai lá e lança multa e até interdição da empresa, e é fechada a empresa, chega a fechar a empresa, senão cumprir é fechado. Nós temos aqui perto um galpão e nós fomos fazer uma vistoria lá e tinha muita água parada,

²⁵⁹ De acordo com o MS em se tratando de casos isolados de doenças diarreicas agudas esses não são passíveis de notificação compulsória em caráter nacional. No entanto, havendo surtos esses devem ser notificados imediatamente ao Setor de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar correspondente ao estado da federação e posteriormente deve ser notificado no SINAN e indicado como síndrome diarreica, além de ser registrado no SIVEP-DDA.

mosquito, a situação estava bem delicada. Aí nós acionamos a sanitária e eles foram lá fazer vistoria. Infelizmente ele (sanitária) disse que a empresa já tinha sido comunicada e foi fechada a empresa. Se for o caso fecha mesmo. A gente não quer isso aí, mas, eu acho que o próprio empresário tem que se preocupar também na parte de funcionamento dele no município. Se o agente alerta e não é tomada providência é porque não está colaborando, aí tem que usar outros caminhos.

Devido à preocupação com a infestação de mosquitos o coordenador da UVAN estava, no período desta pesquisa, requisitando que um fiscal da UVSN trabalhasse diretamente com seus profissionais para facilitar o trabalho de ambos os setores. Da mesma forma que já há pelo menos um ACE acompanhando todas as vistorias realizadas pelos profissionais da UVSN. De acordo com os entrevistados esse trabalho conjunto facilita muito, principalmente, o combate a dengue, uma vez que, o agente de endemias tem à mão seu material para coletar as larvas e enviar para o laboratório, enquanto que o fiscal da sanitária pode já fazer uma notificação formal a empresa.

Também foi apurado que existe um trabalho conjunto entre a UVSN e a UVEN, pois, dependendo do local a ser vistoriado, como açougues e mercados, o veterinário da vigilância epidemiológica acompanha toda a inspeção. Por outro lado, a UVSN sempre que faz vistoria em galpões também se preocupa com o problema da transmissão de leptospirose e hantavirose e, caso haja necessidade, repassa informações para os profissionais da UVEN e da UVAN.

Os profissionais da UVSN ao realizarem vistorias em empresas do município também aproveitam para fiscalizar as carteiras de vacinação dos empregados e se houver necessidade a UVEN é acionada para fazer a vacinação.

É importante destacar que toda essa conexão que há entre as três unidades de vigilância do município partiu da própria necessidade das atividades rotineiras realizadas por cada uma delas. Dessa forma, a intrasetorialidade observada nas unidades de vigilância de Ninféia não é realizada por uma imposição federal ou estadual e nem foi planejada entre as vigilâncias municipais. Mas, se constitui num arranjo entre as unidades de vigilância para dar maior eficiência ao trabalho de prevenção e controle das doenças transmissíveis.

5.10.1 Ações intrasetoriais entre as vigilâncias e o PSF

Contudo, em Ninfeia a intrasetorialidade não fica somente entre as vigilâncias, uma vez que, apuramos que há integração entre as vigilâncias e o PSF.

Figura 7 – Ações intrasetoriais entre as vigilâncias e o PSF



Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2012)

Nesta pesquisa foi possível identificarmos, por exemplo, que a UVAN tem uma estreita ligação com o PSF no que diz respeito ao controle da dengue. Ou seja, quando há focos demasiados do mosquito em certos bairros, são realizadas reuniões entre o pessoal da ambiental e alguns membros da equipe de saúde da família do local para tratar do assunto. Essas reuniões estão começando a ser realizadas com todas as unidades do PSF do município. A vigilância ambiental também disponibilizou uma de suas agentes de endemia somente para o trabalho nos postos de saúde.

Aliás, em se tratando de locais em que é encontrada a infestação de *Aedes aegypti* a UVAN faz o bloqueio da região e impreterivelmente aciona a UVEN e o PSF, para que todos os profissionais de ambos os setores fiquem alerta em relação ao problema, inclusive, os médicos das unidades de saúde. Por outro lado, quando o PSF recebe uma quantidade fora do normal de pessoas de uma mesma área do município com sintomas semelhantes (como febre, dor de cabeça e diarreia) são acionadas imediatamente as unidades de vigilâncias ambiental e epidemiológica e caso seja necessário também é acionada a sanitária.

Também pudemos apurar que Ninfeia está seguindo a portaria ministerial que instrui os ACSs, que conhecem bem a sua comunidade, para repassar informações à vigilância ambiental sobre os domicílios que apresentam problemas com as caixas de água e, a partir desse fato, a ambiental segue com as investigações:

Eu tenho uma linha boa com o PSF, com as enfermeiras e os agentes de saúde na parte educativa. Aí eles vão lá naquela área e vê quantas caixas estão descobertas e o ACS nos procura e fala. Se tem 50 casas eu vou lá e arrumo as tampas. Vou

tampar e vou fazer um levantamento e de repente como a quantidade é grande vou fazer um levantamento daquela área para ver quantos ferros-velhos têm, quantas casas tem mais vasos. Aí faz também o levantamento da parte de criadouros. (...) então a gente tem essa linha com eles. Qualquer coisa que tiver lá naquela área deles, eles passam para nós para que a gente possa agir e chegar lá mais rápido (VICTOR).

A UVEN também apresentou integração com as unidades de saúde do PSF quando se trata de passar informações referentes a eventos novos. Essas informações, geralmente, são transmitidas diretamente para o coordenador da unidade de saúde e este, por sua vez, deve repassá-las para os ACSs ou para a toda a equipe, dependendo do problema. Além disso, quando os profissionais da UVEN encontram dificuldades para entrar em contato com pacientes, os quais são portadores de doenças que devem ser investigadas, os ACSs são acionados para colaborar.

Aliás, os ACSs também têm como função verificar a carteira de vacinação das crianças do município e caso haja doses de vacina atrasada as mães das crianças são alertadas para o fato. Conforme **TERCÍLIA**, essa ação realizada pelos ACSs facilita muito o trabalho da vigilância epidemiológica na busca ativa das crianças para vacinação. Dessa forma, observamos que em Ninfeia os ACSs são grandes colaboradores das vigilâncias.

Além disso, o PSF de Ninfeia se mostrou muito integrador, pois, durante a pesquisa notamos que a coordenação do PSF estava se mobilizando para realizar uma reunião entre todas as suas unidades para que fossem apresentados: a área de abrangência de cada unidade; os limites; e as maiores ocorrências. Inclusive, as vigilâncias estavam sendo convidadas para participar desse seminário.

Por fim, observamos que os vários setores da saúde do município de Ninfeia, apresentados neste trabalho, são autônomos no desenvolvimento de grande parte de suas ações e atividades. No entanto, algumas dessas ações e atividades são assumidas por todos de forma colaborativa e acabam se desenvolvendo como um trabalho intrasetorial que visa uma maior eficácia na prevenção e controle de doenças transmissíveis. Mas, essa intrasetorialidade só é possível porque há um bom relacionamento entre todos os profissionais de todos estes setores da saúde.

5.10.2 Problemas intrasetoriais: As vigilâncias de Ninféia e a Regional de Saúde

Apesar de não fazer parte dos objetivos específicos conhecermos como está ocorrendo à integração entre as vigilâncias de Ninféia e a sua respectiva Regional de Saúde, consideramos relevante apontar alguns dados que surgiram durante as entrevistas e que revelaram que pode estar havendo problemas de integração entre ambos setores. Isso porque, durante as entrevistas percebemos que os profissionais das vigilâncias apresentaram certo acanhamento em relatar sobre a integração desses setores da saúde. E para não haver constrangimentos evitamos o questionamento direto sobre o tema, mas, mesmo assim foi possível identificarmos “descontentamentos” por parte dos profissionais das vigilâncias, como mostra o depoimento de **JAYRO**:

(...) porque a regional não resolve nada, sabe? Se eu quero ter alguma coisa eu vou direto na diretoria, porque via regional é uma tristeza. Porque assim, foi descentralizado, tem regional e em toda a grande Florianópolis a função do coordenador é tentar integrar todas as vigilâncias. Chamar, ver as dificuldades que tem e tentar resolver, ajudar. Isso nunca foi feito. Até o dia de hoje não houve uma reunião. Muito pelo contrário, às vezes até alta complexidade eu faço aqui, está entendendo? Era para a Regional estar integrada junto com a gente e fazer. Porque cabe a eles fazer a alta complexidade e eles não fazem, muito pelo contrário, eles empurram para a gente.

Na percepção do entrevistado todas as unidades das vigilâncias municipais que pertencem as Regionais de Saúde deveriam estar mais integradas, já que, este é um dos princípios básicos da descentralização. E no caso essa integração deveria ocorrer tendo a Regional de Saúde como vínculo de ligação entre todas elas.

Já **TERCÍLIA** relatou que as funções da Regional de Saúde são desconhecidas por ela e que, geralmente, a utiliza para sanar dúvidas:

(...) eles tiram dúvidas. Normalmente eu ligo para isso, para tirar dúvidas com relação ao que fazer perante um agravo ou o preenchimento de uma ficha ou correção de alguma coisa, ou de repente eu quero notificar alguém, mas, eu tenho a impressão de que como ele já está há muito tempo com aquele agravo, eu acho que ele já foi notificado por outro município, então eu ligo: “confere aí para ver se ele já foi notificado”.

Não cabe neste trabalho aprofundar as relações entre as vigilâncias municipais e a Regional de Saúde. No entanto, fica aqui o registro para que outros pesquisadores possam levar adiante uma pesquisa sobre o tema.

5.11 A INTERSETORIALIDADE EM NINFEIA EM RELAÇÃO AO COMBATE DE VETORES DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Quanto às ações intersetoriais, ou seja, aquelas ações que devem ser colocadas em prática em conjunto por vários setores, sejam eles governamentais ou não, verificamos que elas ainda são incipientes em Ninféia. Pelo menos no tocante as ações conjuntas entre as três unidades de vigilância (ambiental, epidemiológica e sanitária) e outros setores governamentais. Mas, isso não quer dizer que elas não existam no município. Há sim no município de Ninféia algumas ações intersetoriais e até o momento desta pesquisa grande parte dessas ações se encontravam no âmbito da vigilância ambiental.

A primeira ação intersetorial que foi possível identificar acontece entre a UVAN e a Fundação Municipal de Meio Ambiente (FAMANI) que é vinculada a Secretaria de Meio Ambiente de Ninféia²⁶⁰.

A FAMANI foi criada em 2009, por meio da Lei Complementar Municipal nº 14, e entre seus vários objetivos voltados ao meio ambiente, destaca-se no Artigo 3º um deles que está conectado aos desafios da UVAN. Estamos nos referindo à limpeza urbana em relação à coleta do lixo reciclável que é uma constante preocupação dos profissionais da vigilância ambiental. Em razão desse tipo de lixo acumular água tornando-os um potencial criadouro de mosquitos (*Aedes aegypti* e o conhecido borrachudo). De acordo com **VICTOR**:

Nós temos no município um galpão de reciclagem, então hoje eles (da FAMANI) têm um caminhão que corre o município, mas, ele não recolhe o lixo grosso que é sofá, uma geladeira, um fogão. É mais a coleta de garrafa, copo, lata, sapato. (...) o pessoal da reciclagem vai nos bairros e entrega o panfletozinho: “tal dia vai passar o caminhão”. Por exemplo, o caminhão passa todas as quartas. Aí tem que avisar o morador

²⁶⁰ Informamos que apesar dos problemas do meio ambiente estarem intimamente ligados a algumas doenças transmissíveis, os setores que coordenam o meio ambiente, nos três entes federados, não fazem parte do setor saúde. Portanto, vamos considerar que a ação empreendida em conjunto entre a FAMANI e a UVAN seja uma ação intersetorial.

para na quarta-feira botar ali o material reciclado: papel, lata, garrafa e aí o caminhão passa recolhendo depois.

Esse galpão de reciclagem citado pelo entrevistado é dotado de equipamentos modernos voltados para a triagem e embalagem de todo o material coletado. Nele trabalham doze triadores ligados a uma associação de classe. E estes são responsáveis pela coleta, transporte, triagem e embalagem de toneladas de material reciclável coletadas no município que antes não tinham aproveitamento comercial e com a instalação do galpão passaram, inclusive, a contribuir para a melhoria das condições de algumas famílias de baixa renda (vide no anexo BB foto do interior do galpão).

Mas, apesar da coleta seletiva ser um trabalho realizado sob a supervisão da FAMANI, são os profissionais da UVAN que monitoram o trabalho nos bairros e quando necessário acionam a FAMANI para a execução e ampliação do serviço. E, neste caso, consideramos que está sendo realizado um trabalho conjunto entre esses dois setores.

Em relação ao *“lixo grosso”*, como se refere o entrevistado, é a Secretaria de Obras e Infraestrutura, que geralmente é acionada pela UVAN, quem faz o recolhimento desse material. Inclusive com a colaboração dos ACSs:

Somos nós que acionamos as secretarias, a gente vê a necessidade. Aí a gente avisa o posto de saúde, que avisa a agente comunitária e ela avisa para a comunidade se preparar que naquele dia vai passar o caminhão que pega esse lixo grande, que é geladeira, sofá. Mas, tem que ser com antecedência também, porque o morador não pode ficar lá o dia todo esperando o caminhão, não adianta o caminhão ficar rodando os bairros todos e não ter lixo (VICTOR).

Essa ação conjunta relatada acima mostra que pelo menos em relação à coleta de lixo mais pesado há um trabalho bem sincronizado entre os setores municipais citados.

Apesar de haver integração entre UVAN e outros setores governamentais em relação à coleta de lixo, **VERA** relatou que ainda há, por parte da comunidade, pouca conscientização quanto à separação do lixo domiciliar. No entanto, no caso de Ninféia, acreditamos que esse trabalho de educação sanitária poderia estar sendo mais enfatizado junto ao que é empreendido em relação a dengue nas escolas e outros locais do município.

Outro exemplo de intersectorialidade no setor saúde voltado para a ampliação da vigilância das doenças transmissíveis também se refere ao

trabalho: da UVAN, da UVSN e da Secretaria de Planejamento do Município. Essa ação conjunta ocorre, geralmente, quando os profissionais da ambiental detectam terrenos baldios em determinadas áreas urbanas do município. Nesse caso é acionada a Secretaria para notificar o proprietário e a vigilância sanitária é também ativada para que seja realizada a limpeza do terreno.

Há mais um ponto de parceria entre a FAMANI e a UVAN, que no período desta pesquisa estava sendo amplamente discutido entre os setores, que se refere à criação do ecoponto. Esse ecoponto seria um local em que pudessem ser depositados todos os pneus inservíveis²⁶¹ que são coletados no município pelos profissionais da UVAN ou que são descartados pelas borracharias do município²⁶². Quanto ao local de criação do ecoponto tanto a FAMANI quanto o gestor da saúde municipal consideram a ideia de aumentar o galpão destinado ao lixo reciclável para receber também os pneus. Podemos considerar que essa seria uma forma mais econômica para o município.

De acordo com **VICTOR**, com a criação do ecoponto caberia a UVAN um controle constante do local, uma vez que, este seria um lugar de descarte de pneus somente do município de Ninféia, não havendo possibilidades de outros municípios virem a descartar seus pneus naquela localidade. Aliás, pesquisando na internet, constatamos que alguns municípios de SC, como Criciúma e Itapema, já estão adotando o ecoponto.

Mas, de qualquer forma, o ecoponto seria um local de depósito de pneus inservíveis. E nesse caso, qual seria o destino final dos pneus? De acordo com **VICTOR**, que se mostrou muito empenhado no problema, há algumas empresas que estão fazendo convênios com os municípios para o recolhimento dos pneus nos ecopontos, para em seguida, dar um destino final a esses:

(...) tem uma empresa de reciclagem em São Paulo, que até eu recebi a minuta e passei para o secretário, ela fecha um convênio com o município e o município vai ter que ter um espaço, um galpão, para armazenar os pneus. Aí no caso, por exemplo, três mil pneus ela vem recolher. A empresa é junto com o meio ambiente, é legalizada. Tem que ter um galpão

²⁶¹ No Brasil já há uma legislação específica sobre o tema. Para maiores entendimentos sugerimos a leitura da Resolução nº 416, de 30 de setembro de 2009 do Ministério do Meio Ambiente/ Conselho Nacional do Meio Ambiente.

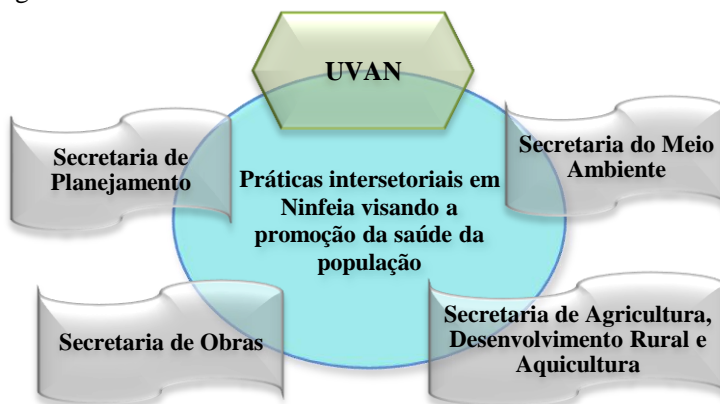
²⁶² Todas as borracharias do município se encontram devidamente cadastradas na UVAN.

coberto e tem que fazer a inspeção para ver se realmente pode colocar os pneus ali. Até esse reciclamento eu me aprofundi para ver se era uma empresa idônea. Então para nós isso seria um pontapé muito forte, a lixarada do município ela ia recolher, lixo que eu digo é pneus. Ganha a parte ambiental, parte do meio ambiente, o solo, porque a vida do pneu é 500 anos para deteriorar no solo, então a parte do solo, a parte da dengue. Eu já falei com o secretário, já entreguei o documento para ele, já entreguei para a advogada da FAMANI, então eles querem fazer lá nesse galpão, aumentar um espaço para abrigar os pneus.

Como podemos observar tanto a UVAN quanto a FAMANI estão empenhadas em resolver o problema do descarte de pneus. No entanto, até este momento ainda não há uma legislação municipal com a intenção de criar as diretrizes para regular o funcionamento do ecoponto no município de Ninfeia.

Outro ponto de intersetorialidade que pudemos identificar no município ocorre entre a UVAN e a Secretaria de Agricultura, Desenvolvimento Rural e Aquicultura. A secretaria é responsável pelo mapeamento de toda a zona rural do município, incluindo os córregos. E, de acordo com **VICTOR**, esse mapeamento é disponibilizado para a UVAN para que esta realize um levantamento das áreas que podem vir a ter a proliferação, principalmente, do borrachudo que incomoda bastante a população rural do município. Inclusive, em alguns locais da zona rural do município, são os próprios profissionais da Secretaria de Agricultura que ficam responsáveis na aplicação dos larvicidas.

Figura 8 - Práticas intersetoriais em Ninfeia envolvendo a UVAN



Fonte: Figura elaborada pela autora da tese (2012)

Além dessas ações intersetoriais que constatamos existir em Ninfeia, cujo protagonista por enquanto é a UVAN, observou-se nos relatos dos entrevistados que a Ouvidoria Municipal de Ninfeia ²⁶³ está trabalhando como uma espécie de agente aglutinador dos vários órgãos e setores municipais, visto que, quando surgem manifestações da população são acionados os vários setores envolvidos para resolver o problema conjuntamente. Entendemos que essa seria outra forma de forçar o desenvolvimento de ações intersetoriais ou, conforme **VICTOR** menciona: *“Acaba formando uma corrente muito grande e consegue resolver o todo”*.

Cabe destacar que as ações intersetoriais ainda são muito deficientes em grande parte dos municípios brasileiros. Essa ausência ocorre porque no Brasil não há cultura de ação intersetorial, pois, a organização das políticas sociais ainda é setorial. Dessa forma, a intersetorialidade é uma construção inovadora e criativa de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado que estão ainda se adaptando ao processo de descentralização que foi colocado em marcha com a Constituição de 1988, principalmente, no setor da saúde com a implantação do SUS.

5.12 INTERFERÊNCIAS POLÍTICAS NO TRABALHO DAS VIGILÂNCIAS

Os profissionais das três vigilâncias de Ninfeia se mostraram bastante satisfeitos com o desempenho do atual gestor municipal por ele se mostrar empenhado para resolver problemas relacionados as vigilâncias e também relacionados a saúde da população do município.

Em se tratando da UVSN, que talvez pudesse ter alguns prolemas de interferência política quanto as multas destinadas aos infratores, **JAYRO** revelou que no início da implantação da unidade houve sim alguns problemas. Mas, estes foram contornados pelo coordenador da unidade em conjunto com o gestor municipal da época:

(...) eles tentaram no inicio, mas, só que é bater de frente e tinha o secretário também que pediu para mim ficar, ele disse: “ele que vai fazer, ele que vai mandar e desmandar e eu não

²⁶³ As Ouvidorias se destinam a receber manifestações quanto aos serviços e atendimentos prestados pelos vários órgãos ou setores, sejam eles municipais, estaduais ou federais. Essas manifestações vão desde reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões que podem partir dos cidadãos, das instituições, das entidades e dos agentes públicos (servidores e políticos).

quero saber de nada, de política, de nada”. Veio uns vereadores interferir e eu botei eles todos para correr e acabou.

Atualmente, de acordo com o entrevistado, não existe mais nenhum problema relacionado com a interferência dos políticos, pelo contrário, está havendo colaboração entre a vigilância e os vereadores municipais:

(...) eles não se metem em nada. Hoje em dia a câmara municipal só tem elogio. Eles não interferem, não negam apoio de jeito nenhum. Tem uma padaria lá que o contador é vereador aí eu cheguei: “olha está passando assim, assim com o seu cliente e na próxima vez vai ser fechado”. Ele foi lá e deu uma dura na padaria.

Dessa forma, nos baseando nas entrevistas e nas observações de campo, não podemos dizer que em Ninféia esteja ocorrendo o uso do clientelismo político/partidário no que diz respeito às ações destinadas aos serviços da vigilância sanitária. Quanto à vigilância em saúde, que congrega a ambiental e a epidemiológica, também não foi constatado nenhum problema dessa ordem, pelo contrário, de acordo com os profissionais não há interferência política nesses dois setores. Esse fato nos estimula a pensar que o modelo de descentralização do setor da saúde vigente no país está caminhando bem em Ninféia, já que, de acordo com alguns sanitaristas/pesq. entrevistados essa seria uma das várias fragilidades do modelo implantado no Brasil.

5.13 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EM NINFÉIA

Nesta parte do trabalho optamos por apresentar a situação de algumas doenças transmissíveis que apresentam uma frequência de notificação relativamente significativa no município de Ninféia.

Uma vez que Ninféia não dispõe de um relatório municipal mais detalhado da sua situação epidemiológica, inicialmente, decidimos identificar por meio do SINAN uma série histórica de 2001 a 2011 com o número de casos das principais doenças que foram notificadas no município (lembrando que casos notificados são considerados os casos suspeitos). Entretanto, ao iniciarmos a pesquisa observamos que os dados do SINAN, disponíveis no site do MS, somente informam os casos confirmados das doenças. Dessa forma, não sendo possível analisar os casos notificados pelo sistema online de informação em vigência, solicitamos para a coordenação da UVEN que

disponibilizasse os dados para esta pesquisa, já que, a coordenação tem acesso a esses dados. Sendo atendida em nossa solicitação são com esses dados que construímos a tabela abaixo.

Dessa forma, a análise nesta parte do trabalho está alicerçada nos dados fornecidos pela UVEN, respectivos a notificação das doenças transmissíveis no município de Ninféia entre os anos de 2001 e 2011. Além disso, complementamos a análise com os dados atuais do SINAN, aqueles que se encontram disponíveis no site do MS, ou seja, os casos confirmados das doenças. Bem como, introduzimos as percepções dos entrevistados sobre a situação de algumas doenças em Ninféia. O propósito nesta parte do trabalho é a partir dos dados levantados nas fontes citadas traçar a situação epidemiológica de algumas doenças transmissíveis que se destacam em Ninféia por apresentarem mais de 10 casos notificados no período proposto para análise, ou seja, 2001 a 2011.

Tabela 7 - Número de doenças notificadas em Ninféia - série histórica, 2001-2011

Doenças transmissíveis	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
AIDS	9	15	28	14	6	4	9	15	46	31	68	245
Caxumba	-	4	3	4	5	3	2	2	5	8	8	44
Condiloma acuminado (HPV) ¹	6	14	-	4	4	2	-	-	3	7	12	52
Coqueluche	-	-	-	1	-	-	2	8	11	11	8	41
Dengue	-	3	4	3	-	4	6	4	3	4	6	37
Doenças exantemáticas	19	145	116	112	176	102	201	224	48	132	172	161
Esquistossomose ²	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	9
Febre maculosa ³	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	3
Hanseníase	-	3	2	3	-	-	-	2	2	8	2	22
Hantavírus ⁴	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	4
Hepatites virais	-	4	12	10	28	23	23	18	17	20	22	177
Leptospirose	1	4	4	13	11	5	22	48	13	19	20	160
Meningites	1	7	8	11	7	2	4	12	5	9	3	69
Mordedura de animais (cães)	71	73	110	98	123	144	183	184	164	146	191	148
Sífilis congênita ⁵	1	-	2	1	1	-	-	-	-	1	2	7
Tuberculose	8	8	26	28	15	15	7	25	24	35	42	233

Fonte: Dados fornecidos pela coordenação da UVEN (2011)

a) AIDS e outras DSTs em Ninfeia

Quando nos referimos a AIDS no Brasil estamos tratando de 274.611 casos notificados no período de 2001 a 2011. Em SC o número de casos notificados nesse período foi 15.811 (5,8%) (BRASIL, 2012c). A tabela acima indica que em Ninfeia houve nesse mesmo período 245 casos notificados que representa 1,6% dos casos notificados em SC.

Aliás, segundo os entrevistados, a AIDS não é considerada um problema de subnotificação no município. De acordo com **TERCÍLIA** o índice maior de subnotificação fica por conta das outras DSTs como HPV²⁶⁴ e herpes genitais. Sendo que, essas DSTs são de notificação compulsória no estado de SC, conforme foi apresentado no capítulo anterior da tese (subseção 4.5.1 quadro 24). Notemos como **TERCÍLIA** relatou a ocorrência dos casos subnotificados: *“eu acho que são as DSTs: HPV condiloma e as herpes genitais. A gente recebe muito pouco. A gente sabe que não é essa quantia, é muito mais. E a gente faz a cobrança, mas, não sei onde que está à falha, é complicado sabe”*. Apesar dessa declaração **TERCÍLIA** acaba por levantar uma suspeita quanto à subnotificação dessas DSTs:

Eu imagino assim, vou falar de quando eu trabalhava no PSF. A paciente chegava lá para fazer preventivo, normalmente era com uma enfermeira, é com a enfermeira. Aí faz o preventivo e a gente coleta o material e encaminha. Se deu uma alteração que a gente na hora já percebeu, a gente encaminha para uma consulta especializada. Eu acho que é esse médico especializado que não faz a notificação. Porque às vezes a enfermeira não sabe nem o que suspeitar, de repente não sei... A gente acha que seria esse especialista que não faz a notificação que é o ginecologista, o obstetra.

Inicialmente podemos apontar duas hipóteses que explicam a subnotificação dos casos de HPV e herpes genitais pelos especialistas. A primeira hipótese é que os médicos, assim como os farmacêuticos que muitas vezes são procurados para “consulta”, acabam não notificando o caso simplesmente para não expor sua paciente. A outra hipótese que podemos levantar quanto à subnotificação dessas doenças é que estas podem estar sendo consideradas pelos especialistas como corriqueiras e, sendo assim, sem necessidade de notificação. Mas esse é outro estudo que não iremos aprofundar nesta tese.

²⁶⁴ Na série histórica observa-se que o número de casos de HPV notificados no município é de 52.

b) dengue

Apesar de SC não ser considerada uma área endêmica de dengue, há casos da doença no estado. Mas, de acordo com **TÂNTALO** todos os casos de dengue notificados e confirmados no estado até o ano de 2010 foram casos importados, ou seja, os pacientes adquiriram a doença fora do estado.

Quanto a 2011 o número de focos em todo o estado de SC foi de 679. Sendo que, o município de Chapecó foi o que apresentou o maior índice de focos, 135 (20%), e Ninféia, no mesmo ano, apresentou 17 (2,5%) focos do mosquito. Ainda no ano de 2011 foram notificados em SC 769 casos suspeitos de dengue e, destes, 130 foram confirmados. Dos confirmados 128 foram casos importados e dois foram autóctones (um caso em São João do Oeste e outro em Joinville). Esse fato por si só já sinaliza o risco iminente da ocorrência de mais casos autóctones²⁶⁵ de dengue no território de SC (SANTA CATARINA, 2012c).

Ainda quanto a dengue **MARTINHO** admitiu que o trabalho em relação ao vetor da doença hoje, além de continuar sendo um trabalho de conscientização, com as ações descentralizadas pode ser considerado mais racional daquele que era realizado anteriormente, quando as ações eram centralizadas. Principalmente, porque em Ninféia é um trabalho intrasetorial. E é essa integração entre as vigilâncias que promove um melhor controle do vetor. De acordo com o entrevistado:

(...) eu acho que melhorou bastante com a descentralização, porque você sabe o nosso pessoal na FUNASA nunca teve poderes de polícia, como se diz, força para chegar e impor as ordens. Se a gente visse uma borracharia com um monte de pneus a gente ia lá, conversava com o morador, o proprietário e por aí a fora, para que ele tomasse conhecimento do risco que ele tinha com aqueles pneus ali. Mas, nós não tínhamos força, poder de chegar lá e multar. A gente só ia lá para conscientizar o proprietário que ele estava botando aquela comunidade em risco, pelo fato de ele ter uma borracharia ali, que o mosquito podia se instalar ali e por aí a fora. Mas, não tinha assim poder. Agora hoje como vem junto à vigilância ambiental e a vigilância sanitária nos municípios nós temos a multa e se caso chegar e tiver, eles vão lá e: “você dá um jeito porque senão você não vai ser multado”. Claro que dá muita saudade quando a gente desenvolvia, mas, eu acho que para os municípios melhorou bastante. Eu acho que se hoje não fosse repassado

²⁶⁵ Casos autóctones são considerados aqueles casos confirmados que foram detectados no mesmo local em que ocorreu a transmissão.

as ações para o município, eu acho que provavelmente estava pior a situação da dengue. Eu acho que sim. Não pelo fato do trabalho, mas, pelo fato das ordens dele, do poder, da força que se tem com a vigilância sanitária junto que pode dar mais uma proteção, cobrar mais o pessoal. Tem mais como a gente chegar lá e dizer: “se vocês não tomarem providência à vigilância vai vir aqui e vai dar uma multa, vai intimar vocês”.

É claro que não é somente a descentralização das ações e serviços da vigilância que estimularam um melhor controle da dengue nos municípios, visto que, há municípios que apresentam ainda muita dificuldade para combater o mosquito. No entanto, consideramos que essa descentralização abriu espaço para que muitos municípios se adequassem na resolução dos seus problemas, inclusive, problemas ambientais que acabam influenciando o aumento da infestação do mosquito *Aedes aegypti*. Em Ninfeia essa adequação passa pelo trabalho integrado das três unidades de vigilância (UVAN, UVEN, UVSN).

c) doenças exantemáticas

As doenças exantemáticas são aquelas que apresentam manifestações cutâneas como, por exemplo: rubéola, sarampo, varicela, entre outras. Todas essas são consideradas doenças infantis, mas, podem acometer os adultos. De acordo com os dados fornecidos pela UVEN podemos dizer que no município há um índice muito alto de notificações dessas doenças. No entanto, grande parte das exantemáticas notificadas trata-se de varicela que no período de 2001 a 2011 somou 1.342 casos notificados, ou seja, 83% dos casos de exantemáticas notificadas em Ninfeia no período citado²⁶⁶. No estado de SC a vacina contra a varicela até o momento não faz parte do calendário de vacinação. Entretanto, alguns municípios já estão adotando a vacinação devido a grande incidência da doença. Apesar de Ninfeia ainda não ter adotado a vacina em seu calendário, **TERCÍLIA** informou que nos anos de 2010 e 2011 foi recebida uma doação dessas vacinas que sobraram de Florianópolis e os profissionais da UVEN aproveitaram para vacinar as crianças de todas as creches do município.

d) mordedura de animais (cães)

A mordedura de cães é um agravo de notificação obrigatória e resolvemos abordar o tema porque sabe-se que dependendo do estado do

²⁶⁶ Conforme **TERCÍLIA**, a varicela é a segunda doença com maior índice de notificação no município.

animal a mordedura pode vir a transmitir várias doenças para o homem, sendo que, a doença mais temida é a raiva²⁶⁷.

Nesta pesquisa realizada em Ninféia pudemos identificar que a mordedura de cães é considerado o principal problema de notificação do município²⁶⁸. De acordo com a tabela apresentada acima, no período de 2001 a 2011 foram constatados no município 1.487 atendimentos antirrábicos que geraram notificação. Segundo os entrevistados, por mês chegam a ser notificadas entre dez a vinte mordeduras de cães. Inclusive, durante as entrevistas questionamos os profissionais da UVEN sobre a realização do mapeamento das áreas em que ocorrem com mais frequência as mordeduras. No entanto, os profissionais consideraram que não há necessidade do mapeamento, uma vez que, esses acidentes, geralmente, acontecem *“nos bairros mais pobres onde tem muito acúmulo de lixo, onde os animais se aglomeram mais facilmente”* (LUIZ). Nesse caso, consideramos que cabe aos profissionais das vigilâncias um trabalho de conscientização da população quanto ao problema do lixo.

²⁶⁷ Nesse trabalho não entraremos em detalhes sobre essa doença que é envolta por muitas peculiaridades. Mas, esclarecemos que a raiva é transmitida por um vírus (do gênero *Lyssavirus*) que por sua ampla capacidade de adaptação adota diferentes espécies como reservatório e, sendo assim, pode ser encontrado em vários países do mundo. De acordo com Batista, Franco & Roehe (2007) na natureza o vírus da raiva é mantido por ciclos que são denominados: ciclo urbano, relacionado aos cães e gatos; ciclo aéreo, que envolve os morcegos hematófagos e não hematófagos; ciclo silvestre terrestre, que envolve os saguis, cachorros do mato, raposas, guaxinim, macacos, entre outros animais selvagens; e ciclo rural que é representado pelos animais de produção: boi, cavalo, e outros. Nesta parte da pesquisa estaremos tangenciando exclusivamente o ciclo urbano, uma vez que, os outros ciclos não se mostraram predominantes no município de Ninféia.

²⁶⁸ No anexo CC apresentamos um censo realizado no município sobre a população de cães e gatos domésticos em Ninféia no ano de 2010. De acordo com essas informações estão presentes no município 8.438 cães e se compararmos com o número de habitantes do município em 2011 teremos proporcionalmente um cão para cada sete habitantes. Lembrando que os cães de rua não fazem parte desse levantamento.

É relevante mencionarmos que toda a notificação por mordedura implica no trabalho do veterinário²⁶⁹ do município que deve ir até o local do acidente verificar o estado do animal, coletar material para ser enviado para o laboratório especializado e fazer o acompanhamento do cão por dez dias. No caso de ser um cachorro de rua, que impossibilita a monitoração do animal, o paciente, como prevenção, começa logo em seguida o tratamento antirrábico que consiste em uma série de vacinas. Nesse caso, os profissionais de Ninféia mostraram priorizar a investigação sempre que ocorre uma mordedura:

(...) tem de investigar realmente porque pode depois de uma centena de investigações, pode ser que venha um cachorro lá do norte do país, trouxeram o cachorro para cá e o cachorro veio positivo, aí complica, porque apareceu aqui e trouxe o vírus para circular aqui (LUIZ).

Atualmente essa investigação é imprescindível, visto que, o estado de SC, assim como o Paraná e o Rio Grande do Sul, são considerados como áreas controladas para raiva do ciclo urbano. Sendo que, esse título acarreta a proibição no estado da realização de campanhas de vacinação dos cães. Essa condição de zona controlada exige também que o estado mantenha um monitoramento constante e eficaz de amostras de material nervoso de animais como cães e gatos, principalmente. E conforme as metas pactuadas no plano de saúde nacional todos os municípios de SC devem enviar para um laboratório especializado no mínimo uma amostra por mês que consiste no cérebro de um animal.

No entanto, essa coleta de material atualmente está se transformando num problema para muitos municípios de SC, inclusive para Ninféia. Isso porque até abril de 2010 esse monitoramento consistia

²⁶⁹ O trabalho do veterinário não se restringe aos problemas relacionados às mordeduras, uma vez que, esse profissional, conforme foi possível verificar na pesquisa em Ninféia, tem também outras atribuições como, por exemplo, aconselhamento técnico para a população, atendimento para castração de animais, desverminação, e até mesmo eutanásia quando necessário. Aliás, no início de 2012 a UVEN e a UVAN juntas estavam promovendo nova ação intrasetorial ao administrar palestras nas escolas sobre temas relacionados aos animais domésticos, como, por exemplo: os cuidados com os animais domésticos, as principais zoonoses transmitidas por esses animais, e a importância da castração dos animais. Inclusive, as crianças têm direito a visitar o castramóvel que é uma unidade móvel para a realização de cirurgias de castração em cães e gatos do município.

na coleta da cabeça inteira do animal e o seu envio para o laboratório do Ministério da Agricultura. A partir dessa data esse laboratório passou a receber somente o cérebro do animal o que ocasionou transtorno porque os municípios não possuem um local adequado para realizar essa extração, notemos esse problema no relato de **LUIZ**:

Recebemos um documento aqui que a partir de abril de 2010 não aceitavam mais material que não fosse manipulado no município por um profissional do município. Para isso tem que ter um local, uma sala. (...) Eles levaram a risca a descentralização e não aceitaram mais. Agora atiraram no colo dos veterinários dos municípios: toma que o filho é teu, resolve. E a gente fica na dependência agora do local. Eu não posso abrir a cabeça de um cachorro, tirar a cabeça de um cachorro sem ter um local adequado. Não vou fazer isso na rua. Antes eles recebiam a cabeça inteira. Agora eles só recebem o cérebro. (...) Agora em abril vai completar um ano dessa normativa aí que é o município que tem que coletar e a gente não está cumprindo a meta. Porque deveria estar enviando no mínimo um exame por mês. De repente eles vão cobrar isso aí, o estado vai nos cobrar e a gente vai ter que...

Os profissionais das vigilâncias de Ninfeia consideram que a solução para esse e vários outros problemas do município passa pela criação de um centro de zoonoses em seu território²⁷⁰. De acordo com os entrevistados nesse centro poderiam ser realizadas atividades referentes às três vigilâncias. Entretanto, deve-se avaliar melhor se no município há uma demanda de trabalho a ser realizado no centro de zoonoses que justificaria essa criação. Talvez seja mais interessante para Ninfeia a mobilização para a construção de um centro de zoonoses a partir de um consórcio municipal. Com isso estariam sendo beneficiados alguns municípios que poderiam realizar o monitoramento da raiva e de outras doenças também. Além do mais, o consórcio seria uma forma, inclusive, de diminuir despesas com pagamentos de novos funcionários, já que, todas as despesas poderiam ser divididas entre os consorciados. Compreendemos que essa seria a solução mais adequada, mas, ainda assim, na impossibilidade do consórcio municipal a opção dos municípios, principalmente os de pequeno porte, seria adequar um local para que o veterinário do município possa cumprir essa normativa de um cérebro por mês para análise.

²⁷⁰ Inclusive já foi levado o problema para o gestor municipal da saúde e este está avaliando a possibilidade da criação do centro de zoonoses municipal.

e) leptospirose

A leptospirose é uma infecção aguda causada por uma bactéria (do gênero *Leptospira*), que é transmitida para os seres humanos por animais de diferentes espécies (roedores, suínos, caninos, bovinos). O contágio ocorre pelo contato direto com a urina dos animais infectados, ou pela exposição à água contaminada pela bactéria que penetra no organismo através das mucosas e da pele íntegra ou com pequenos ferimentos, e dissemina-se na corrente sanguínea (FIOCRUZ, 2012). No Brasil, os ratos urbanos (ratazanas, ratos de telhado e camundongos) são os principais transmissores da doença e a população que possui maior risco de adquirir a bactéria é a classe de baixa renda que vive nas periferias das cidades em que há rede de esgoto precária, coleta de lixo inadequada, limpeza inadequada das caixas d'água, enchentes e vários outros problemas.

Em SC a leptospirose talvez seja uma das doenças mais preocupantes em consequência das enchentes que são comuns em algumas localidades em certas épocas do ano. Em relação a isso detectamos nas entrevistas que a DIVE/SC costuma passar informações sobre essa doença para os municípios antes mesmo da ocorrência das cheias. E em Ninfeia essas informações são repassadas imediatamente para os médicos que já ficam em estado de alerta. Acreditamos que é devido a isso que tem aumentado consideravelmente a notificação da suspeita de leptospirose em Ninfeia, haja vista, por exemplo, no ano de 2008 quando houve uma grande enchente no município as notificações da doença superaram todos os anos anteriores. Entretanto, de acordo com os dados do SINAN, das 48 suspeitas de leptospirose notificadas em Ninfeia no referido ano somente quatro foram confirmadas. Entendemos que esse fato demonstra que o setor da saúde do município está realmente atento para a notificação de suspeitas dessa doença.

f) tuberculose

A tuberculose é considerada um dos vários problemas de saúde pública mundial, é uma doença infecto-contagiosa causada, principalmente, pelo bacilo de Koch que afeta os pulmões²⁷¹. O Brasil, seguindo as determinações da OMS, implantou o Programa Nacional de

²⁷¹ A tuberculose pode ocorrer em outros órgãos do corpo humano, assim como, outras espécies de microbactérias podem causar a tuberculose como, por exemplo: *Mycobacterium bovis*, *africanum* e *microti*.

Controle da Tuberculose²⁷² que atualmente se encontra integrado na rede de serviços públicos de saúde de todo o país. As principais ações do Programa, de acordo com Santos (2007), estão baseadas na vigilância epidemiológica, prevenção e controle dos casos.

De acordo com dados do SINAN no país entre os anos de 2001 a 2011 foram confirmados 978.891 casos de tuberculose (segundo ano de diagnóstico). No estado de Santa Catarina, nesse mesmo período, foram confirmados 21.484 casos, ou seja, 2,2% dos casos confirmados no país (BRASIL, 2012f).

Em Ninféia, nesse mesmo período, foram notificados 233 casos de tuberculose (de acordo com informações obtidas na UVEN), sendo que, 181 desses casos foram confirmados no SINAN (106 homens e 75 mulheres). Do total de casos confirmados 40 pacientes são considerados soro positivo para HIV. E ainda, dentre os casos confirmados, 33 (18,2%) pacientes de Ninféia abandonaram o tratamento. Segundo **TERCÍLIA** e **SÔNIA** relataram:

(...) é que tuberculose tem bastante por causa dá infecção do próprio HIV. Tuberculose a gente tem bastante. É uma pena assim porque a gente tem muito abandono de tuberculose. Os ACSs fazem a busca ativa, mas, tem paciente teimoso. Que nem hoje, ligou uma senhora para mim que o marido dela estava com tuberculose começou o tratamento ontem. O médico mandou usar máscara, até eu orientei ela que até poderia usar, mas, só nos primeiros dias. Depois não precisaria mais porque a medicação já começa a fazer efeito, mas, o paciente é alcoólatra e já tinha descido para beber. E o que eu vou fazer? É complicado. É uma pena! E o problema não é só nosso, a gente sabe que é generalizado, que é um tratamento longo, cansativo, toma muito comprimido, sabe, bem complicado.

Realmente, o abandono do tratamento de tuberculose ainda é um obstáculo a ser superado no Brasil. Segundo os vários pesquisadores do tema²⁷³ os motivos/causas que levam pacientes tuberculosos a abandonarem o tratamento são vários, entre eles: os efeitos colaterais da

²⁷² Esse Programa encontra-se implantado no Brasil desde a década de 1970. Para maiores informações sobre a história da doença e seus dados epidemiológicos no Brasil acessar o site do Fundo Global – Tuberculose, Brasil disponível em: < <http://www.fundoglobaltb.org.br/site/home/index.php>>.

²⁷³ São muitos trabalhos que revelam os motivos do abandono do tratamento de tuberculose entre os autores destacamos: Natal et al (1999); Sá (2007); Paixão & Gontijo (2007).

medicação; necessidade de afastamento das atividades laborativas; baixa escolaridade do paciente; tempo de tratamento prolongado; e problemas relacionados ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de Saúde da Família.

g) caxumba

A caxumba (ou parotidite infecciosa) é causada por um vírus chamado *Paramyxovirus*, que atinge geralmente as crianças²⁷⁴, mas, pode também atingir os adultos. Em alguns casos a doença pode evoluir para complicações sérias como, por exemplo: inflamação nos testículos (orquiepididimite), ovários (ooforite), coração (miocardite) e sistema nervoso central (meningite e encefalite) (FIOCRUZ, 2012). Além dessas complicações a caxumba quando ocorre em gestantes no primeiro trimestre da gravidez pode ocasionar aborto. De acordo com o MS a caxumba não é considerada uma doença de notificação compulsória no Brasil. Entretanto, SC resolveu adotá-la como de notificação obrigatória visando à detecção precoce de casos e prevenção de surtos, e com isso diminuir as complicações oriundas da doença. Infelizmente, não poderemos aprofundar a análise dos dados de Ninféia em relação à caxumba porque não foi possível encontrar parâmetros para comparação no SINAN.

h) meningites (viral e bacteriana)

Se levarmos em conta o número de notificações de meningites somente no estado de SC (vide anexo O) podemos inferir que os anos de 2006 e 2007 foram os que apresentaram um maior índice de notificação de suspeita, ou seja, 3.593 casos notificados nesses dois anos. Desse total, foram confirmados 2.688 casos de meningites no estado e os municípios que apresentaram mais de cem casos confirmados no SINAN foram: Blumenau, Joinville e Itajaí. Ninféia apesar de apresentar seis casos notificados nos anos de 2006 e 2007, nenhum deles foi confirmado, segundo dados do SINAN. Aliás, quanto aos 69 casos notificados entre os anos de 2001 e 2011 nenhum deles foi confirmado.

Para os profissionais da UVEN as meningites talvez sejam as que mais causem preocupação na comunidade, visto que, quando ocorre a confirmação de um caso, ou até mesmo uma suspeita, a população entra em contato com os setores da saúde para obter mais informações sobre a

²⁷⁴ A vacina contra caxumba é aplicada em todo o território nacional nas crianças aos 12 meses de idade e costuma ser combinada à de sarampo e rubéola (é feita uma dose de reforço entre os quatro e seis anos).

doença. E quando o problema ocorre em crianças em idade escolar as diretoras das escolas solicitam que os profissionais da UVEN esclareçam os pais dos alunos sobre a doença:

(...) a meningite é uma doença que assusta, a preocupação aumenta com elas. E sempre quando tem um caso elas (diretoras das escolas) sempre ligam para cá, comunicam, pedem para ir lá, às vezes para fazer uma palestra, dar uma orientação para os pais. Até é uma forma de esclarecer e acalmar os pais. Que daí os pais estão com medo e querem que feche a creche ou a escola, querem que dê a quimioprofilaxia (vacinas e medicamentos) para todas as crianças. Só que daí não é indicativo. Aí elas solicitam isso, a gente vai lá faz uma palestra, dá uma orientação.

i) coqueluche

A coqueluche é uma doença infecciosa, transmitida por três bactérias do gênero *Bordetella*. É considerada a terceira causa de morte entre as doenças imunopreveníveis no mundo (IVANOFF & ROBERTSON, 1997).

Até bem pouco tempo atrás a coqueluche acometia, geralmente, as crianças. Com a introdução da vacina nos países desenvolvidos, na década de 1950²⁷⁵, houve uma brusca diminuição de incidência da doença. No entanto, de acordo com Campins-Martí et al (2001), a partir das décadas de 1980 e 1990 ocorreu uma reemergência dessa doença nesses países, já que, esses apresentaram um aumento da incidência de coqueluche em todas as faixas etárias. São várias as hipóteses que surgiram para explicar a causa dessa reemergência nos países desenvolvidos. Entre as explicações oferecidas por vários autores²⁷⁶, consideramos que existe uma que não oferece muito esforço para o seu entendimento. Ou seja, estamos nos referindo a uma melhora na capacidade de detecção de casos pelos sistemas de vigilância epidemiológica que se faz presente em vários países, principalmente, nos países desenvolvidos.

No Brasil, apesar de ser um país em desenvolvimento, já existe um sistema de informação capaz de detectar não somente coqueluche,

²⁷⁵ A vacina de coqueluche foi introduzida no Brasil somente em 1983, ou seja, trinta anos após a introdução nos países desenvolvidos.

²⁷⁶ Não é intenção deste trabalho demarcar cada uma dessas hipóteses, mas, para quem necessitar um aprofundamento do tema sugerimos a leitura da obra dos seguintes autores: Edmunds et al., 2002; Skowronski et al., 2002; Nteyayabo et al., 2003; Luz, Codeço & Werneck, 2003.

mas, várias outras doenças e, de acordo com Luz, Codeço & Werneck (2003), ainda não é possível somente com base nos dados da notificação compulsória verificar sinais de reemergência da coqueluche no Brasil.

Em se tratando de SC a partir de 2002 houve um aumento da notificação de casos suspeitos de coqueluche, conforme pode ser visualizado no anexo O. Creditamos esse crescimento da notificação ao fato de que foi a partir de meados do ano 2000 que grande parte dos municípios catarinenses começaram realmente a tomar as rédeas das suas competências em relação às ações e serviços da então vigilância epidemiológica; sendo uma de suas principais competências a notificação das doenças no seu território, o que equivale a dizer que houve um crescimento da notificação em SC não somente da coqueluche, mas, de várias outras doenças de notificação.

Quanto a Ninféia a primeira notificação de suspeita de coqueluche no município só ocorreu em 2004, isto é, somente após o município tomar para si os encargos da vigilância epidemiológica. Todos esses dados nos levam a crer que algumas doenças só começaram a se mostrar visíveis, pelo menos em SC, com a municipalização das ações e serviços da vigilância epidemiológica.

Ainda para complementar os dados de Ninféia destacamos que, de acordo com o SINAN, no município entre os anos de 2001 e 2011 dos 41 casos de coqueluche notificados somente foram confirmados dois casos (um em 2010 e outro em 2011).

j) hanseníase

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa, causada pelo Bacilo de *Hansen* ou *Mycobacterium leprae*. Não é considerada uma doença hereditária e sua evolução depende de características do sistema imunológico da pessoa que foi infectada. Apresenta múltiplas manifestações clínicas e se exterioriza, principalmente, por lesões dos nervos periféricos e lesões cutâneas e, dessa forma, pode causar incapacidades físicas e deformidades que, em geral, causam preconceito e exclusão social. O contágio é exclusivamente entre os seres humanos e ainda não existe vacina para a sua prevenção. No entanto, ela é curável desde que precocemente diagnosticada e tratada. O tratamento da doença é longo durando em média um ano (FIOCRUZ, 2012).

De acordo com a OMS em 2009 cerca de dezesseis países no mundo notificaram mil ou mais casos de hanseníase. A Índia é o país no qual foram notificados o maior número de casos novos da doença (133.717); em segundo lugar temos o Brasil com 37.610 casos novos que correspondem a 93% dos casos novos de hanseníase nas Américas

(OMS, 2012). Dessa forma, podemos dizer que a hanseníase se constitui num importante problema de saúde pública no país cujo programa de eliminação está entre as ações prioritárias do MS.

Na região sul do Brasil, compreendendo a série histórica de 2001-2011, o maior número de casos confirmados estão localizados no estado do Paraná (18.180), ficando Santa Catarina em segundo lugar com 2.786 e, finalmente, Rio Grande do Sul com 2.586 casos confirmados (BRASIL, 2012f).

Nesse mesmo período, os municípios que apresentaram mais de 100 casos confirmados em SC, segundo o SINAN, foram: Canoinhas (104 casos), Chapecó (200), Florianópolis (271) e Itajaí (143 casos).

Quanto a Ninfeia a tabela abaixo apresenta uma série histórica entre os anos de 2001-2011 comparando os casos de hanseníase notificados no município e os casos confirmados no SINAN:

Tabela 8 - Casos de hanseníase notificados X Casos novos confirmados - Ninfeia, 2001-2011

Anos	Casos notificados	Casos novos confirmados
2001	-	-
2002	3	3
2003	2	2
2004	3	3
2005	-	-
2006	-	-
2007	-	-
2008	2	2
2009	2	1
2010	8	7
2011	2	1
Total	22	20

Fonte: Dados fornecidos pela coordenação da UVEN (2011); BRASIL (2012f)

Dos 20 casos confirmados de hanseníase em Ninfeia encontramos sete portadores do sexo masculino e 13 do sexo feminino. E ainda considerando os resultados da tabela cima podemos apontar que em Ninfeia os profissionais médicos estão conseguindo diagnosticar com sucesso os novos casos de hanseníase, já que, não há grandes discrepâncias entre os casos notificados e os casos novos confirmados. Além disso, pudemos verificar, por meio do SINAN, que ao contrário da tuberculose não há registros de abandono do tratamento de hanseníase no município.

k) hepatites virais

De modo geral, as hepatites se apresentam como um problema de saúde pública mundial. Inclusive no Brasil existe desde o ano de 2002 o Programa Nacional de Hepatites Virais que tem como objetivos: desenvolver as ações de promoção da saúde, prevenção e assistência aos pacientes com hepatites virais; reforçar a vigilância epidemiológica e sanitária; ampliar o acesso e incrementar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade; organizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o conjunto das ações de saúde na área de hepatites (BRASIL, 2005b).

A palavra hepatite designa qualquer degeneração do fígado por causas diversas, sendo as mais frequentes as infecções pelos vírus tipo A (HAV), B (HBV) e C (HCV)²⁷⁷ e o abuso do consumo de álcool ou outras substâncias tóxicas (como alguns remédios).

A hepatite causada pelo vírus tipo A é considerada a mais comum e é transmitida por água e alimentos contaminados ou de uma pessoa para outra. Já o vírus da hepatite B e C são transmitidos por via parenteral (por meio do sangue: compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos) e por via sexual e ambos podem trazer sérias complicações que vão desde o acometimento de um quadro crônico até um câncer de fígado (FIOCRUZ, 2012). Apesar de não haver ainda a vacina contra a hepatite do tipo C no Brasil, o SUS disponibiliza vacinas para a prevenção das hepatites A e B²⁷⁸.

Além disso, as hepatites virais são consideradas doenças de notificação compulsória no país, o que permite um rastreamento da fonte de infecção por meio da investigação epidemiológica de cada caso auxiliando também na identificação de casos novos. Consideramos que essas atividades são essenciais para a implantação de medidas de

²⁷⁷ Além desses três tipos de vírus ainda há o tipo D (HDV) e o E (HEV). O tipo D depende da presença do vírus do tipo B para infectar uma pessoa e a contaminação ocorre da mesma forma em ambos tipos. Já o tipo E é bastante comum na África e na Ásia e é considerado raro no Brasil. Sua transmissão é fecal-oral, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus.

²⁷⁸ A vacina contra hepatite B pode ser tomada nos postos de saúde do SUS e as vacinas contra a hepatite A devem ser tomadas nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, visto que, essa vacina só é recomendada em situações especiais como, por exemplo, em pessoas portadoras de doenças crônicas no fígado ou que fizeram transplante de medula óssea.

prevenção e controle adequadas. Já em termos coletivos essa vigilância permite acompanhar a tendência da doença e avaliar as medidas de prevenção que estão sendo executadas.

O sistema de saúde brasileiro também disponibiliza para todos os cidadãos tratamento em toda a sua rede de assistência que é dividida em três níveis: ABS que compreende os CTAs, Unidade Básica de Saúde, Programa Saúde da Família; a Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade; e Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade.

É importante destacarmos que entre todas as doenças de notificação no Brasil as hepatites dos tipos B e C, por se mostrarem assintomáticas na sua fase aguda, apresentam índices significativos de subnotificação (FIGUEIREDO & OLIVEIRA, 2009). Esse fato com certeza compromete os números apresentados no SINAN. Mas mesmo assim, para um demonstrativo entre Brasil, SC e Ninféia apresentamos na tabela abaixo a somatória da série histórica, 2001-2011, dos casos confirmados dos três tipos de hepatite nos três entes federados, de acordo com dados obtidos por meio do SINAN:

Tabela 9 – Total de casos confirmados de hepatite vírus A, B, C: Brasil, Santa Catarina e Ninféia, 2001-2011.

Entes federados	Vírus tipo A	Vírus tipo B	Vírus tipo C	Total
Brasil	163.511	153.328	144.336	461.175
Santa Catarina	3.388 (2,07%)	13.088 (8,53%)	8.473 (5,87%)	24.949 (5,40%)
Ninféia	6	30	41	77

Fonte: Brasil (2012f)

Em SC, de acordo com os últimos dados da DIVE/SC, a concentração de municípios com alta prevalência do vírus B é encontrada nas regiões do meio oeste e extremo oeste do estado²⁷⁹. Já a hepatite C o índice maior se concentra na região litorânea. Esse fato ocorre devido a algumas características da região como: presença de portos, o tráfico de drogas ilícitas, estruturação de ambulatórios especializados, tratamento concomitante da coinfeção pelo vírus HIV, entre outros (SANTA CATARINA, 2012).

²⁷⁹ De acordo com a DIVE/SC numa série histórica de 1994-2010 o município de Chapecó apresentou o maior índice de casos de hepatite B e Florianópolis de hepatite C.

Quanto a Ninfeia foram notificados entre os anos de 2001 e 2011, 177 casos de hepatites (tabela 7). Sendo que, os números apresentados na tabela 9 mostram que 77 desses casos foram confirmados como sendo hepatite do tipo A, B e C. Comparando o percentual do número de casos confirmados dos três tipos de hepatite entre SC e Ninfeia observamos que no município esse percentual é pequeno (0,3%). No entanto, de acordo com os profissionais da UVEN há no município um número significativo de subnotificação da hepatite tipo A, já que, ela não é considerada uma doença grave.

5.14 PERCEPÇÕES DOS SANITARISTAS/PESQUISADORES E DO TÉCNICO DA DIVE/SC X RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO EM NINFEIA

Finalizando o capítulo vamos realizar um cotejamento entre a concepção dos sanitaristas/pesq. e do técnico da DIVE/SC, e os dados que foram apurados no estudo de caso em Ninfeia, com base nas entrevistas realizadas com os profissionais das três unidades de vigilância do município e nas observações da pesquisadora durante o trabalho de campo. Seguindo o mesmo esquema dos capítulos anteriores apresentaremos o cotejamento em dois quadros. No primeiro confrontamos as observações na pesquisa de campo, com as questões que foram referenciadas pelos sanitaristas/pesq. como sendo pontos ainda não aprimorados da descentralização do setor da saúde²⁸⁰.

No segundo quadro aprofundamos esse cotejamento no que diz respeito às fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis. Lembramos que atualmente a vigilância epidemiológica se encontra comprometida institucionalmente com a Vigilância em Saúde (que engloba a epidemiológica e ambiental). Sendo que, neste trabalho levamos em conta também a vigilância sanitária que tem ações que complementam o trabalho dos outros dois setores.

²⁸⁰ As questões levantadas pelos sanitaristas/pesq. e pelo técnico da DIVE/SC em relação aos estados e ao MS infelizmente não poderemos confrontar aqui neste trabalho, uma vez que, essas questões extrapolam o objetivo que foi o estudo de caso em um município. Mas, para uma próxima pesquisa esse seria um tema bem interessante.

Quadro 32- Pontos não aprimorados na descentralização do setor da saúde segundo os entrevistados X Observações realizadas em Ninfeia

Percepções dos sanitaristas/ pesquisadores e do técnico	Observações da pesquisadora no estudo de caso
atrelamento dos secretários municipais de saúde as políticas partidárias.	Não houve indícios na pesquisa que comprovassem que o atual gestor estivesse de alguma forma priorizando as políticas partidárias em detrimento ao andamento normal dos serviços e das ações que competem aos profissionais da Vigilância em Saúde. Pelo contrário, de acordo com os profissionais das vigilâncias e da observação em campo, o atual gestor está bastante empenhado em resolver os problemas do município relacionados à saúde.
pouco investimento por parte dos estados e municípios em ações de prevenção, formação e desenvolvimento de capacitação de recursos humanos.	não houve manifestações negativas por parte dos profissionais entrevistados quanto aos recursos materiais disponíveis para as vigilâncias. Quanto à formação e desenvolvimento da capacitação de recursos humanos observou-se certa insatisfação entre os profissionais com a ausência prolongada do CBVE.
falta de supervisão do MS/ estados quanto ao emprego dos recursos em saúde; falta de mecanismos de controle para evitar desvios de recursos; uso de clientelismo político/ partidário no que diz respeito às ações e recursos na saúde.	observamos que os recursos destinados ao município, principalmente os que são disponibilizados pelo MS (fundo a fundo), passam por um processo licitatório e esse pode ser considerado um mecanismo de supervisão/controle utilizado para evitar os desvios de recursos. No entanto, nessa pesquisa não foi possível aprofundarmos mais o tema para podermos afirmar que não existe qualquer tipo de clientelismo na compra de materiais para as vigilâncias.
deslocamento/demissão de pessoas capacitadas em determinadas atividades para outras em consequência da mudança de gestor.	Em Ninfeia os profissionais das vigilâncias e também da ESF não são regidos por um contrato de trabalho com validade determinada dificultando a possibilidade de demissão desses profissionais em função da troca de gestor. Quanto ao deslocamento de profissionais não houve nenhuma manifestação dos entrevistados.
falta de plano de cargos e carreira para os profissionais da saúde.	Na UVAN já há discussão sobre o plano de cargos no setor na tentativa de implementar uma diferenciação do trabalho dos ACEs e dos supervisores de campo.
falta de integração entre as secretarias de saúde, educação, meio ambiente, agricultura (intersectorialidade).	foi possível observarmos que já há serviços e ações sendo trabalhados intrasetorialmente, pelo menos no que diz respeito à vigilância das doenças transmissíveis. Já as ações intersectoriais se mostraram ainda incipientes, mas, em expansão.
falta de supervisão e avaliação dos estados em relação aos dados produzidos pelos municípios.	Podemos apurar que a Regional de Saúde do município mantém certo controle dos dados que são produzidos pelas vigilâncias. No entanto, não foi possível averiguar até que ponto essa supervisão é eficiente.

continua

Percepções dos sanitaristas/ pesquisadores e do técnico	Observações da pesquisadora no estudo de caso
falha nos registros de notificação.	Foi possível detectar que há subnotificação tanto no estado de SC quanto no município de Ninfeia em relação a algumas doenças. No município de pesquisa as consideradas subnotificadas são as DSTs e a hepatite tipo A.
pouca importância dada pela ABS ao papel de saúde pública nos registros de notificação.	Os entrevistados apontaram uma significativa melhora dos setores da ABS na notificação de doenças e agravos.

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas realizadas pela pesquisadora (2010, 2011)

No quadro acima podemos observar que grande parte das questões levantadas pelos sanitaristas/pesq. como sendo ainda uma fragilidade da descentralização do setor da saúde, no município estudado foi possível verificarmos que essas estão sendo superadas, seja em razão do comprometimento do atual gestor municipal da saúde ou dos próprios profissionais das vigilâncias.

Entretanto, em momento nenhum podemos afirmar que no município de Ninfeia essas fragilidades já estão completamente resolvidas. Mesmo porque, conforme apresentamos nos capítulos anteriores, o modelo implantado de descentralização do setor da saúde no Brasil é bastante complexo, seja sob o ponto de vista administrativo, financeiro ou operacional, que pode ainda vir a acarretar implicações para o bom andamento do setor saúde em âmbito municipal. Como também não podemos afirmar que esse caminho que Ninfeia está seguindo no intuito de superar essas fragilidades não venha a sofrer um retrocesso num futuro próximo, com a mudança da gestão. Mas, no momento desta pesquisa é impossível não notarmos que há um esforço para levar adiante no município um aprimoramento da descentralização do setor da saúde.

Seguindo com o esquema do trabalho apresentamos abaixo o quadro que introduz as fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis de acordo com as percepções dos sanitaristas/pesq., do técnico da DIVE/SC e as observações realizadas na pesquisa de campo em Ninfeia.

Quadro 33 -- Fragilidades da descentralização das ações da vigilância epidemiológica segundo os entrevistados X Observações realizadas em Ninfeia

Percepções dos entrevistados	Observações da pesquisadora em Ninfeia
pouca atenção dos entes federados às doenças de caráter endêmico.	não observamos nenhuma doença de caráter endêmico no município. Porém, as doenças que fazem parte da Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde essas são consideradas prioritárias pelas unidades de vigilância.
ausência de experiência prévia dos estados/municípios na aplicação de inseticida/ larvicida/ moluscicidas; busca ativa de casos.	as observações dos sanitaristas/pesq. não se aplicam ao município, uma vez que, fazem parte da UVAN e da UVEN dois profissionais com ampla experiência nessas questões.
ausência de experiência prévia dos estados e municípios em saneamento básico	esse é um problema que atinge grande parte dos municípios brasileiros. No entanto, Ninfeia está enfrentando o problema, inclusive, chamando a comunidade para discutir questões relacionadas ao saneamento.
falta de políticas intersetoriais entre os setores da saúde e meio ambiente para o controle e monitoramento de doenças que são oriundas da fauna silvestre brasileira.	Ninfeia, assim como grande parte dos municípios brasileiros, não dispõe de quaisquer políticas intersetoriais quanto ao controle e monitoramento de doenças oriundas da fauna silvestre.
municípios menores ainda apresentam um desempenho insatisfatório no controle de endemias e doenças infecciosas que são agravados pela carência de profissionais de nível superior.	o ideal seria que todos os municípios brasileiros pudessem acolher no seu staff profissionais de nível superior como epidemiologistas, sanitaristas, entre outros. Mas, também entende-se como sendo um avanço alguns municípios manterem no staff das vigilâncias um veterinário e um infectologista, como há em Ninfeia.
risco de uso irregular dos recursos financeiros municipais; uso inadequado de recursos materiais (veículos, barcos entre outros).	não foi objetivo desta pesquisa saber das irregularidades quanto ao emprego dos recursos financeiros da saúde municipal. Mas, devido à confiança que os profissionais mostraram ter no trabalho do gestor, inicialmente, descartamos essa hipótese. Quanto ao uso inadequado dos recursos materiais não houve indícios de que isso esteja ocorrendo, já que, todos se mostraram bastante empenhados no trabalho em benefício da população do município.
falta mais capacitação em epidemiologia; carência de técnicos capacitados nos estados e municípios, principalmente, no controle de algumas doenças endêmicas; gestão municipal sem capacitação em epidemiologia.	a capacitação dos técnicos municipais e dos gestores é realmente uma falha que deveria ser suprida pela DIVE/SC, ou seja, é competência do estado dar mais ênfase a essa capacitação.
pouca atenção/omissão dos gestores municipais com as doenças endêmicas.	apesar do município de pesquisa não apresentar nenhuma doença endêmica em seu território, observou-se que o gestor está empenhado, junto às vigilâncias, para resolver os problemas relacionados à saúde da população principalmente quanto à prevenção da dengue.

continua

Percepções dos entrevistados	Observações da pesquisadora em Ninfeia
<p>falta de priorização da notificação das doenças no município como forma de gerar metas em saúde para o município.</p> <p>uso político dos profissionais da saúde pelo gestor municipal.</p>	<p>Ninfeia segue a Programação do estado em relação às metas em saúde. Quanto à notificação de doenças observou-se que os profissionais das vigilâncias estão muito atentos ao problema.</p> <p>não foi observado nas entrevistas nenhum tipo de arranjo político que envolvesse os profissionais da vigilância. Pelo contrário, as três vigilâncias apresentam autonomia na gestão das suas atividades.</p>
<p>melhorar a integração entre a ABS e os serviços de Vigilância em Saúde,</p>	<p>de acordo com os profissionais das vigilâncias a ESF é considerada uma parceira. Quanto aos ACSs e os ACEs estes apresentaram um trabalho bastante integrado no município.</p>
<p>falta de vontade dos profissionais da saúde em relação à notificação de doenças</p>	<p>ressalta-se que o município apresenta subnotificação de doenças, principalmente, as DSTs e a hepatite tipo A.</p>
<p>falta de aproveitamento do pessoal nas áreas em que estes foram capacitados.</p>	<p>não se aplica ao município, uma vez que, os profissionais são capacitados de acordo com a área na qual trabalham.</p>
<p>falta de valorização do trabalho de campo dos ACSs e ACEs.</p>	<p>de acordo com os entrevistados o trabalho do ACEs é valorizado no município tanto pela gestão quanto pela comunidade.</p>
<p>necessidade de melhorias na supervisão dos trabalhos dos profissionais da saúde.</p>	<p>a supervisão dos trabalhos dos ACEs é realizado regularmente no município.</p>

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas realizadas pela pesquisadora (2010, 2011)

De todas as fragilidades apontadas pelos sanitaristas/pesq. e pelo técnico, quanto à descentralização das ações da vigilância epidemiológica referentes às doenças transmissíveis, somente duas delas não estão contempladas de alguma forma no município de Ninfeia. A primeira diz respeito às políticas intersetoriais para o controle e monitoramento de doenças oriundas da fauna silvestre. Nesse caso, é importante destacarmos que no Brasil essa política está sendo executada somente por alguns estados no que concerne ao controle da raiva dos morcegos que pode afetar tanto os animais domésticos quanto o ser humano²⁸¹.

A segunda fragilidade apontada pelos entrevistados diz respeito à falta de capacitação dos técnicos municipais em epidemiologia. Consideramos que essa falha está ocorrendo em grande parte dos

²⁸¹ O controle da fauna silvestre já foi destacado anteriormente na seção 4.7 por um dos entrevistados. Mas, para quem se interessar em aprofundar mais seus conhecimentos sobre o tema sugerimos a leitura de Klein-Gunnewiek (2005).

municípios brasileiros, já que, essa capacitação deveria ser suprida pelos estados.

5.15 SÍNTESE ANALÍTICA DO CAPÍTULO

O primeiro ponto a ser destacado neste capítulo se refere ao período de vigência das instituições como a SUCAM que colocaram em prática no Brasil o projeto erradicador das doenças proposto pela OMS. O objetivo desse projeto era erradicar os vetores das doenças numa tentativa de exterminar os agentes infecciosos. Ao longo dos anos, à medida que novos conhecimentos epidemiológicos foram se desenvolvendo, os métodos de intervenção se aprimoraram e atualmente as vigilâncias atuam muito mais no controle e prevenção das doenças do que na erradicação destas. Esse novo olhar epidemiológico foi acompanhado no Brasil por mudanças estruturais que criaram um novo modelo organizacional na saúde que municipalizou os serviços e ações das vigilâncias (epidemiológica, ambiental e sanitária), contribuindo na priorização das demandas locais em saúde. No entanto, os municípios seguem normas específicas das instâncias superiores, recebem recursos financeiros e contribuem com estes, e têm atribuições que devem ser seguidas por todos. Uma das principais atribuições dos municípios é a emissão de dados, originários das notificações de doenças e das investigações epidemiológicas, que devem ser incluídos no sistema de informação em saúde vigente no país.

O segundo ponto é que em Ninféia encontramos um sistema ativo de vigilância que se caracteriza pelo estabelecimento de um contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe de vigilância epidemiológica e as fontes de informação, que em geral são constituídas pelos profissionais dos postos de saúde, centros de saúde, hospitais, laboratórios e outros setores públicos de saúde. Já o setor de saúde privado, do qual fazem parte as clínicas e consultórios médicos, parece não estar incluído nesse sistema ativo de vigilância no município de Ninféia. Esse fato, com certeza, exclui do sistema de informação várias doenças, que estariam sendo subnotificadas. Entretanto, não fundamentamos a subnotificação no setor privado como sendo unicamente uma consequência da falta de conhecimento dos profissionais da saúde quanto à obrigatoriedade dessas notificações, mesmo porque, em Ninféia a grande maioria dos profissionais de saúde que trabalham no setor privado são os mesmos que trabalham no setor público e esses recebem capacitação pela DIVE/SC quanto a essa

atividade. Entendemos que falta com que o MS realize uma campanha em âmbito nacional que priorize as notificações de doenças, explicando a todos profissionais da saúde, tanto do sistema público de saúde quanto do privado, porque isso é importante para a população brasileira. E caso isso já esteja sendo realizado cabe ao MS junto ao Conselho Federal de Medicina fazer cumprir essa obrigatoriedade, seja por meio de advertências ou sanção administrativa do próprio Conselho.

No terceiro ponto ressaltamos que nesta pesquisa a Vigilância em Saúde e também a unidade de vigilância sanitária do município de Ninféia mostraram-se caminhando gradualmente para a organização de uma prática dirigida à produção social da saúde. Pois, observamos que em busca da solução de alguns problemas locais as unidades rompem com a tradicional unisetorialidade e apresentam graus de intrasetorialidade. Inclusive essa integração ocorre entre as unidades e a ESF.

O quarto ponto trata-se da intersetorialidade no município de Ninféia em relação às unidades das vigilâncias com outros setores, governamentais ou não, do município. Quanto a isso foi possível verificar na pesquisa que a vigilância ambiental foi a que se mostrou mais ativa ao congregar atividades com outros setores como a Secretaria de Meio Ambiente, com a coleta de lixo reciclável; a Secretaria de Obras e Infraestrutura, com a coleta especial de lixo pesado; Secretaria de Agricultura, Desenvolvimento Rural e Aquicultura, que repassa o mapeamento de toda a zona rural do município para que a UVAN possa dar continuidade ao seu trabalho de aplicação de larvicidas em córregos e nascentes e também disponibiliza um funcionário para aplicar larvicida em alguns locais da zona rural do município. Inclusive a UVAN está buscando fora do território (físico, político e econômico) do município de Ninféia e até mesmo fora do estado de SC, alternativas para enfrentar alguns problemas sociais que afetam sobremaneira a saúde da população como é o caso do convênio que está sendo discutido entre a Secretaria de Saúde, a Secretaria de Meio Ambiente e uma empresa de São Paulo que recolhe os pneus inservíveis nos ecopontos e dá um destino final a eles. Também pudemos observar que a UVSN está aos poucos criando vínculos intersetoriais quando envolve outros setores não governamentais na realização de palestras para profissionais da saúde.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte final do trabalho resolvemos apresentar os resultados da pesquisa complementados com os pontos principais das sínteses analíticas que finalizaram cada um dos capítulos desta tese.

Sendo assim, cabe iniciarmos nossas considerações explicando que este estudo empreendeu uma pesquisa qualitativa que objetivou responder as seguintes questões: quais foram os percursos das políticas e das instituições que estavam relacionadas à vigilância das doenças transmissíveis no Brasil no período anterior a década de 1990 e posterior a esta? Quais os elementos remanescentes que estruturam essa política hoje? Quais as percepções de alguns sanitaristas/pesq., que atuavam no país nas décadas anteriores a 1990, sobre as últimas mudanças ocorridas na saúde com a municipalização das ações e serviços da vigilância das doenças transmissíveis? E, finalmente, como o município de pesquisa tem absorvido essas mudanças que sobrevieram com a política descentralizada do setor da saúde, a partir da década de 1990, no que diz respeito as suas competências em relação à vigilância das doenças transmissíveis?

Para tentarmos responder essas questões foi necessário adotarmos dois métodos de pesquisa. O primeiro método empregado foi a pesquisa bibliográfica enfatizando uma revisão e análise histórica das políticas de saúde relacionadas às doenças transmissíveis, correspondentes ao período anterior e posterior à década de 1990. As fontes de dados utilizadas nesta primeira parte foram: a legislação brasileira e demais documentos institucionais disponíveis para pesquisa; entrevistas com cinco sanitaristas/pesq.; entrevista com um dos técnicos que atua na DIVE/SC; e também nos apoiamos em vários autores que realizaram estudos sobre esses períodos compreendendo alguns temas que fizeram parte deste trabalho.

Na primeira parte da pesquisa foi possível verificar que no século XX, nas décadas anteriores a 1990, a trajetória das políticas de saúde referente às doenças transmissíveis no Brasil foi se transformando de acordo com os problemas emergenciais na saúde pública e, também, de acordo com os momentos políticos vigentes no país que ora apregoava a centralização (que vigorou de 1808 a 1822 e de 1930 a 1988) e ora a descentralização da área da saúde (em vigência de 1822 a 1930).

Nos períodos em que foi adotado um modelo centralizado da área da saúde foram sendo criados vários órgãos que, submetidos a um

comando central, de certa forma, garantiram a organização e o desenvolvimento da vigilância das doenças transmissíveis com a colaboração de instituições internacionais. Podemos considerar que esses órgãos foram primordiais para a continuação das campanhas sanitárias do início do século XX; foram imprescindíveis para que houvesse no país o aumento das pesquisas e estudos sobre as endemias, com a finalidade de ampliar o conhecimento das mesmas e aperfeiçoar os métodos profiláticos destinados a combatê-las; foram eficazes na formação de recursos humanos que até hoje continuam a passar seu expertise para os atuais profissionais que se encontram na Vigilância em Saúde dos municípios; foram essenciais na difusão da educação sanitária para a população brasileira. Além disso, esses órgãos podem ser considerados os alicerces da estruturação da vigilância epidemiológica no Brasil.

Em contrapartida, no período anterior a década de 1990 cujo modelo adotado foi a descentralização do setor da saúde muito pouco foi realizado para enfrentar as epidemias e endemias, pois, os estados e municípios brasileiros não se encontravam preparados financeiramente e, muito menos, tecnicamente para tal empreendimento (exceto São Paulo). Mas, foi durante esse período que o Congresso Nacional estabeleceu as bases da defesa sanitária impondo a notificação compulsória de algumas doenças em 1902.

Este estudo também propiciou identificar que o sistema de saúde vigente hoje no Brasil foi impulsionado num período em que a saúde encontrava-se centralizada, na década de 1960, quando o clima político favoreceu o fortalecimento de ideais inspirando a continuação da ideia de um novo sistema de saúde descentralizado e universal. No entanto, esses ideais só se tornaram realidade para todos os brasileiros no final da década de 1980 quando foi promulgada no Brasil a Constituição Cidadã.

A partir da década de 1990, com os ventos da democratização soprando forte pelo Brasil, passamos a vivenciar uma política de saúde descentralizada. No entanto, é possível apontarmos que o atual modelo descentralizado do setor da saúde adotado no Brasil mostra-se híbrido, pois, apresenta graus de centralização quando estabelece que os estados e municípios devem seguir normas que são criadas em âmbito federal e depois pactuadas e negociadas com os entes federados. Apresenta graus de centralização também nas regras quanto à utilização de recursos; prestação de contas; inclusive, regras em relação à realização dos serviços e ações da vigilância das doenças transmissíveis.

Em se tratando da descentralização dos serviços e ações da vigilância epidemiológica foi possível detectarmos neste estudo que no

início da década de 1990, no período de transição entre o modelo centralizado para um novo modelo descentralizado, a estimulação da municipalização das ações da vigilância epidemiológica ocorreu de forma gradual para os municípios. Inicialmente, as normas quanto às metas e atividades a serem desenvolvidas pelos estados e municípios passaram a ser definidas pela FUNASA/CENEPI, ficando o financiamento das ações de vigilância epidemiológica a cargo das três esferas de governo.

Já ao longo da década de 1990 houve mudanças nas atividades da vigilância epidemiológica, que anteriormente eram aplicadas somente para as doenças transmissíveis e, atualmente, são aplicadas também para as doenças não transmissíveis e outros agravos. Grande parte das doenças transmissíveis devem ser notificadas tanto pelos serviços público de saúde (sejam eles federais, estaduais ou municipais), quanto pelos serviços privados. Cabendo as unidades de vigilância epidemiológica municipal realizar a investigação de algumas doenças transmissíveis.

Aliás, a forma como a vigilância epidemiológica está estruturada atualmente no país prioriza não somente a vigilância das doenças, mas, principalmente, a vigilância dos riscos que antes de 1990 eram administrados de forma centralizada, sendo que, as ações das importantes instituições que administravam esses riscos recaiam, em boa parte, na educação sanitária, principalmente, da população das áreas rurais do país.

Foi possível constatarmos também que com a reorganização do MS, em 2003, a vigilância epidemiológica passou a fazer parte de uma estrutura muito mais ampla denominada de Vigilância em Saúde, que abriga também o setor de vigilância ambiental e do trabalhador além de outros setores. Apesar dessa fragmentação o MS recomenda a integração entre todas as áreas correspondentes ao setor da saúde. Essa integração implica em procedimentos de ações interdependentes, e essas ações, de maneira geral, visam à promoção da saúde juntamente com a prevenção, monitoramento e o controle das doenças transmissíveis. No entanto, algumas pesquisas apontam que há várias dificuldades nessa pretendida integração entre os setores da saúde.

Foi possível constatarmos também que com a descentralização dos serviços e ações da Vigilância em Saúde, houve necessidade dos municípios estruturarem unidades locais próprias constituídas de equipe de funcionários capacitados que devem seguir as normas pactuadas entre os gestores no que diz respeito às ações das vigilâncias seja, ambiental ou epidemiológica. No entanto, muitos municípios ainda não

conseguiram implantar no seu território a unidade de Vigilância em Saúde e, sendo assim, geralmente são os profissionais da ABS (ESF) que, muitas vezes, acabam realizando essas atividades.

Ficou claro que o problema da subnotificação de doenças não faz parte somente do sistema público de saúde, uma vez que, o sistema privado também é responsável por essa notificação. E se considerarmos que esse setor representa uma parcela significativa da assistência à saúde no Brasil, podemos então inferir que os dados que constam do sistema do SINAN encontram-se distorcidos e, sendo assim, estão comprometendo a análise realizada pelos órgãos competentes (federal, estadual ou municipal) para a tomada de decisão.

Também é importante mencionarmos que grande parte dos municípios catarinenses, mesmo tendo a sua disposição um sistema como o SINAN, cujos dados podem ser utilizados para uma análise da situação epidemiológica da população, inclusive, propondo planejamento de saúde e priorização de intervenções, ainda não conseguem utilizar esses dados para tal fim. Isso porque há falta de profissionais capacitados para realizar esses tipos de análises e isso acaba limitando esses municípios frente ao potencial que está a sua disposição no sistema de informações. Dessa forma, consideramos que a capacitação do nível municipal ainda está caminhando lentamente no que diz respeito, principalmente, a análise dos dados provenientes da notificação das doenças transmissíveis.

Esse estudo também apontou que no Brasil há falhas nos currículos dos cursos superiores voltados para a saúde, uma vez que, grande parte dos profissionais da saúde que passam a trabalhar tanto no setor público quanto no privado desconhecem quais são as doenças de notificação compulsória e a obrigatoriedade dessa notificação (ou dão pouca importância para a notificação).

Essa pesquisa oportunizou conhecermos as percepções de alguns sanitaristas/pesq. sobre os aspectos positivos e negativos da política descentralizada do setor da saúde no Brasil. Entre os aspectos positivos destacamos: a autonomia dos municípios frente as suas demandas de saúde; corresponsabilidade financeira na saúde; expansão da oferta de serviços; desenvolvimento de instâncias de pactuação e negociação entre os entes federados, bem como, desenvolvimento dos Conselhos de Saúde.

Quanto à descentralização dos serviços e ações da vigilância epidemiológica os aspectos positivos apontados pelos entrevistados foram: a crescente disseminação do conhecimento da Epidemiologia; uma sensibilização maior dos gestores municipais quanto à necessidade

de prevenção e controle de doenças e agravos; aumento significativo da capacitação dos profissionais da saúde municipais em relação à execução das ações de vigilância epidemiológica; a implantação de unidades de vigilância epidemiológica municipais, embora, muitos municípios ainda não tenham aderido a essa estruturação municipal; melhoria na rapidez dos diagnósticos e tratamentos precoces de algumas doenças diminuindo os índices de internações e óbitos em âmbito municipal; e a extrema facilidade da notificação por meio eletrônico.

Entretanto, esse complexo modelo descentralizado do setor da saúde adotado no país encontra-se bastante desigual entre os entes federados, uma vez que, nem todos conseguem arcar com as competências que lhe foram imputadas pelos mais variados motivos. Sejam eles em consequência do uso de clientelismo partidário, no que diz respeito às ações e recursos na saúde, ou até mesmo cooptação de alguns Conselhos Municipais de Saúde pelos gestores tornando a participação e o controle social metas não atingidas, como vários estudos têm apontado. Outro entrave relevante desse modelo que repercute diretamente no controle das doenças transmissíveis é a falta de uma política intersetorial.

Além desses problemas, nas percepções dos sanitaristas/pesq., enfrentamos ainda pouco investimento por parte dos estados e municípios na capacitação de recursos humanos, especialmente, nas capacitações em atividades que devem ser realizadas no trabalho de campo que, anteriormente, faziam parte das instituições extintas como a SUCAM, por exemplo; uso irregular pela gestão municipal dos recursos financeiros; falta de aparelhamento dos municípios frente às novas responsabilidades que acabam acentuando uma grande diversidade de níveis de organização setorial no país; carência de profissionais de nível superior capacitados, inclusive, em epidemiologia nos municípios e também nos estados; falta de valorização do trabalho de campo dos ACSs e ACEs.

Finalizando as considerações sobre a primeira parte da pesquisa ressaltamos que, em se tratando da configuração das políticas de saúde no período anterior a década de 1990, durante este estudo foi possível identificar elementos remanescentes, isto é, elementos que continuam a fazer parte da atual estrutura da política de saúde. Esses elementos sofreram algumas modificações para se adaptar ao novo modelo descentralizado que vigora atualmente no país, bem como, passaram por um processo de acomodação aos novos problemas em saúde que foram surgindo ao longo dos anos. Porém, consideramos que a essência desses

elementos continua sendo a mesma. No quadro abaixo estamos sintetizando alguns desses elementos que fizeram parte deste estudo.

Quadro 34 - Alguns elementos remanescentes das políticas de saúde do período anterior à década de 1990

Período anterior à década de 1990	Período posterior à década de 1990
<p>Criação do Serviço Nacional de Febre Amarela; de Malária; de Peste, de Lepra; e de Tuberculose.</p>	<p>Esses serviços continuam a existir em forma de Programas Nacionais que foram se expandindo também para outras doenças.</p>
<p>A imposição em 1902 da notificação de algumas doenças somente para a capital federal.</p>	<p>Atualmente a notificação de várias doenças é obrigatória em todo o território nacional e pode ser considerada uma das principais atribuições da vigilância epidemiológica. No entanto, os problemas com a subnotificação persistem, seja no sistema de saúde público ou no privado.</p>
<p>o SESP já utilizava a investigação epidemiológica e preenchimento da ficha respectiva que era realizada somente quando se tratasse de enfermidades que não ocorriam habitualmente na região ou enfermidades que estivessem sob controle dos Programas.</p>	<p>Hoje a investigação epidemiológica é obrigatória em todo o país para várias doenças. No entanto, essa investigação ainda é precária em algumas localidades.</p>
<p>A vacinação contra algumas doenças contagiosas foi proposta desde 1798.</p>	<p>Hoje temos o PNI que prevê a obrigatoriedade de vacinação contra algumas doenças contagiosas de modo sistemático e gratuito pelo SUS.</p>
<p>Os modelos dos centros e postos de saúde do SESP que ofereciam serviços de medicina preventiva e curativa cujas principais atribuições eram: o controle de doenças e das condições de saneamento; atendimento as gestantes e crianças; e educação sanitária.</p>	<p>Esses modelos sofreram algumas modificações, já que, hoje fazem parte da estrutura municipal de saúde, mas, podemos considerá-los como remanescentes do período anterior. Além disso, grande parte das atividades que eram realizadas nos postos e centros de saúde do SESP continuam a ser realizadas rotineiramente nos postos e centros de saúde atuais, principalmente, em se tratando dos serviços de medicina curativa e atendimento as gestantes e crianças.</p>
<p>As visitadoras sanitárias faziam parte do SESP e da FSESP e eram preparadas para visitar as famílias e ensinar normas básicas de higiene, nutrição e prevenção de doenças, eram aptas para auxiliar os médicos e enfermeiras nos centros de saúde e supervisionar as parteiras.</p>	<p>Atualmente as visitadoras sanitárias são conhecidas como ACSs e fazem parte da ESF que é municipal. Além disso, não houve modificações significativas nas atividades dessas agentes, exceto na supervisão das parteiras.</p>
<p>Os guardas sanitários faziam parte do SESP, DENERU, SUCAM e depois FUNASA suas principais atribuições eram: mapear e rastrear as zonas de focos de doenças; eliminar os focos de doenças; visitar domicílios; registrar todos os dados capturados nas visitas; e acompanhar os médicos e pesquisadores em suas visitas pelo sertão do Brasil.</p>	<p>Hoje esses profissionais fazem parte da vigilância ambiental e são conhecidos como agentes de endemias (ACEs) não havendo modificações significativas nas atividades desses agentes, exceto as visitas pelo sertão brasileiro, já que, hoje esses profissionais fazem parte da estrutura municipal de saúde.</p>

Fonte: Dados obtidos durante o estudo sobre o tema (2012)

Na segunda parte deste trabalho empregamos o estudo de caso único como método de pesquisa das Ciências Sociais, já que, o propósito era conhecer como um dos municípios de SC está se organizando frente às competências que lhe foram imputadas com a descentralização dos serviços e ações da vigilância das doenças transmissíveis. O município pesquisado foi escolhido porque apresentava, segundo Silva (2008a), uma boa organização do sistema de saúde. A principal fonte de dados utilizada nesta segunda parte foram entrevistas com oito profissionais das três unidades de vigilância do município, ou seja, vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária.

Utilizando o estudo de caso pudemos verificar que Ninfeia começou a organizar os seus serviços de saúde a partir de 1992. Atualmente o município conta com uma estrutura organizada de atendimento em saúde da sua população composta por vários setores, incluindo, uma unidade de Vigilância em Saúde, que agrega as vigilâncias epidemiológica e ambiental e, também, uma unidade de vigilância sanitária.

Quanto às unidades de Vigilância em Saúde e sanitária, as quais foram objetos desta pesquisa, pudemos verificar que estas encontram-se estruturadas tendo recursos financeiros, humanos e materiais compatíveis com as atividades realizadas. No entanto, entendemos que a capacitação destinada aos profissionais da vigilância em saúde, que é disponibilizada pela DIVE/SC, gera insatisfação entre os profissionais, uma vez que, os cursos são oferecidos somente para um dos profissionais e este tem como missão ser o multiplicador de informações.

Ainda foi possível verificar que as três vigilâncias municipais (ambiental, epidemiológica e sanitária) e também o setor da ABS, apesar de terem funções bem específicas, apresentaram graus de intrasetorialidade, que neste trabalho foi definida como sendo a realização de ações conjuntas ou a troca de informações entre os setores da saúde beneficiando a prevenção e o controle de doenças na comunidade. Ficou claro nesta pesquisa que um dos facilitadores da intrasetorialidade entre as vigilâncias é o fato delas estarem todas situadas num mesmo local.

Quanto à intersetorialidade foi possível constatar que a UVAN foi a que se mostrou mais ativa ao integrar atividades com outros setores governamentais. Inclusive, buscando fora do território do município e até mesmo fora do estado de SC, alternativas para enfrentar alguns problemas sociais que afetam sobremaneira a saúde da população local como, por exemplo, o acúmulo de pneus inservíveis no município.

No que diz respeito às competências municipais em relação às atividades das três unidades de vigilância de Ninféia, referentes às doenças transmissíveis, constatamos que estas tentam seguir as determinações do MS. Para expor os resultados obtidos apresentamos nos dois quadros abaixo uma comparação entre o que é determinado pelo MS e o que foi possível apurar nesse estudo.

Quadro 35 – Principais competências dos municípios em relação à vigilância das doenças transmissíveis segundo o MS X Resultados apurados no estudo de caso

Competências municipais quanto à vigilância das doenças transmissíveis	Resultados obtidos em Ninféia
Vigilância das doenças transmissíveis e vigilância ambiental em saúde.	Encontram-se organizadas no município as três unidades de vigilância.
Coordenação municipal das ações de vigilância em saúde, com ênfase nas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito.	O município segue as recomendações do MS e da SES/SC.
Normatização técnica.	Segue os padrões recomendados pelo MS.
Participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde.	Segue determinação federal e estadual.
Divulgação de informações e análises epidemiológicas.	Informações são repassadas para outros setores da saúde. Quanto à análise epidemiológica esse estudo indicou que é realizada pelos técnicos da DIVE/SC quando necessário, pois, o município não se encontra capacitado para realizar análises mais aprofundadas.
Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação.	Atividade realizada continuamente.
Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos.	O município está realizando capacitação para os profissionais do setor de imunização com o suporte do estado.
Definição em conjunto com os gestores municipais, na CIB, da PAVS em conformidade com os parâmetros definidos pela SVS.	Segue as definições do estado de SC.
Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo: consolidação dos dados provenientes das unidades notificantes, por meio de processamento eletrônico do SINAN e de outros sistemas que venham a ser introduzidos; e retroalimentação de dados.	Os profissionais da UVEN se mostraram muito empenhados em manter o sistema de informação atualizado e todas as atividades que o envolve rotineiramente em ordem. No entanto, sabe-se que os dados registrados não são efetivamente os reais, pois, há subnotificações de doenças. Assim como, temos conhecimento que as notificações provenientes do setor privado são escassas.
Envio dos dados ao nível federal ou estadual regularmente, dentro dos prazos.	O município segue o padrão recomendado para o envio das informações no prazo correto.

Fonte: Brasil (2009f); dados obtidos pela pesquisadora no município de análise (2012)

Quadro 36 – Principais competências dos municípios em relação à vigilância das doenças transmissíveis segundo o MS X Resultados apurados no estudo de caso

Competências municipais quanto à vigilância das doenças transmissíveis	Resultados obtidos em Ninfeia
Coordenação do componente municipal do PNI. Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados.	Atividade realizada sem maiores problemas Segue os padrões recomendados, mas, há problemas quanto à subnotificação na ESF e no CTA. Quanto aos agravos inusitados entendemos que grande parte deles estão deixando de ser notificados, uma vez que, os profissionais da saúde (médicos) não se encontram aptos para fazê-lo, seja por falta de conhecimento da necessidade da notificação destes, seja por falha nos currículos dos cursos da saúde.
Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas.	Segue os padrões recomendados e dentro do prazo estabelecido.
Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros.	A busca ativa de notificação é realizada habitualmente. Entretanto, a busca ativa preventiva não é realizada rotineiramente.
Abastecimento para realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a SES.	Atividade realizada continuamente.
Abastecimento para realização de exames laboratoriais para controle de doenças, definidas pela PAVS.	Atividade realizada continuamente.
Monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras.	Realizado rotineiramente pela UVSN seguindo a normatização federal.
Captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação.	Realizado rotineiramente pela UVAN.
Registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem.	Realizado rotineiramente pela UVAN.
Ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros.	Realizado rotineiramente pela UVAN.
Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do PNI incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação.	A coordenação e execução são realizadas pela UVEN. Foi possível verificar que o município encontra-se bem aparelhado e organizado quanto às atividades que são originárias do PNI.
Execução das ações básicas de vigilância sanitária.	Realizadas rotineiramente pela UVSN.

continua

Competências municipais quanto à vigilância das doenças transmissíveis	Resultados obtidos em Ninfeia
Gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações.	O município mostrou-se bem organizado quanto a isso. A dificuldade acontece para os insumos (larvicidas biológicos) em que deve ser realizada a compra por licitação em consequência da morosidade do processo.
Aquisição de equipamentos de proteção individual referentes aos uniformes e equipamentos necessários para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras atividades da rotina de controle de vetores.	O município tem requisitado a compra de todos os tipos de equipamentos de proteção individual e equipamentos para aplicação de produtos químicos.

Fonte: Brasil (2009f); dados obtidos pela pesquisadora no município de análise (2012)

Por fim, neste estudo de caso ficou claro que é o compromisso funcional dos profissionais das três unidades de vigilâncias e do atual gestor municipal da saúde, que faz a diferença quando se trata de seguir todas as imputações atribuídas aos municípios, com a descentralização do atual sistema de saúde, para se caminhar em direção a uma boa organização referente à prevenção, controle e monitoramento das doenças transmissíveis. Porém, lembramos que esse é o estudo de um caso que podemos considerar como “exitoso” não cabendo generalizações para outros municípios do estado de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; COUTO, Cláudio Gonçalves. O impasse da federação brasileira: o cenário político-financeiro e as suas consequências para o processo de descentralização. *Cadernos Cedec*, São Paulo, n. 58, 1996. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/CAD58.pdf>. Acessado em 29 de setembro de 2009.

AGUIAR, Dayse Santos de. A “saúde da família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aguiardsm.pdf>>. Acessado em 22 de fevereiro de 2009.

AGUSTINI, Josiane. *A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul*. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ALMEIDA FILHO, Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Introdução à Epidemiologia*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006. Capítulo 4, p. 73-85.

ALVANHAN, Rosângela A. Menezes et al. Vigilância epidemiológica. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antônio; CORDONI JUNIOR, Luiz. *Bases da saúde coletiva*. Londrina (PR): UEL; 2001. Capítulo 11, p.212-23.

ALVIM, Lúcia Teixeira. Federalismo, descentralização e política de saúde. *Revista do Legislativo*, Belo Horizonte, n. 25, jan e mar de 1999. Disponível em: <[http://www.almg.gov.br/RevistaL egis/ Revi sta25 /lucia25.pdf](http://www.almg.gov.br/RevistaL%20egis/Revista25/lucia25.pdf)>. Acessado em 14 de fevereiro de 2007.

ANDRADE, Márcio Magalhães de. Proposta para um resgate historiográfico: as fontes do SESP/FSESP no estudo das campanhas de imunização no Brasil. *Revista História, Ciência, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2 , p. 843-848, 2003.

ARAGÃO, Mário B. o ciclo anual dos anopheles do subgênero kerteszia, no sul do Brasil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, 1968.

ARRETECH, Marta. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 31, n. 11, p. 44-66, 1996.

_____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, 1999.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. *Revista Educação & Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, setembro de 2002.

_____. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade de et al (org). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Parte III p. 285-306.

ASSAD, Leonor. Doenças negligenciadas estão nos países pobres e em desenvolvimento. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 6-8, 2010.

ÁVILA, Cristiany da Silva. *Médico sanitарista: ainda uma escolha de carreira?* 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

AVILA-PIRES, Fernando Dias. A ecologia até 1960: a contribuição brasileira. In: ÁVILA-PIRES, Fernando Dias & ARAGÃO, Mário B. *A ecologia no Brasil na primeira metade do século XX*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, 1994. Capítulo 1.

_____. *Princípios de ecologia médica*. 2ª edição. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000.

_____. João Moojen (1904-1985). *Arquivos do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, v.63, n.1, p.7-12, jan./mar.2005.

BARRADAS Rita de Cássia Barata. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: *I SEMINÁRIO NACIONAL DE*

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1992, Brasília. Anais. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1992 p. 463-8.

_____. O Desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, v. 8, p. 7-15, 1999.

BARRETO, Mauricio L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet: Saúde no Brasil*, maio de 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>>. Acessado em 20 de junho de 2011.

BARROS BARRETO, João de. Cursos do Departamento Nacional de Saúde. *Arquivos de Higiene*, v. 13, p. 31-43, 1943.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. *SESP/FSESP: 1942 – evolução histórica – 1991*. 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de saúde, 1996.

BATISTA, Helena beatriz de Carvalho Ruthner; FRANCO, Ana Cláudia; ROEHE, Paulo Michel. Raiva: uma breve revisão. *Acta Scientiae Veterinariae*, Rio Grande do Sul, v. 35, p. 125-144, 2007.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. 4ª edição. São Paulo: Editora Ática, 2006.

BERTONE, Arnaldo Agenor. *As ideias e as práticas: a construção do SUS*. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_revisada>. Acesso em: 12 de maio de 2010.

BOARINI, Maria Lúcia; YAMAMOTO, Oswaldo H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 13, n.1, p. 59-72, 2004. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/psi/pdf/higienismo_eugenia.pdf>. Acessado em fevereiro de 2010.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. 13ª edição. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2010.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord. *Epidemiologia básica*. 2ª edição. São Paulo: Editora Santos. 2010, p. 18.

BORBA, Julian. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. *Revista Katálysis*, Florianópolis, n. 3, p. 19-27, 1998.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência*. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. *Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937*. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública, 1937. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L378.pdf>>. Acessado em 17 de fevereiro de 2010.

_____. Decreto 6.788 de 30 de janeiro de 1941. 1ª Conferência Nacional de Saúde, 1941. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1_CNS.pdf>. Acessado em 17 de fevereiro de 2010.

_____. Decreto-Lei 3.171 de 2 de abril de 1941. *Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências*, 1941a. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-13188-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acessado em 12 de março de 2010.

_____. Lei nº 2.743 de 6 de março de 1956. Ministério da Saúde cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências, 1956. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/endemiasruraisdepartamento.htm>>. Acessado em: 2 de abril de 2010.

_____. Lei promulgada nº 379, de 19 de dezembro de 1958. Disponível em: <http://200.192.66.20/alesc/docs/1958/379_1958_Lei_promulgada.doc>. Acessado em 20 de fevereiro de 2010.

_____ Decreto nº 49.974 – A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamento, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde. 1961. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-p-publicacaoorigin-al-1-ehtml>> Acessado em 14 de fevereiro de 2010.

_____ Ministério da Saúde. Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1963. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS.pdf>. Acessado em 12 de abril de 2010.

_____ Decreto Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências, 1967. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del0200.htm>>Acessado em 25 de abril de 2010.

_____ Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências, 1970. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=180519>>. Acessado em 28 de abril de 2010.

_____ Decreto nº 66.580, de 15 de maio de 1970. Concede autonomia administrativa e financeira à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, e dá outras providências, 1970a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=180472>>. Acessado em 1 de maio de 2010.

_____ Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm>. Acessado em 10 de maio de 2010.

_____ 5ª Conferência Nacional de Saúde, 1975a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf>. Acessado em 10 de maio de 2010.

_____ Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação

compulsória de doenças, e dá outras providências, 1975b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6259.htm>. Acessado em 30 de abril de 2009.

_____ Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. 1976. Disponível em:<<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/decretos/dec78231.pdf>>. Acessado em outubro de 2009.

_____ 7ª Conferência Nacional de Saúde, 1980. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio7.pdf>>. Acessado em 10 de maio de 2010.

_____ 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acessado em 15 de junho de 2010.

_____ Decreto nº 94.196, de 7 de abril de 1987. Dispõe sobre a instituição, no Ministério da Saúde, da Campanha Nacional de Combate à Malária, 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D94196>. Acessado em 6 de maio de 2010.

_____ Decreto nº 94.197, de 7 de abril de 1987. Dispõe sobre a instituição, no Ministério da Saúde, da Campanha Nacional de Combate ao *Aedes aegypti*, 1987a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D94197>. Acessado em 6 de maio de 2010.

_____ Decreto Lei nº 2.403, de 21 de dezembro de 1987. Fixa diretrizes do Sistema de Carreira do Serviço Civil da União e dos Territórios Federais e dá outras providências, 1987b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/125697/decreto-lei-2403-87>>. Acessado em 7 de maio de 2010.

_____ Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras

providências, 1987c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Quadros/1987.htm>. Acessado em 27 de junho de 2010.

_____ Decreto n.º 96.763, de 23 de setembro de 1988. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Quadros/1988.htm>. Acessado em 25 de maio de 2010.

_____ *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitui%20cao/constitui%20C3%20A7ao.htm>. Acessado em 12 de outubro de 2009.

_____ Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acessado em 14 de outubro de 2009.

_____ Lei nº 8.029 de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/etica/images/stories/pdf/Lei_8029.pdf>. Acessado em 12 de julho de 2009.

_____ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>>. Acessado em 20 de janeiro de 2010.

_____ Portaria nº 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, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. 1999. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf>. Acessado em 10 de janeiro de 2011.

_____ Instrução Normativa n.º 02 de 6 de dezembro de 2001. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de

Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD. 2001. Disponível em: <[http://www.funasagov.br/internet /arquivos/legislacao /instrNormFunasa/in_002_2001.pdf](http://www.funasagov.br/internet/arquivos/legislacao/instrNormFunasa/in_002_2001.pdf)>. Acessado em 15 de janeiro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Dengue - instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª edição. Brasília: FUNASA, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. 2002. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/ pncd_2002.pdf](http://portal.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/pncd_2002.pdf)>. Acessado em 15 de junho de 2011.

_____. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. 2003. Disponível em: < [http://www.funasa.gov.br/internet /arquivos /legislacao/ decretos/decr4726.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/decretos/decr4726.pdf)>. Acessado em 10 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde. Brasília, 2003a. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos /livros /pdf/03 _0649_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0649_M.pdf)>. Acessado em: 12 de julho de 2011.

_____. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 8, de 29 de junho de 2004. Define o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS e dá outras providências. 2004a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos /pdf/portariaconjunta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariaconjunta.pdf)>. Acessado em 01 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. In: Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Tomo 6. 2004b

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004. 2004c. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa a/ Legis/pdfs/portarias_m/port_1172_2004. pdf](http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/port_1172_2004.pdf)>. Acessada em 3 de março de 2012.

____ Ministério da Saúde. Programa nacional de vigilância em saúde ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano. 2004d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_vigiagua.pdf>. acessado em 5 de abril de 2012.

____ Ministério da Saúde. Instrução normativa nº 02/SVS/MS, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades de vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo, periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. 2005. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2005. Seção 1. p. 46.

____ Ministério da Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

____ Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais. 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_acoelho.pdf>. Acessado em 3 de maio de 2012.

____ Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

____ Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo_s/pdf/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acessado em 6 de outubro de 2010.

____ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica nº 13/06. Para entender o Pacto pela Saúde 2006: Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Volume IV. Brasília: CONASS; 2006a. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2013-06.pdf>>. Acessado em 3 de março de 2011.

____ Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 2006b. Brasília. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acessado em 5 de outubro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. 2006d. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_5_2006.pdf>. Acessado em 14 de fevereiro de 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias. Brasília: Conasems, 2007. Disponível em: <www.conasems.org.br/.../Livro_Movimento_SanitarioDecada_70.pdf>. Acessado em 25 de abril de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Caminhos do Direito à saúde no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf>. Acessado em 15 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Coleção Progestores. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>. Acessado em 22 de agosto de 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores para entender a gestão do SUS. Livro 6, Tomo 1. 2007c

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 91 de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. 2007e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091_10_01_2007.html>. Acessado em 22 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Santa Catarina. Editora Brasília: Ministério da Saúde, 2007f.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde Situação epidemiológica da malária no Brasil, ano de 2007. 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_malaria_2008_final.pdf>. Acessado em 25 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Cadernos de Atenção Básica, nº 21.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz>>. Acessado em 20 de novembro de 2009.

_____. Ministério da Educação. Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS - Pró-Residência. 2009b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14521>. Acessado em 9 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito federal e Municípios e dá outras providências. 2009d. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/divisa/arquivos/port_3252_22.12.2009.pdf>. Acessado em 2 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Santa Catarina. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

_____. Ministério da Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009f.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Cadastro Único para Programas Sociais. Índice de Desenvolvimento Familiar. 2009g. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastro_unico/gestao-municipal/gestao-municipal>. Acessado em 4 de janeiro de 2012.

_____. Portaria n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html>. Acessado em 18 de janeiro de 2011.

_____. Decreto n.º 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. 2010a. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7336-19-outubro-2010-609118-publicacaooriginal-130275-pe.html>> Acessado em 3 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Vigilância e Controle de Doenças – VIGISUS III: arcabouço para o gerenciamento Ambiental do projeto. 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/savigisus3_14_05_2010.pdf>. Acessado em 2 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Revista Saúde Pública, v. 44, nº 1, p. 200-202, 2010e.

_____. Pesquisa liga incidência de malária e leishmaniose à desmatamento. 2010f. Disponível em: < <http://www.sipam.gov.br>>. Acessado em 20 de janeiro de 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2010g. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=420230#topo>>. Acessado em 11 de setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de informação de saúde – Santa Catarina. 2010h. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sc.htm>>. Acessado em 2 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. A vigilância epidemiológica no Brasil. 2011. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31153 >. Acessado em 20 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Balanço: dengue Informe – janeiro a março/2011. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_dengue_2011_janeiro_e_marco_13_04.pdf>. Acessado em 29 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agenda estratégica 2011-2015. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_estrategica_svs_2011_2015.pdf>. Acessado em 1 de agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Situação da saúde/ fundo a fundo. 2011c. Disponível em <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acessado em 23 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Atenção básica e a saúde da família. 2011d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumero_s.ph_p#mapas>. Acessado em 13 de janeiro de 2012.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de desenvolvimento humano municipal - 1991 e 2000. 2011e. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>>. Acessado em 27 de setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Competências da Fundação Nacional da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/competencias.asp>>. Acessado em 5 de março de 2012.

_____. Acompanhamento municipal dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatórios dinâmicos – indicadores municipais. 2012a. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/sistemas>>. Acessado em 14 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância da saúde. Casos de acidentes por escorpiões. Brasil, Grandes Regiões - 2000 a 2008. 2012b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/escorpioes1.pdf>>. Acessado em 3 de março de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Casos de AIDS em Santa Catarina. 2012c Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/sc.def>>. Acessado em 13 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. 2012d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_dengue_controle.pdf>. Acessado em 14 de março de 2012

_____. Ministério da saúde. DATASUS. Tipos de estabelecimento. 2012e. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00>. Acessado em 31 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2012f. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>>. Acessado em 20 de fevereiro de 2012.

_____. Ministério da saúde. Programação das Ações de Vigilância em Saúde 2010-2011. 2012g. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizartexto.cfm?idtxt=32294 &janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizartexto.cfm?idtxt=32294&janela=1)> Acessado em 13 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde Indicadores de mortalidade. 2012h. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ Deftoh tm. exe ?id b2010/c17.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/Deftoh tm. exe ?id b2010/c17.def)>. Acessado em 23 de agosto de 2012.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Descentralização geográfica e regional: Brasil e Europa*. Santiago de Compostela, 2000. Disponível em: <[www.gv.br/economia/sec_pd/ textos/texto98.pdf](http://www.gv.br/economia/sec_pd/textos/texto98.pdf)>. Acessado em 20 de outubro de 2009.

BROWN, E. Richard. *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, Berkeley/Los Angeles/Londres, University of California Press, 1979. Disponível em: < <http://books.google.com.br/>>. Acessado em 12 de maio de 2010.

BUENO, Eduardo. *À sua saúde: a vigilância sanitária na história do Brasil*. Brasília: Ministério da saúde/ANVISA, 2005.

CAMARGO, Antonio Carlos Martins de. As contradições da política de saúde no Brasil: o Instituto Butantã. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 64-72, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392002000400011&script= sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392002000400011&script=sci_arttext)>. Acessado em 24 de setembro de 2011.

CAMPINS-MARTÍ, Magda; et al. Recommendations are needed for adolescent and adult pertussis immunisation: Rationale and strategies for consideration. *Vaccine*, v. 20, p. 641-646, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945. *Rev. Saúde Pública*, v. 18 (especial) p. 2-60, 1984.

CAPOBIANCO, Júlia et al. *Doenças novas, emergente e reemergentes*. 2000. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/temas/med3/t2a_2000/doencas/index.htm>. Acessado em 8 de junho de 2011.

CARTA DE OTTAWA. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acessado em março de 2009.

CARVALHO, José Murilo de. Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-581997000200003&lng=en&nr=1>. Acessado em 26 de outubro de 2011.

CASTRO, Maria Helena Guimarães e VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *Brasil: a reforma do Sistema de Saúde*. Santiago de Chile: CEPAL/Divisão de Desenvolvimento Econômico, 1992.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

_____. A Fundação Rockefeller e o estado nacional: história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-10, janeiro/junho de 1989.

_____. A reforma sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 36, p. 361-92, 1993.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. O ensino da Saúde Pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 4, n. 2, p. 291-324, setembro 2006. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br>>

/downloads/trabalho_educacao_saude_texto_castro_santos_e_faria .pdf
>. Acessado em 18 de maio de 2010.

COLLEY, Eduardo & FISCHER, Marta Luciane. Avaliação dos problemas enfrentados no manejo do caramujo gigante africano *Achatina fulica* (Gastropoda: Pulmonata) no Brasil. *Zoologia*, Curitiba, v. 26, n. 4, p. 674-683, 2009.

COLLIER, David; COLLIER, Ruth. *Shaping The Political Arena. Critical Junctures, The Labor Movement, and regime Dynamics in Latin America*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1991.

CORBO, Ana Maria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde*. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 157-181

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232001000200004&lng=en&nrm=i so >. Acessado em 20 de novembro de 2009.

CORDEIRO, Hésio. O instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1986.

CUETO, Marcos. *Ciência y Filantropia en las Américas*. In: III CONGRESSO LATINO AMERICANO DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, Conferência, Cidade do México, 1992.

_____. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CUNHA, Neiva Vieira da. *Viagem, experiência e memória: narrativas de profissionais da saúde pública dos anos 20*. São Paulo/Bauru: EDUSC, 2005. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/~lemetro/pesqui>

sadores/Neiva%20Vieira%20da%20Cunha/textoneiva2-viagemeeexperie
ncia.pdf>. Acessado em março de 2010.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. *Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC*. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) - Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: C CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAL POZ, Mário Roberto; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

DE SETA, Marismary Horsth. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/publicacoes/_arquivos/Tese_Maris.pdf>. Acessado em 23 de abril de 2011.

DINIZ Maria Cecília P.; FIGUEIREDO Betânia Gonçalves; SCHALL Virgínia Torres. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v. 16, n. 2, p. 533-556, abr.-jun. 2009.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley, CA: University of California Press, 1982. Disponível em:

<http://books.google.com.br/books?id=rXrGbnMg63YC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=classes&f=false>. Acessado em 20 de setembro de 2011.

DRAIBE, Sônia Miriam; VIANA, Ana Luíza D'Avila; SILVA, Pedro Luíz Barros. *Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro*. Campinas: NEPP/UNICAMP/OPS, 1990.

DUTRA, Eurico Gaspar. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1950 pelo General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1950. Disponível em: <<http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1329/000118.html>>. Acessado em 3 de agosto de 2012.

EDMUNDS, W. J.; BRISSON, M.; MELEGARO, A. & GAY, N. J., 2002. The potential cost-effectiveness of acellular pertussis booster vaccination in England and Wales. *Vaccine*, 20, p. 1316-1330.

SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 1998.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lúgia (org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Parte III, p. 385-434.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Sistema de saúde brasileiro: história e configuração atual. In: GIOVANELLA, Lúgia (org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Parte III, p. 333-546.

ETTLING, John. *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge, Harvard University Press, 1981.

FARIA, Lina Rodrigues de. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 109-127, 1995.

_____. O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração em saúde em São Paulo. *Physis, Revista de Saúde*

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p. 75-208, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/08.pdf>>. Acessado em 8 de março de 2010.

_____. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 561-590, 2002.

FAVERET, Paulo; OLIVEIRA, Jorge P. A universalização excludente. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araujo. Path dependency e os estudos históricos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 53, p. 79-102, 1.º semestre de 2002.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Intersetorialidade em Saúde: um estudo de caso. In: HARTZ Zulmira Maria de; SILVA, Lígia Maria Vieira da (orgs). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

FIGUEIREDO, Gerusa; OLIVEIRA, Umbeliana Barbosa de. Programa de hepatites virais B e C no estado de São Paulo. *Revista Prática Hospitalar*, São Paulo, n. 63, maio /junho de 2009.

FLEURY, Sonia et al. *Municipalização da saúde e poder local no Brasil*. In: XXI Encontro da ANPAD, 1997, Rio de Janeiro, 21-24 de setembro, 1997. Disponível em: <http://app.ebape.fgv.br/academico/pdf/municipalizacao_saude_21_enanpad.pdf>. Acessado em 24 de março de 2011.

FLEURY, Sonia et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 28, n.6, p. 446-455, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-892010001200006&lang=pt>. Acessado em 23 de novembro de 2011.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 393-411, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>

=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em 17 de fevereiro de 2010.

_____. A criação da ENSP: integração e diversidade na formação em saúde pública. In: LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos (orgs). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

FOSSAERT, Henri; LLOPIS, A.; TIGRE, C. H. Sistemas de vigilância epidemiológica. *Boletim de La Oficina Sanitária Panamericana*, United States, n. 76, p. 512-525, 1974. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v76n6p512.pdf>>. Acessado em 24 de outubro de 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. 2010. Disponível em: < <http://www.dichistorias.uoc.fiocruz.br>>. Acessado em janeiro de 2010.

_____. *Glossário de doenças*. 2012. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=6>>. Acessado em 26 de março de 2012.

GARCIA, Juan C. *Estado e Políticas de Saúde na América Latina*. Textos de Apoio, Ciências Sociais 2, Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984.

GAZÊTA, Arlene Audi Brasil et al. A campanha de erradicação da varíola no Brasil e a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 323-338, 2005.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia (org). *Políticas e*

sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Parte IV, p. 575-626.

GIOVANELLA, Ligia et al. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos. In: I SEMINÁRIO REGIONAL DE AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2009. 36 Slides. Apresentação em Power-point. Disponível em: <www.nipp.ufsc.br/materiais/saundefamilia.pdf>. Acessado em 22 de agosto de 2009.

GOULART, Flávio A. de Andrade. *A Municipalização: veredas – caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Conasems, 1996.

GRISOTTI, Márcia. Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, n. 3, p. 49-62, 1998.

_____. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1095-1104, junho de 2010.

GRISOTTI, Márcia. *Saúde e meio ambiente: a construção médica e popular de uma doença infecciosa emergente*. 2003. Tese (Doutorado em Sociologia) - Curso de Pós-Graduação em Sociologia. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

GRMEK Mirko D. Le concept de maladie émergente. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 1993; 15: 282-296.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. *As controvérsias conceituais e o debate sobre a descentralização na literatura*. In: 23º ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, Foz do Iguaçu, 1999. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/enanpad/1999/dwn/enanpad1999-ap-29.pdf>>. Acessado em 3 de outubro de 2009.

HAMILTON, Wanda e FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set.-dez. 2003.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 313-331, jul. 2009.

IMMERGUT Ellen M. The theoretical core of new institutionalism. *Politics & Society*, v. 26, n. 1, p. 5-34, 1998. Disponível em: <http://www.todosnos.unicamp.br:8080/lab/acervo/arquivos-de-periodicos/IMMERGUT_Ellen_theoretical_core_new_institucionalism_politics_so_ciety_v_26_p_5_34_1998.rtf/view>. Acessado em 14 de julho de 2011.

IVANOFF, Bernard; ROBERTSON, Susan E. Pertussis Vaccine Trials. Pertussis: A worldwide problem. *Developments in Biological Standardization*, v. 89, p. 3-13, 1997.

JEKEL, James F.; ELMORE, Joann G.; KATZ, David L. *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (org). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: XI Concurso de Ensayos del Clad. El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones. Caracas, 1997.

KATO, Junko. Path Dependency As a Logic of Comparative Studies: Theorization and Application. In: *ANNUAL MEETING OF AMERICAN POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION (APSA)*, 1996, San Francisco. Paper. San Francisco, 1996.

KLEIN-GUNNEWIEK, Monica Fagundes de Carvalho. *Proposta de sistema de monitoramento de doenças para animais silvestres e domésticos na Serra do Japi*. 2005. Dissertação (Mestrado em Veterinária) - Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

KORBER, Bette et al. Timing the ancestor of the HIV-1 pandemic strains. *Science*, v. 288, p. 1789-96, 2000. Disponível em: <<http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd7451.pdf>>. Acessado em 11 de abril de 2010.

LABRA, Maria Eliana. *O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1985. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8655>>. Acessado em 12 de maio de 2010

LANGMUIR, Alexander D. The surveillance of communicable diseases of national importances. The New Englands, *Journal of Medicine*, v. 268, n. 4, p. 182-192, 1963.

_____. Evolution of the concept of surveillance in the United States. *Proceeding of The Royal Society of Medicine*, n. 64, p. 681-684, 1971. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1812318/pdf/procrsmed00281-0123.pdf>>. Acessado em: 14 de maio de 2010.

LEVI, Margaret. A model, a method, and a map: rational choice in comparative and historical analysis. In: *Comparative politics: rationality, culture, and structure*. Cambridge University Press: Ed. Mark I. Lichbach and Alan S. Zuckerman, 1997. p. 19-41.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revam, 1999. Capítulo 3.

LOBO, Thereza Larque. Descentralização: uma alternativa de mudança. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 14-22, 1988.

_____. Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, n. 74, p. 5-10, 1990.

LOPES, Myriam Bahia. O sentido da vacina ou quando o prever é um dever. *História, Ciências Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 3, n. 1, p. 65-79, 1996.

LUCCHESI Geraldo. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUNA, Expedito J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v.5, n. 3, p. 229-243, 2002.

LUZ, Paula Mendes; CODEÇO, Cláudia Torres; WERNECK, Guilherme Loureiro. A reemergência da coqueluche em países desenvolvidos: um problema também para o Brasil? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1209-1213, jul-ago, 2003.

MACHADO, Rosani Ramos et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acessado em 4 de março de 2011.

MCMICHAEL Anthony J. et al. *Climate change and human health, risks and responses*. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/globalchange/publications/climchange.pdf>>. Acessado em 12 de abril de 2012.

MEDEIROS, Alessandra Pereira. *Deteção de Rickettsia spp. em ixodídeos e de anticorpos contra Rickettsia SPP em equinos no estado de Santa Catarina*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal) - Centro De Ciências Agroveterinárias, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Lages, 2010.

MEDITSCH, Renata Gonçalves Martins. O médico veterinário, as zoonoses e a saúde pública: um estudo com profissionais e clientes de clínicas de pequenos animais em Florianópolis, SC, Brasil. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MELLO, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1977.

MELO FILHO, Djalma Agripino de. *Reorganização das práticas e inovação tecnológica na Vigilância em Saúde e os 20 anos do SUS*. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/organizacao_svs_sus_20anos.pdf>. Acessado em 30 de setembro de 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda para a Saúde*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomo I e II.

_____. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. In: *Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de Consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS*. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/seminario_construcaoconsensos.pdf>. Acessado em 13 de outubro de 2010.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN Jacobo (org). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Capítulo 3, p. 235-313.

MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política: São Paulo, 1920-1948, os movimentos sanitários, os modelos techno-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MORAES, Hélbio Fernandes. *SUCAM: sua origem, sua história*. 2ª edição. Brasília: SUCAM, 1988. Volume 2.

_____. *SUCAM: sua origem, sua história*. 2ª edição. Brasília: SUCAM, 1990. Volume 1.

MORAES, Irany Novah. *O especialista e o clínico geral*. São Paulo: Roca, 1997.

MOREL, Carlos M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1522-1523, 2006.

MOYSES, Samuel Jorge; MOYSES, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MÜLLER-NETO, Júlio S. *Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 31, p. 54-66, 1991.

MUSIAL, Diego Castro; DUTRA, Josiene Santos; BECKER, Tânia C. Alexandrino. A automedicação entre os brasileiros. *Revista Saúde e Biologia*, Campo Mourão, v. 2, n. 2, p. 5-8, 2007. Disponível em: <http://www.revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/arti_ci_e/view/85/36>. Acessado em 14 de março de 2012.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores/ CESCO, 2007.

NATAL, Sonia et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000100007&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 3 de maio de 2012.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 1751-1762, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/087.pdf>>. Acessado em 12 de maio de 2012.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.;

TAVAREZ, R. (org). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO-IMS-UERJ, 1994.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Capítulo 12, p. 435-472.

NTEZAYABO, B.; DE SERRES, G. & DUVAL, B., 2003. Pertussis resurgence in Canada largely caused by a cohort effect. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 22:22-27.

NUNES, Tânia Celeste Matos. *A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

OLIVEIRA, Jaime A. De Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. *(Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, Egléubia Andrade de; LABRA, Maria Eliana; BERMUDEZ, Jorge. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1. 2006.

OLIVEIRA. Sebastião Geraldo de. *Proteção jurídica à saúde do trabalhador*. 5ª edição. São Paulo: LTr, 2010.

OLIVIERI, Antonio Carlos. *Dom Pedro II, Imperador do Brasil*. São Paulo: Callis, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Formulación de Estratégias com el fin de Alcanzar la Salud para Todos em el Año 2000*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1979.

_____. *OMS Divulga situação mundial da hanseníase*. 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=1477&Itemid=463> . Acessado em 3 de maio de 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PAIXÃO, Lúcia Miana M.; GONTIJO, Eliane Dias. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102007000200006&lng=pt &nrm=iso>. Acessado em 03 de maio de 2012.

PEDROSO de PAIVA, Doralice; BRANCO Elmo Piazza. *O borrachudo: noções básicas de biologia e controle*. Concórdia: EMBRAPA Suínos e aves, 2000.

PENFOLD-BECERRA, Michael. *Towards a Political Theory of Decentralization: Passing the Ball in Venezuela*. (mimeo), 1998.

PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

PEREIRA, Sheila Duarte. *Conceitos e definições da saúde usados na vigilância sanitária*. 2004. Disponível em: <http://www.cvs.saude.s.gov.br/pdf/epid_visu.pdf>. Acessado em 7 de maio de 2010.

PEREIRA, Leila M. M. B, et al. Population-based multicentric survey of hepatitis B infection and risk factor differences among three regions in Brazil. *Am J Trop Med Hyg*, v. 81, n. 2, p. 240–247, 2009. Disponível em: <<http://www.ajtmh.org/content/81/2/240.full.pdf+html>>. Acessado em 16 de março de 2012.

PESSÔA, Luisa Regina. *Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede SUS*. Doutorado (Tese em Saúde Pública) - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/luisa_pessoa_p1_2005.pdf>. Acessado em 5 de março de 2010.

PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. *A saúde pública, burocracia e ideologia: um estudo sobre o SESP, 1942-1974*. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1992.

PINTO JUNIOR, Vitor Laerte; CERBINO NETO, José. Vigilância em saúde pública: política de financiamento no Brasil e o exemplo do distrito federal. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (orgs). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2011.

PUGIN, Simone Rossi; NASCIMENTO, Vânia Barbosa. Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996). *Série Didática*, n. 1, 1996. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI1.pdf>. Acessado em 11 de maio de 2010.

QUARESMA, Silvia Jurema Leone. *A percepção do médico clínico em relação aos pacientes hipocondríacos e poliqueixosos que são atendidos no ambulatório do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago*. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

RASKA, Karel. *National and international surveillance of communicable diseases*. WHO Chronicle, 1966. 20, p. 315-32.

REGO, Sérgio. *Formação ética dos médicos saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ROCHA, Rogério Lannes. Nascimento e crítica de um sonho. *Revista Radis: comunicação em saúde*. Programa Radis ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n. 72, p. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/index.html>>. Acessado em 12 de outubro de 2008.

ROMERO, Arturo; TRONCOSO, Maria Del C. La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica y em la docência. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 17, 1981. Disponível em: <<http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n17a055.pdf>>. Acessado em 14 de agosto de 2012.

ROMERO, Mariza. *Medicalização da saúde e exclusão social*. São Paulo: EDUSC, 2002.

RONDINELLI, Dennis A. et al. *Decentralization in developing countries: a review of recent experience*. World Bank Staff Working paper, Washington: World Bank, n. 581, 1983. Disponível em: <[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1983/07/01/000009265_3980928162717/Rendered /PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1983/07/01/000009265_3980928162717/Rendered/PDF/multi0page.pdf)>. Acessado em 7 de março de 2011.

SALEMI, M. et al. Dating the common ancestor of SIVcpz and HIV-1 group M and the origin of HIV-1 subtypes using a new method to uncover clock-like molecular evolution. *The FASEB Journal*, v. 15, p. 276-278, 2001. Disponível em: < <http://www.fasebj.org/> com tem t/15/2/276.short>. Acessado em 14 de março de 2010.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-8, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde de Santa Catarina. I Seminário Catarinense de Vigilância Epidemiológica. 2007. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com_remository&Itemid=27&func=selectfolder&cat=19>. Acessado em 5 de abril de 2010.

_____. Secretaria da Saúde de Santa Catarina. Dengue orientações técnicas para pessoal de campo. 2007a. Disponível em: <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/manuais_cartilha s /Manual_de_Campo_Dengue.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/manuais_cartilha_s/Manual_de_Campo_Dengue.pdf)>. Acessado em 24 de janeiro de 2012.

_____. Secretaria de Saúde de Santa Catarina. Relação por municípios do percentual de Contrapartida. 2009. Disponível em: < http://portals.saude.sc.gov.br/indexphp?option=com_content&view=article&id=483%3ªcontrapartida&catid=325&Itemid=262>. Acessado em 20 de janeiro de 2012.

_____. Portaria nº 1.118 de 22 de setembro de 2010. Define a relação de doenças e agravos de notificação compulsória de interesse para o Estado de Santa Catarina. 2010. Disponível em::<<http://www.dive>

sc.gov.br/conteudos /direcao/Noticias/2010/ Portaria _ de _ Notificacao _ Estadual.pdf>. Acessado em 4 de janeiro de 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/ Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Situação epidemiológica do tracoma no estado de Santa Catarina – 2010a. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br /conteudos/agrivos/tracoma /Vigilancia _Tracoma.pdf>. Acessado em 30 de julho de 2011.

_____. PAVS 2010/2011. 2011. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=153&Itemid=147>. Acessado em 20 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Programação Anual de Saúde. 2011a. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=393>. Acessado em 25 de julho de 2011.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. As hepatites virais em Santa Catarina. 2012. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/gerencia_dst_aids/noticias/2011/release_hepatites _viraais_2011.pdf>. Acessado em 5 de maio de 2012.

_____. Centro de Informações Toxicológicas SC. Animais – Escorpiões. 2012a. Disponível em: <<http://www.cit.sc.gov.br/index.php?p=home>>. Acessado em 3 de março de 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de SC. Vigilância sanitária. 2012b. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=40>. Acessado em 4 de março de 2012.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Estado de Santa Catarina. Situação da dengue em Santa Catarina em 2010 e 2011. 2012c. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=214&Itemid=129>. Acessado em 25 de janeiro de 2012.

_____. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Estado de Santa Catarina. A hantavirose no estado de Santa Catarina, 2000-2011. 2012d. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br /conteudos/zoonoses /Roe>>.

dore sAves/Hantavirose/Hantavirose_no_estado_SC.pdf>. Acessado em fevereiro de 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de SC. Mapa de adesão dos municípios catarinenses ao Pacto de Gestão até o ano de 2010. 2012e. Disponível em: < http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=698&Itemid=182> Acessado em 14 de maio de 2011.

_____. Secretaria de Desenvolvimento regional. Plano de Desenvolvimento Regional. 2012f. Disponível em:< <http://www.soo.sdr.sc.gov.br/>>. Acessado em 14 de outubro de 2012.

SANTOS, Joseney. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 89-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800012>. Acessado em 18 de dezembro de 2011.

SÃO THIAGO, Paulo de Tarso. *História da malária em Santa Catarina*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SEIBEL, Erni J.; OLIVEIRA, Heloísa M. J. Clientelismo e seletividade: desafios às políticas sociais. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 135-145, Abril de 2006. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/17989/16939>>. Acessado em 21 de agosto de 2011.

SILVA, Zilda Pereira da. O município e a descentralização da saúde. *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 10, n. 3, 1996. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v10n03/v10n03_10.pdf>. Acessado em 14 de março de 2010.

SILVA, Gerlucé Alves Pontes da. *O SUS real: os sujeitos sociais na implementação da política de descentralização do controle de endemias*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva-ISC, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

SILVA, Silvio Fernandes da. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, Alcides Milton da. *Riscos de transmissão da doença de chagas por transfusão sanguínea no estado de Santa Catarina*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, Luiz Jacintho. Vigilância epidemiológica In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 141-158.

_____. Vigilância epidemiológica: a perspectiva de quem é responsável. *Com ciência revista eletrônica de jornalismo científico*. Campinas: Unicamp, 2005. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/14.shtml>>. Acessado em 5 de outubro de 2009.

SILVA, Renato da. *Malária e Desenvolvimento: a saúde pública no Governo JK (1956-1961)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Luis Antonio. *Uma proposta metodológica para avaliar a eficácia de sistemas municipais de vigilância em saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses*. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008a.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância e Saúde*. Campinas, SP. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

SILVEIRA, Antônio Carlos; REZENDE, Dilermando Fazito de. *Avaliação da estratégia global de controle integrado da malária no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

SKOCPOL, Theda; PIERSON, Paul. Historical institutionalism in contemporary political science. In: KATZNELSON, Ira & MILNER, Helen V. (eds.). *Political science: state of the discipline*. New York: Norton, p. 693-721, 2002. Disponível em: <http://www.cua.uam.mx/biblio/ueas10-P/ueaarticulos/Historical_institutionalism_in_contemporary_political_sciences.Pdf> Acessado em 12 de fevereiro de 2010.

SKOWRONSKI, D. M.; et al. The changing age and seasonal profile of pertussis in Canada. *Journal of Infectious Diseases*, n. 185, p. 1448-1453, 2002.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. *Revista de Educação Pública*. Mato Grosso, n. 10, julho/dezembro de 1997. Disponível em: <<http://ie.ufmt.br/revista>>. Acessado em maio de 2009.

SOUZA, José Maria Pacheco et al. Curso de saúde pública em um semestre: algumas considerações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9 n. 1, p. 87-92, 1975. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101975000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em 6 de setembro de 2010.

SOUZA Celina & CARVALHO Inaiá MM de. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. *Lua Nova*, São Paulo, n. 48, p. 187-212, 1999.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista Sociologia Política*, Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun. 2005.

SOUZA, Wanderley de (coord.). *Doenças negligenciadas*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

TAUIL, Pedro et al. A malária no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1985. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em agosto de 2009.

TEIXEIRA, Carmem F.; PAIM, Jaimilson S. (org). Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, Maria Glória & COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Vigilância epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Capítulo 22, p. 795-818.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 965-974, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_rtttext&pid=S1413-81232008000300018>. Acessado em 17 de fevereiro de 2010.

TELES, Horácio Manuel; FONTES, Luiz Roberto. Implicações da introdução e dispersão de *Achatina fulica* Bowdich, 1822 no Brasil. *Boletim do Instituto Adolfo Lutz*, v. 12, p. 3-5, 2002.

TERRIS, Milton. Public health policy for the 1990s. *Annual Review of Public Health*, v. 11, p. 39-51, 1990.

THACKER, Stephen B; BERKELMAN Ruth L. Public health surveillance in the United States. *Epidemiology Review*, n. 10, p. 164-190, 1988.

THELEN, Kathleen. Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*, n. 2, p. 369-404, 1999. Disponível em: <<http://www.rochelleterman.com/ComparativeExam/sites/default/files/Bibliography%20and%20Summaries/TheLAN%201999.pdf>>. Acessado em: 18 de abril de 2010.

THIENGO, Silvana C; et al. Rapid spread of an invasive snail in South America: the giant African snail, *Achatina fulica*, in Brazil. *Biological Invasions*, v. 4, n. 1, p. 1-10, 2007.

TOBAR, Federico. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília/Rio de Janeiro, n. 5, 1991.

TOMACHESKI, João Alberto. *Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública: burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil (1963-2004)*. Tese (Doutorado em Sociologia)- Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

TORMEN, Silvia Helena; NASCIMENTO, João César do. *Levantamento de fauna flebotômica relacionado ao surto de leishmaniose tegumentar americana em Blumenau – SC*. 2006. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/estudos_pesquisas/Relatorio_Blumenau.pdf>. Acessado: em 2 de janeiro de 2012.

UJVARI, Stefan Cunha. A história da disseminação dos microrganismos. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 171-182, 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VITRAL, Claudia Lamarca, SOUTO, Francisco José Dutra; GASPARG, Ana Maria Coimbra. Changing epidemiology of hepatitis A in Brazil: reassessing immunization policy. *J Viral Hepat*, v. 15, supl. 2, p. 22–25, 2008.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso, planejamento e métodos*. 4ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WALDMAN, Eliseu Alves. *Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública/ Departamento de Epidemiologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/hep5728/teses/TeseNew.pdf>> . A cessado em 25 de março de 2011.

_____. O controle das doenças infecciosas emergentes e a segurança sanitária. *Revista Direito Sanitário*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 89-106, 2000. Disponível em: < <http://www.revistasus.p.sibi.usp.br/pd/frdisa/n/v1n1/08.pdf>>. Acessado em 27 de outubro de 2010.

WALDMAN, Eliseu Alves & ROSA, Teresa Etsuko da Costa. A vigilância como instrumento de saúde pública. *Revista Saúde e*

Cidadania, São Paulo. Livro 7. 1998. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leiturasade_e_cidadania/ed_07/06_01.html>. Acessado em 29 de setembro de 2009.

WALDMAN, Eliseu Alves; FREITAS, Fabiana Ramos Martin de. *A Vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária*. 2011. Disponível em :<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Vig_Epi_Sanit_Eliseu.pdf> Acessado em 8 de maio de 2011.

WEBER, Max. *Economia e sociedade*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999. Volume 2.

WILSON Mary E. Emerging Infectious and Disease Emergence. *Emerg Infect Dis*, v. 5, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol5no2/letters.htm#Wilson>>. Acessado em 2 de junho de 2011.

WINSLOW, Charles-Edward Amory. *The untilled fields of public health*. *Science*, v. 51 n. 1306, p. 23-33, 1920.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Disponível em: <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almata.pdf>. Acessado em 22 de Fevereiro de 2010.

_____ Intersectoral Action For Health – a cornerstone for health-for-all in the twenty – first century. *Report of the International Conference*. Canada, 1997, p. 3. Disponível em: <http://whqlibdo.c.who.int/hq/1997/WHO_PPE_PAC_97.6.pdf>. Acessado em 20 de março de 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Silvia Jurema Leone Quaresma, sou aluna do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina e minha orientadora é a Prof^a, Dr^a Márcia Grisotti (coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Ecologia Humana), juntas estamos desenvolvendo a pesquisa: “Os caminhos e descaminhos da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil”. O objetivo da pesquisa é analisar os impactos da descentralização da saúde no processo de vigilância epidemiológica no Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que os sujeitos da pesquisa serão: os sanitaristas/pesquisadores que fizeram parte das diversas instituições na área de saúde pública no período compreendido entre 1960-1990 e também os gestores/ técnicos que estão atuando na Vigilância da Saúde no Brasil. Os procedimentos técnicos para esta pesquisa se baseiam em entrevistas semiestruturadas. Para maior segurança dos participantes desta pesquisa será resguardado o nome dos profissionais e daremos a eles pseudônimos. Isto não deverá trazer nenhum risco ou desconforto para os participantes desta pesquisa.

Caso haja alguma dúvida em relação ao estudo os(as) senhores(as) participantes podem entrar em contato com a pesquisadora através do telefone _____ ou pelo e-mail _____. Se estiver de acordo em participar posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal: _____

Pesquisador responsável: _____

Eu _____ fui esclarecido sobre a pesquisa: "Os caminhos e descaminhos da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil" e concordo que meus dados sejam

utilizados na realização da mesma. Também concordo que sejam fotografadas algumas atividades relacionadas ao meu trabalho.

(local e data),

Assinatura:

RG:

APÊNDICE B - Roteiro de questões para os sanitaristas/pesq.

1. O senhor poderia nos falar um pouco da sua trajetória acadêmica e profissional?
2. O senhor chegou a participar do trabalho de campo que era desenvolvido na SUCAM?
Se sim perguntar: como o Sr avalia o trabalho da SUCAM na erradicação e controle das doenças?
3. Segundo a sua experiência profissional como aconteciam às ações de vigilância das doenças transmissíveis antes da implantação do SUS?
4. Qual era a configuração das equipes de trabalho em vigilância e qual a responsabilidade de cada membro da equipe?
5. Antes da implantação do SUS como eram feitas as notificações de agravos?
6. Existia integração entre os setores (ou os órgãos institucionais) da saúde no que diz respeito ao processo de notificação de agravos?
7. Quem fazia a notificação das doenças?
8. Qual era a utilidade desta notificação? No que ela auxiliava no controle das doenças transmissíveis?
9. Como o senhor analisa essa reorganização do sistema de saúde no Brasil com a implantação do SUS?
10. Quais os pontos que o senhor considera como positivos da municipalização da saúde no que diz respeito à vigilância das doenças transmissíveis?
11. Quais os pontos que o senhor considera como negativos da municipalização da saúde no que diz respeito à vigilância das doenças transmissíveis?
12. Na sua opinião, o que representa hoje a vigilância epidemiológica dentro das políticas de saúde?

APÊNDICE C - Roteiro de questões para o técnico da secretaria de saúde de SC

1. Como o senhor analisa a descentralização do setor da saúde a partir da implantação do SUS?
2. No que diz respeito à municipalização da vigilância em saúde quais são os pontos positivos e os pontos negativos?
3. O senhor considera que quando as ações de vigilância em saúde eram centralizadas era melhor ou pior e por quê?
4. Como é realizada hoje a notificação de agravos?
5. Como é o organograma da notificação de agravos?
6. Em SC são estabelecidas metas em relação à vigilância epidemiológica em consequência dos resultados obtidos por meio do SINAN?
7. Qual é a utilidade da notificação de agravos para o município?
8. Nós todos sabemos que há um grande índice de subnotificações de agravos em todos os estados do país, na sua opinião, porque ocorrem essas subnotificações?
9. Quais as doenças mais notificadas no estado de SC?
10. A DIVE, enquanto órgão estadual da saúde, consegue mobilizar outros setores do governo estadual ou federal como, por exemplo, educação e meio ambiente em relação à prevenção e controle de algumas doenças? Se não há integração: qual é a implicação dessa falta de integração setorial?
11. E entre os órgãos da saúde existe integração em relação à prevenção e controle de algumas doenças? Se não há integração: qual é a implicação dessa falta de integração setorial?
12. Como está sendo realizada a capacitação dos gestores municipais?
13. Como as equipes de saúde da família estão sendo capacitadas para fazer a notificação das doenças transmissíveis?
14. Há hoje em SC alguma doença endêmica?
15. Em SC qual é a principal doença de notificação que deixa os técnicos do DIVE e os gestores municipais e estaduais preocupados?
16. Em sua opinião, o que representa hoje a vigilância epidemiológica dentro das políticas de saúde?

APÊNDICE D – Roteiro de questões para o ACE da vigilância ambiental

1. Nome completo:
2. Idade:
3. Local de nascimento:
4. O Sr poderia falar um pouco sobre a sua trajetória profissional?
5. Porque o Sr escolheu ser um guarda de endemias?
6. Em qual instituição o Sr trabalhou como guarda de endemia? E em que ano?
7. Em que cidades/lugares do Brasil o Sr trabalhou como guarda de endemia?
8. Quais doenças eram mais preocupantes nos locais em que o Sr trabalhou?
9. O Sr fez cursos de capacitação ou de especialização pelo órgão em que trabalhou?
10. Como eram esses cursos?
11. No que consistia o seu trabalho?
12. Quais eram as condições de trabalho dos guardas de endemias na época que o Sr era um deles?
13. O Sr poderia relatar alguns fatos que considera interessantes no seu trabalho como guarda de endemia?
14. Como o Sr vê hoje o trabalho dos agentes de endemia?
15. O Sr poderia nos fazer um balanço das suas atividades como guarda de endemia e das atividades dos agentes de endemias hoje?

APÊNDICE E - Roteiro de questões para os profissionais da vigilância epidemiológica

1. Há quanto tempo está trabalhando na VE?
2. Antes de trabalhar aqui trabalhava em alguma área relacionada à saúde?
3. Como está organizada a unidade de vigilância em saúde do município?
4. Qual o número de funcionários da vigilância epidemiológica e quais suas funções?
5. Você poderia informar qual é o fluxograma da vigilância epidemiológica neste município a partir da notificação de uma doença transmissível?
6. Na sua opinião quais as dificuldades que os profissionais da saúde do município têm em relação à notificação das doenças?
7. Qual o principal agravo de notificação aqui no município?
8. Quais as doenças mais subnotificadas aqui no município?
9. Porque você acha que ocorre a subnotificação aqui no município?
10. Quais as dificuldades do município em relação à vigilância das doenças transmissíveis?
11. Como é realizada a investigação epidemiológica das doenças?
12. O município tem normas próprias em relação às doenças de investigação epidemiológica?
13. Quantas pessoas estão aptas para realizar a investigação epidemiológica de campo aqui no município e como foram capacitadas?
14. Você considera que os recursos humanos e materiais são suficientes para dar conta das atividades da VE aqui no município?
15. Os profissionais tem acesso aos dados consolidados do SINAN?
16. O que vcs fazem com esses dados?
17. No município é realizado um mapeamento das áreas consideradas de risco em relação às doenças transmissíveis? Se há o mapeamento: essas informações são repassadas para outros setores como, por exemplo: educação, habitação, meio ambiente, etc?
18. Como funciona o trabalho entre vcs e a regional de saúde?
19. Como é feita a capacitação de vcs aqui no estado?
20. Quantas pessoas são capacitadas quando são oferecidos cursos?
21. O município faz algum planejamento anual para a saúde?

APÊNDICE F - Roteiro de questões para enfermeira da vigilância epidemiológica

1. Há quanto tempo você está trabalhando na VE?
2. Antes de trabalhar aqui você trabalhava em alguma área relacionada à saúde?
3. Como era a vigilância epidemiológica aqui no município antes da descentralização do setor da saúde?
4. Vc lembra em que ano o município tomou para si o encargo da vigilância epidemiológica?
5. Como você vê hoje a vigilância epidemiológica aqui no município?
6. O que você acha que melhorou com a descentralização?
7. O que você acha que piorou com a descentralização?

APÊNDICE G - Roteiro de questões para o profissional da vigilância ambiental

1. Há quanto tempo você está trabalhando na VA?
2. Antes de trabalhar aqui vc trabalhava em alguma área relacionada à saúde?
3. Qual o tipo de contrato de trabalho que vc tem com o município?
4. Qual o número de funcionários da VA e quais suas funções?
5. Qual é o tipo contrato de trabalho desses funcionários?
6. Como é realizada a capacitação dos funcionários da VA do município?
7. Quem oferece essa capacitação?
8. Você considera que os recursos humanos e materiais são suficientes para dar conta da VA aqui no município?
9. Você considera esses recursos materiais suficientes?
10. Quais são os vetores que a VA controla ou monitora aqui no município?
11. A VA do município tem controle dos larvicidas e inseticidas utilizados no município?
12. Quais os principais fatores de risco aqui no município que a VA se preocupa?
13. Vocês têm um mapeamento das áreas de risco do município no que se refere a certo tipo de vetor ou qualquer outro problema?
14. Quando há identificação de áreas de riscos vocês acionam outras áreas da saúde? Quais?
15. Quando há identificação de áreas de riscos vcs acionam outros órgãos do estado? Quais?
16. Na sua opinião, quais as dificuldades que os profissionais da VA do município têm em relação ao seu trabalho?
17. O município tem normas próprias em relação à VA?
18. É realizado algum relatório periódico que trata das questões da VA no município? Se é realizado um relatório: para quem esse relatório é disponibilizado?
19. O pessoal da VA tem integração com outros setores do município?
20. O repasse de verbas fundo a fundo é realizado em conjunto para a VE e a VA, nesse caso como é dividido esse repasse?
21. As três vigilâncias costumam se reunir periodicamente?

APÊNDICE H - Roteiro de questões para o profissional da vigilância sanitária

1. Há quanto tempo você está trabalhando na VS?
2. Antes de trabalhar aqui vc trabalhava em alguma área relacionada à saúde?
3. Qual o tipo de contrato de trabalho que você tem com o município?
4. Como está organizada a VS do município?
5. Qual o número de funcionários da VS e quais suas funções?
6. São oferecidos cursos de capacitação para o pessoal da VS?
7. Quem oferece os cursos?
8. O município tem normas próprias em relação a VS?
9. Você considera que os recursos humanos e materiais são suficientes para dar conta da VS no município?
10. Quais as dificuldades do município em relação a VS?
11. Em se tratando de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) quais as mais problemáticas aqui no município?
12. Quem realiza as investigações dos surtos de DTAs no município?
13. É realizado algum relatório para o gestor do município? Se sim, quem mais recebe esse relatório?
14. Vocês realizam algum trabalho de orientação da população quanto aos cuidados relativos ao consumo de alimentos?
15. A VS do município se preocupa com a inspeção da água para consumo humano?
16. É disponibilizado para os munícipes a informação sobre a qualidade da água para consumo humano no município?
17. A VS do município se preocupa com a inspeção da contaminação do ar e do solo?
18. A VS do município se preocupa com a inspeção dos contaminantes ambientais e substâncias químicas?
19. O pessoal da VS tem um trabalho integrado com outros setores do município?

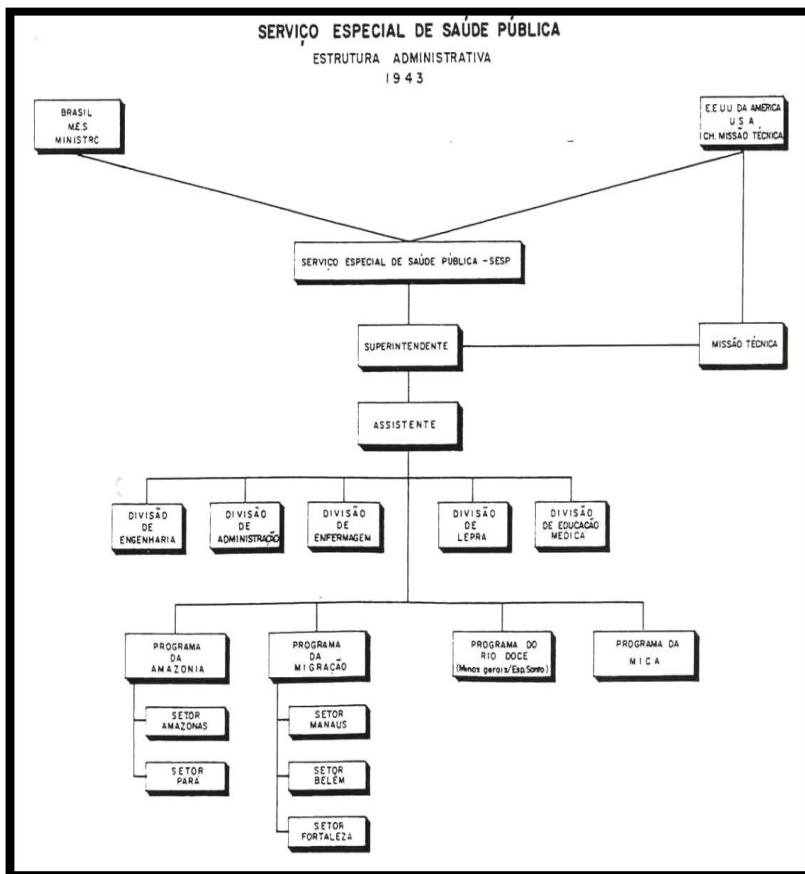
ANEXO

ANEXO A – Foto da primeira turma do curso de educadores sanitários do Instituto de Higiene, São Paulo, 1927



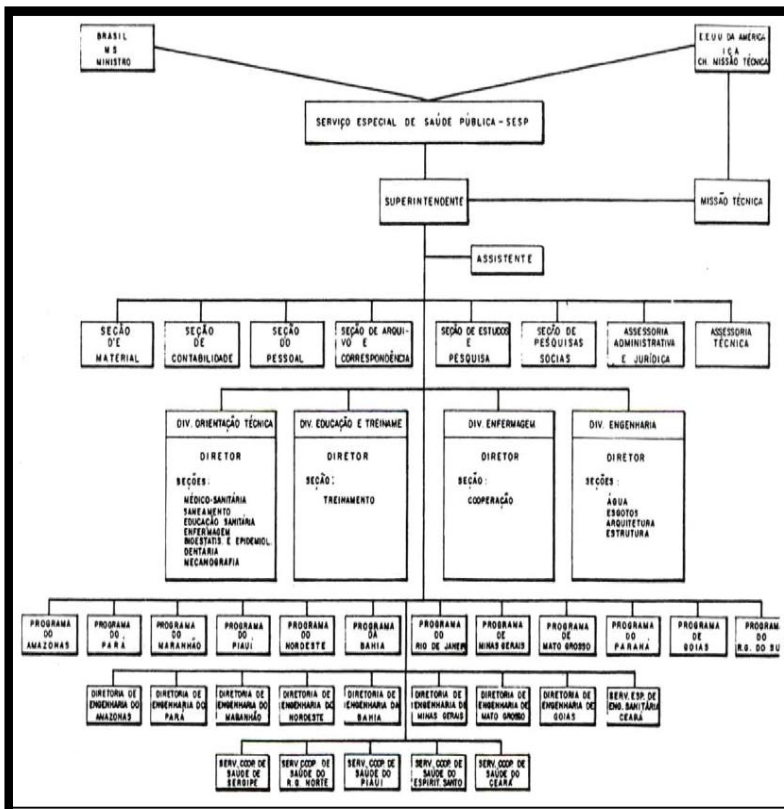
Fonte: Candeias (1984)

ANEXO B - Serviço Especial de Saúde Pública: estrutura administrativa em 1943



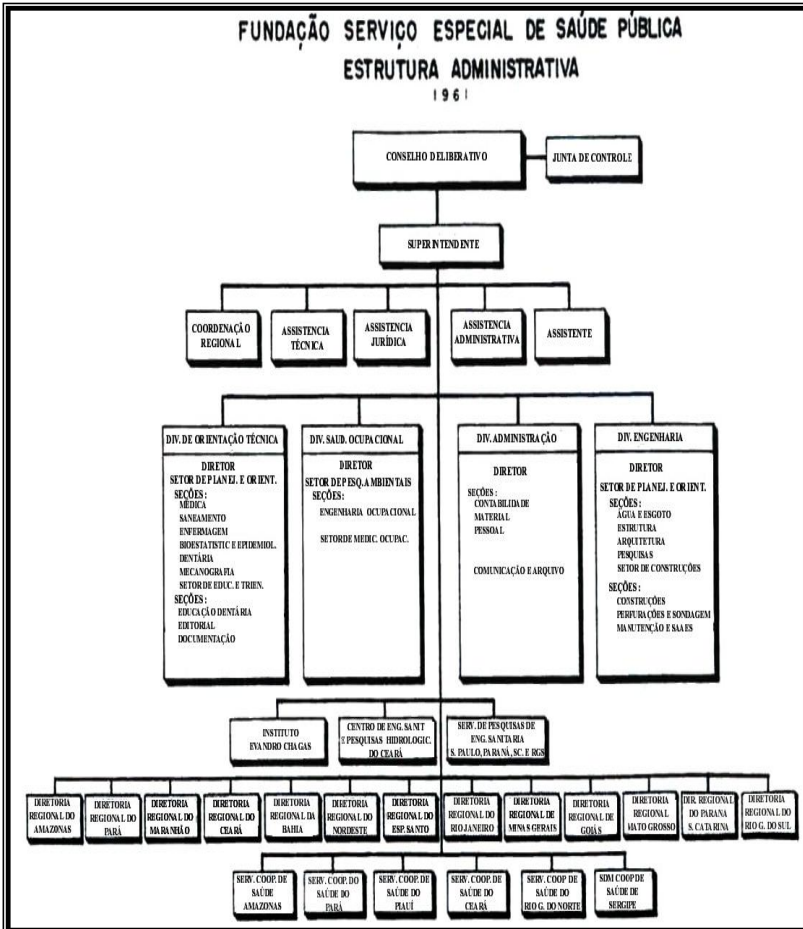
Fonte: Bastos (1996)

Serviço Especial de Saúde Pública: estrutura administrativa em 1959/1960



Fonte: Bastos (1996)

ANEXO C - Fundação Serviço Especial De Saúde Pública: estrutura administrativa em 1961



Fonte: Bastos (1996)

ANEXO D- As Diretorias Regionais da SUCAM e seus respectivos distritos

Diretorias Regionais (DR)	Sede	Distritos
DR do Distrito Federal	Brasília	Administração Central
DR do Acre	Rio Branco	Cruzeiro do Sul
DR do Amazonas	Manaus	Humaitá, Itacoatiara e Tefé
DR de Rondônia	Porto Velho	Guajará-Mirim, Vila de Rondônia
DR de Roraima	Boa Vista	Administração Central
DR de Amapá	Macapá	Administração Central
DR do Pará	Belém	Altamira, Breves, Cametá, Capanema, Marabá, Santarém
DR do Maranhão	São Luís	Chapadinha, Codó, Imperatriz, Pedreiras, Pindaré-Mirim, São João dos Patos
DR do Piauí	Teresina	Campo Maior, Floriano, Parnaíba, Picos
DR do Ceará	Fortaleza	Baturité, Crato, Sobral
DR do Rio Grande do Norte	Natal	Mossoró, São José do Mipibú
DR da Paraíba	João Pessoa	Campina Grande, Itabaiana
DR do Pernambuco	Recife	Caruaru, Garanhuns, Salgueiro, Vitória de Santo Antão
DR do Alagoas	Maceió	Palmeira dos Índios, Penedo
DR do Sergipe	Aracajú	Estância, Propriá
DR da Bahia	Salvador	Barra, Bom Jesus da Lapa, Caravelas, Feira de Santana, Ilhéus, Itaberaba, Jequié, Juazeiro, Pernambués
DR do Espírito Santo	Vitória	Linhares e São Mateus
DR do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Campos, Macaé, Niterói, Nova Iguaçu
DR de São Paulo	São Paulo	Administração central
DR do Paraná	Curitiba	Cascavel, Foz do Iguaçu, Londrina, Paranaguá
DR de Santa Catarina	Florianópolis	Blumenau, Joinville
DR do Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Santa Maria, Santa Rosa
DR de Minas Gerais	Belo Horizonte	Caratinga, Diamantina, Januária, Montes Claros, Pirapora, Teófilo Otoni, Uberaba, Varginha
DR de Goiás	Goiânia	Ceres, Formosa, Jataí, Porto Nacional, Tocantinópolis, Taguatinga
DR de Mato Grosso	Cuiabá	Cáceres, Campo Grande, Dourados, Nortelândia, Rondonópolis, Três Lagoas

Fonte: Moraes (1990)

ANEXO E - Competências dos entes federados na gestão do SNVE de acordo com a Portaria nº 1.399/1996

CAPÍTULO I Das Competências Seção I Da União

Art. 1º Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;

IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

V - normatização técnica;

VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;

VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).

VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações- SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos estados;

c) retroalimentação dos dados.

X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC, de abrangência nacional;

XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde- SMS e Secretarias Estaduais de Saúde - SES;

XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;

XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;

XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Seção II

Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;

IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;

V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

VI - assistência técnica aos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;

b) equipamentos de proteção individual;

c) seringas e agulhas;

d) óleo de soja; e

e) equipamentos de aspersão de inseticidas.

IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

Seção III

Dos Municípios

Art. 3º Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância

Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação

compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária,

esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XII - coordenação e 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 e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retro-alimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na

definição da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV

Do Distrito Federal

Art. 4º A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

Fonte: Brasil (1999)

ANEXO F – Apresentação de parte do Decreto nº 7.336 de 2010, que trata das competências dos departamentos da SVS

Decreto nº 7.336, de 19 de Outubro de 2010

Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Art. 36. À Secretaria de Vigilância em Saúde compete:

I - coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, integrado por:

- a) Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;
- b) Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;
- c) Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância em saúde;
- d) sistemas de informação de vigilância em saúde;
- e) programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações;
- f) política nacional de saúde do trabalhador;

II - elaborar e divulgar informações e análise de situação da saúde que permitam estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do País e avaliar o impacto das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, bem como subsidiar a formulação de políticas do Ministério da Saúde;

III - coordenar a execução das atividades relativas à disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS, para subsidiar a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e de outros agravos à saúde;

IV - coordenar a execução das atividades relativas à prevenção e ao controle de doenças e outros agravos à saúde;

V - coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, que coordenará, técnica e administrativamente, o Centro Nacional de Primatas;

VI - promover o processo de elaboração e acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde;

VII - participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo, na área de Vigilância em Saúde;

VIII - fomentar e implementar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde;

IX - promover o intercâmbio técnico-científico, com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

X - propor políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à área de Vigilância em Saúde;

XI - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, visando potencializar a capacidade gerencial e fomentar novas práticas de vigilância em saúde; e

XII - formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como regular e acompanhar seu contrato de gestão.

Art. 37. Ao Departamento de Vigilância Epidemiológica compete:

I - propor normas relativas a:

- a) ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis;
- b) notificação de doenças transmissíveis;
- c) investigação epidemiológica;
- d) vigilância epidemiológica nos portos, aeroportos, fronteiras e terminais alfandegários;

II - estabelecer medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos à saúde, pertinentes ao seu campo de atuação;

III - coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando:

- a) for superada a capacidade de execução dos Estados;
- b) houver o envolvimento de mais de um Estado; ou
- c) riscos de disseminação em nível nacional;

IV - normatizar e definir instrumentos técnicos relacionados aos sistemas de informações sobre doenças de notificação compulsória e doenças sob monitoramento;

V - analisar, monitorar, supervisionar e orientar a execução das atividades de prevenção e controle de doenças que integrem a lista de doenças de notificação compulsória ou que venham assumir importância para a saúde pública;

VI - monitorar o comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância e agravos inusitados à saúde;

VII - elaborar a lista nacional de doenças de notificação compulsória;

VIII - elaborar o esquema básico de vacinas de caráter obrigatório;

IX - coordenar a investigação de surtos e epidemias, em especial de doenças emergentes e de etiologia desconhecida ou não esclarecida, e de eventos adversos temporalmente associados à vacinação;

X - normatizar e supervisionar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

XI - normatizar, coordenar e supervisionar a utilização de imunobiológicos;

XII - participar da elaboração e supervisionar a execução das ações de vigilância em saúde;

XIII - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação a Estados, a Municípios e ao Distrito Federal na organização das ações de epidemiologia, imunização, laboratório e demais ações de prevenção e controle de doenças;

XIV - definir a programação de insumos críticos na área de vigilância em saúde; e

XV - definir as linhas prioritárias dos estudos, pesquisas, análises e outras atividades técnico-científicas de interesse de sua área de atuação, em articulação com a Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços.

Art. 38. Ao Departamento de Análise de Situação de Saúde compete:

I - elaborar estudos e análises para monitoramento do quadro epidemiológico e avaliação do impacto das políticas e programas de saúde;

II - monitorar o comportamento epidemiológico de doenças não transmissíveis e outros agravos à saúde;

III - normatizar e coordenar a execução dos sistemas de estatísticas vitais;

IV - promover e divulgar análises das informações geradas pelos sistemas de informação no âmbito do setor saúde;

V - desenvolver metodologias para análises de situação de saúde;

VI - participar da elaboração e supervisionar a execução das ações de Vigilância em Saúde e do pacto de gestão; e

VII - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação a Estados, a Municípios e ao Distrito Federal na organização das ações inerentes à análise de situação de saúde.

Art. 39. Ao Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde compete:

I - coordenar a elaboração e o acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde;

II - planejar, coordenar e avaliar o processo de acompanhamento e supervisão das ações de Vigilância em Saúde;

III - promover a articulação e a integração de ações entre os órgãos e unidades da Secretaria de Vigilância em Saúde e os gestores estaduais e municipais do SUS; e

IV - participar do processo de negociação e da definição de critérios para a alocação de recursos físicos e financeiros nas ações de Vigilância em Saúde.

Art. 40. Ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais compete:

I - propor a formulação e a implementação de políticas, diretrizes e projetos estratégicos no que se refere à:

a) promoção das ações de vigilância, de prevenção, de assistência e de garantia dos direitos humanos das populações vulneráveis e das pessoas vivendo com HIV/Aids;

b) promoção e fortalecimento da integração com as organizações da Sociedade Civil, nos assuntos relacionados às DST/Aids;

II - coordenar o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

III - monitorar o padrão epidemiológico das DST/Aids, em articulação com o Departamento Nacional de Análise de Situação de Saúde;

IV - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperações nacionais e internacionais;

V - participar da elaboração e supervisionar a execução das ações de DST/Aids no país;

VI - definir a programação de insumos críticos para as ações de DST/Aids; e

VII - subsidiar e promover as atividades de desenvolvimento de recursos humanos, na sua área de atuação.

Art. 41. Ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador compete:

I - gerir o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;

II - coordenar a implementação da política e o acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

III - propor e desenvolver metodologias e instrumentos de análise e comunicação de risco em vigilância ambiental;

IV - planejar, coordenar e avaliar o processo de acompanhamento e supervisão das ações de vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; e

V - gerenciar o Sistema de Informação da Vigilância Ambiental em Saúde.

Fonte: Brasil (2010a)

ANEXO G - Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004

PORTARIA Nº 1.172, DE 15 DE JUNHO DE 2004

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à vigilância em saúde, e

Considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

Considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária dos dias 9 e 10 de junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

Considerando a aprovação desta Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 29 de abril de 2004; e

Considerando a aprovação da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde para o ano de 2004, que incorpora ações básicas de Vigilância Sanitária, em 11 de novembro de 2003, resolve:

CAPÍTULO II DA PROGRAMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Art. 5º Ações de Vigilância em Saúde serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada da área de Vigilância em Saúde - PPI-VS, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Vigilância em Saúde, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da Federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas as unidades da Federação estabeleçam a PPI-VS estadual, especificando, para cada atividade proposta, o gestor que será responsável pela sua execução; e

III - os Estados e municípios poderão incluir ações de vigilância em saúde, a partir de parâmetros epidemiológicos estaduais e/ou municipais, pactuadas nas CIB.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-VS serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde - MS e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

CAPÍTULO III DA CERTIFICAÇÃO

Art. 7º São condições para a certificação dos Estados e do Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Vigilância em Saúde:

- I - formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- II - apresentação da PPI-VS para o Estado, aprovada na CIB; e
- III - comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições.

Art. 8º A solicitação de certificação dos Estados e do Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS e encaminhada para deliberação na CIT.

Art. 9º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB, Plena de Atenção Básica Ampliada - PABA ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Vigilância em Saúde mediante:

- I - formalização do pleito pelo gestor municipal;
- II - comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
- III - programação das atividades estabelecidas pela PPI-VS sob sua responsabilidade.

Art. 10. A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11. As solicitações de municípios, aprovadas na CIB, serão encaminhadas para análise da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12. Quando julgado necessário, a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

Art. 13. Os Estados e o Distrito Federal deverão manter arquivo dos processos de certificação e da PPI-VS atualizadas anualmente.

CAPÍTULO IV DO FINANCIAMENTO

Art. 14. O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS de cada unidade da Federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV do Capítulo I desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. Os recursos do TFVS serão disponibilizados a Estados, a municípios e ao Distrito Federal para execução das ações de Vigilância em Saúde.

Art. 15. As unidades da Federação serão estratificadas da seguinte forma:

- I - estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão e Mato Grosso;

II - estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

III - estrato III - São Paulo e Paraná; e

IV - estrato IV - Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Art. 16. O TFVS de cada unidade da Federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

I - valor *per capita* multiplicado pela população de cada unidade da Federação;

II - valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da Federação; e

III - contrapartidas do Estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º As contrapartidas de que trata o inciso III deste artigo deverão ser para os estratos I, II, III e IV de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 %, 35% e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nos incisos I e II e da parcela de que trata o § 2º do artigo 18 desta Portaria.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo, os dados relativos à população e à área territorial de cada unidade da Federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, atualizados anualmente, de forma automática, os valores referentes à população.

Art. 17. A CIB, baseada nas competências dos Estados e dos municípios definidos nas Seções II e III, e considerando perfil epidemiológico e características demográficas, assim como o TFVS, informará à Secretaria de Vigilância em Saúde o montante a ser repassado a cada município para execução das ações de Vigilância em Saúde que, após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o *caput* deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 18. Os municípios certificados na forma estabelecida nos artigos 9 a 11 desta Portaria não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 1º As capitais e os municípios que compõem sua Região Metropolitana não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 80% (oitenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 2º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido um valor *per capita* que, multiplicado pela população do Município, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 3º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 19. O repasse dos recursos federais do TFVS, incluindo o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária aos municípios (Portaria nº 1.882/1997), será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e aos Fundos Municipais de Saúde, de acordo com pactuação feita nas CIB, com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

Art. 20. Será instituída uma dotação nacional correspondente a 0,5% do valor anual do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde para aplicações emergenciais, mediante análise da situação pela Secretaria de Vigilância em Saúde, ou em situações de epidemia em que as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde apresentarem justificativa e programação necessária de recursos a serem utilizados, com aprovação da SVS.

§ 1º Os recursos não-aplicados até o mês de setembro de cada ano serão repassados às unidades federadas na mesma proporção do repasse sistemático do TFVS, sendo que a SVS apresentará na CIT, mensalmente, planilha demonstrativa dos recursos aplicados e disponíveis.

§ 2º A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB e informado à Secretaria de Vigilância em Saúde para que seja efetuado o repasse.

CAPÍTULO V DAS PENALIDADES

Art. 21. A Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS poderá suspender o repasse dos recursos de que trata o artigo 19, nos seguintes casos:

- I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-VS, quando não acatadas as justificativas apresentadas pelo gestor e o não cumprimento de Termo de Ajuste de Conduta- TAC;
- II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;
- III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;
- IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação e retroalimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados);
- V - falta de atendimento tempestivo a solicitações formais de informações; e
- VI - por solicitação formal do gestor estadual, quando as hipóteses de que tratam os incisos anteriores for constatado por estes.

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, a Secretaria de Vigilância em Saúde, com base em parecer técnico fundamentado, poderá:

- I - restabelecer o repasse dos recursos financeiros; ou
- II - propor, à CIT, o cancelamento da certificação do Estado ou do município.

§ 2º O cancelamento da certificação, observados os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Vigilância em Saúde correspondentes serão assumidas:

- I - pelo Estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou
- II - pela Secretaria de Vigilância em Saúde, em caso de cancelamento da certificação de Estado.

Art. 22 A Secretaria de Vigilância em Saúde poderá suspender o repasse mensal do TFVS para Estados e municípios que não demonstrarem a aplicação de recursos no valor equivalente a 6 (seis) meses de repasse, a partir de janeiro de 2005.

Parágrafo único. A Secretaria de Vigilância em Saúde editará ato normativo pactuado na CIT, detalhando os fluxos e procedimentos para a aplicação prática desta medida.

Art. 23. Além das sanções de que trata os artigos 21 e 22 desta Portaria, os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

- I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- II - instauração de tomada de contas especial;
- III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;
- IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;
- V - comunicação à Câmara Municipal; e
- VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24. Para maior efetividade na consecução das ações de Vigilância em Saúde, por parte dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde:

- I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, e preferencialmente que essa estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde;
- II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;
- III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de Vigilância em Saúde às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e pelo Programa Saúde da Família - PSF;e
- IV - integrar as atividades de diagnóstico laboratorial às ações de Vigilância em Saúde por meio da estruturação de Rede de Laboratórios que inclua os laboratórios públicos e privados.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a SVS se caracterize como melhor árbitro.

Art. 26. As SES e as SMS deverão informar à SVS a evolução da força de trabalho cedida pelo Ministério da Saúde, considerando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- I - aposentadoria de servidores;
- II - incorporação de atividades ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa Saúde da Família - PSF; e
- III - aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a Secretaria de Vigilância em Saúde submeterá à avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da força de trabalho cedida e alocada em cada Estado da Federação.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata este artigo, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da SVS, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os Estados e os municípios.

Art. 27. Os recursos humanos cedidos para as SES e as SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela SVS, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem como a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28. A SVS, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2006, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29. A SVS disponibilizará os *kits* para realização dos testes de colinesterase sanguínea, e demais testes que vierem a ser incorporados na rotina, para as SES, que serão responsáveis pela distribuição dos *kits* e a coordenação do processo de realização de exames de controle de intoxicação para os agentes de controle de endemias cedidos, que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Parágrafo único. Cabe às Secretarias Municipais de Saúde prover as condições para realização de exames de controle de intoxicação para os agentes especificados acima.

Art. 30. A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA estabelecerá, com a participação da Secretaria de Vigilância em Saúde, critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º A FUNASA realizará o pagamento, mediante o envio, pela SES, da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será acrescido ao TFVS dos municípios certificados ou do Estado, dependendo da vinculação funcional, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art. 31. Determinar à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32. Revogar a Portaria nº. 1.399/GM, de 15 de dezembro de 1999, publicada no DOU nº 240-E, Seção I, pág. 21, de 16 de dezembro de 1999, e a Portaria nº 1.147/GM, de 20 de junho de 2002, publicada no DOU nº 118, Seção 1, pág. 159, de 21 de junho de 2002.

Art. 33. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Fonte: Brasil (2004c)

ANEXO H – Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) 2010-2011



PAVS 2010-2011

EIXO I: AÇÕES PRIORITÁRIAS NACIONAIS (ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)

PACTO PELA VIDA		PACTO	PAVS
PRIORIDADES	OBJETIVO	AÇÕES PRIORITÁRIAS	
1. Atenção à saúde do idoso.	Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.		Vacinar idosos na faixa etária ≥ 60 anos na campanha anual contra a influenza.
2. Controle do câncer de colo do útero e de mama.	Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 50% da população alvo.		Realizar inspeção sanitária em serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.
	Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial		
	Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 50% da população alvo.		
3. Redução da mortalidade infantil e materna.	Reduzir a mortalidade infantil.		Intensificar a investigação do óbito infantil e fetal.
			Realizar inspeção sanitária em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança.
			Intensificar a investigação do óbito de mulheres em idade fértil e materno.
4. Fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS.	Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.		Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis.
			Realizar monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados.
			Realizar capacitação de pessoal - estados e municípios - no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (CBVE-TV).
		Aumentar a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal.	
		Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis.	
		Realizar levantamento do Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA).	
		Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas UBS.	
		Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas unidades hospitalares.	
		Atualizar o plano de contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos.	

Fonte: Brasil (2012g)



PAVS 2010-2011

EIXO I: AÇÕES PRIORITÁRIAS NACIONAIS (ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)

PACTO PELA VIDA		PACTO	PAVS
PRIORIDADES	OBJETIVO	AÇÕES PRIORITÁRIAS	
4. Fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS.	Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.		Notificar e investigar imediatamente os casos graves e óbitos suspeitos para identificação e correção dos seus fatores determinantes.
			Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população.
			Monitorar municípios não infestados.
Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.			Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de avaliação.
			Avaliar no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase.
			Avaliar o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação.
Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.			Realizar capacitação de pessoal – estados, para ações de controle da hanseníase (conteúdo mínimo diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades).
			Ampliar a realização de cultura para os casos da retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento).
			Encerrar oportunamente os casos novos de tuberculose no Sinan.
Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal.			Verificar a cobertura do tratamento supervisionado dos casos novos pulmonares bacilíferos.
			Realizar busca de contatos de casos.
			Expandir a rede de diagnóstico e tratamento da malária na região Amazônica, no âmbito da atenção básica.
Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.	Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.		Realizar capacitação para microscopistas.
			Realizar avaliação de desempenho dos indicadores da rede sentinela.
			Realizar inspeção sanitária em serviços de hematologia.
		Realizar inspeção sanitária em serviços de terapia renal substitutiva.	
		Notificar os casos suspeitos de hepatites virais no Sinan.	

Fonte: Brasil (2012g)

EIXO I: AÇÕES PRIORITÁRIAS NACIONAIS (ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)

PACTO		PAVS
PACTO PELA VIDA		AÇÕES PRIORITÁRIAS
PRIORIDADES	OBJETIVO	
4. Fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS.	Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.	Monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas.
	Reduzir a transmissão vertical do HIV.	Aumentar a cobertura de testagem para o HIV no pré-natal e parto. Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes/parturientes e em crianças expostas.
5. Promoção da saúde.	Reduzir os níveis de sedentarismo na população.	Realizar ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de Promoção da Saúde. Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos e serviços de alimentação. Instituir Programa de Monitoramento de Alimentos. Realizar atividades educativas sobre a temática nutricional com relação ao consumo de sódio, açúcar, gordura, para o setor produtivo e população. Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de atividade física implantados nos estados e municípios.
	Reduzir a prevalência do tabagismo no país.	Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de controle e prevenção ao tabagismo implantados nos estados e municípios. Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos com ambientes livres do tabaco.
6. Saúde do trabalhador.	Aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.	Ampliar a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador. Ampliar a capacitação para aplicação de protocolos.
7. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.	Ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.	Implantar a Rede de prevenção a violência e promoção da saúde nos municípios prioritários. Elaborar a proposta de intervenção para a prevenção a violência e promoção da saúde.

Fonte: Brasil (2012g)

EIXO I: AÇÕES PRIORITÁRIAS NACIONAIS (ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)

PACTO		PAVS
PACTO PELA VIDA		AÇÕES PRIORITÁRIAS
PRIORIDADES	OBJETIVO	
7. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.	Ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.	Monitorar os projetos selecionados na rede nacional de promoção da saúde com componente de prevenção a violência implantados nos estados e municípios.
	Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica Sexual e/ou outras violências.	Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.
		Monitorar a ocorrência de acidentes e violências notificadas.

Fonte: Brasil (2012g)

EIXO I: AÇÕES PRIORITARIAS

PACTO		PAVS
PACTO DE GESTÃO	OBJETIVOS	AÇÕES PRIORITARIAS
1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS.	Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no Sinan. Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
	Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.	Intensificar a coleta das declarações de óbitos_DO Garantir o envio de dados do SIM com regularidade. Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no sistema de informação sobre mortalidade
	Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.	Garantir a cobertura da vacinação de rotina do calendário básico. Realizar capacitação de técnicos na metodologia desenvolvida para a implantação da VE das coberturas. Implantar o sistema de informação nominal e por procedência sobre vacinação.
	Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.	Alimentar de dados de cadastro no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA. Alimentar os dados de controle da qualidade da água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.

Fonte: Brasil (2012g)

EIXO I: AÇÕES PRIORITARIAS

PACTO		PAVS
PACTO DE GESTÃO	OBJETIVOS	AÇÕES PRIORITARIAS
1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS.	Reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.	Adequar a rede de laboratório de saúde pública para análise da qualidade da água.
	Consolidar e ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária.	Realizar capacitação dos serviços de VISA para a elaboração da programação e execução das ações.

Fonte: Brasil (2012g)

EIXO II: AÇÕES PRIORITÁRIAS SEGUNDO CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS (ações de relevância epidemiológica para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional, e que não foram contempladas no Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)

PAVS	
OBJETIVO	AÇÕES PRIORITÁRIAS
Monitorar os focos ativos de Peste nos nove estados endêmicos, visando acompanhar o nível e a distribuição da prevalência da peste animal, a fim de obter dados básicos para as ações preventivas e de controle. [Os estados que apresentam focos ativos são: PE, CE, AL, MG, PI, PB, RN, RJ e BA].	Realizar exames sorológicos para verificação da circulação da <i>Yersinia pestis</i> nos estados endêmicos para peste. Realizar busca ativa de casos suspeitos e epizootias de roedores.
Monitorar a situação epidemiológica da Esquistossomose nos municípios das áreas endêmicas.	Realizar exames coprocópicos para controle da esquistossomose em áreas endêmicas. Realizar tratamento dos portadores de <i>Schistosoma mansoni</i> diagnosticados. Capacitar pessoal em malacologia nos estados. Realizar pesquisa malacológica em municípios com coleções hídricas de importância epidemiológica para esquistossomose.
Alcançar a interrupção da transmissão da Filariose.	Realizar tratamento coletivo de comunidades residentes em áreas endêmicas de Filariose.
Monitorar a situação epidemiológica do Tracoma nos municípios.	Realizar busca ativa de tracoma em escolares. Realizar tratamento e controle dos casos e dos comunicantes.
Reduzir as formas graves e deformidades físicas por LTA e Controlar a morbidade e reduzir a letalidade por LV.	Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA). Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Visceral (LV).

Fonte: Brasil (2012g)

EIXO II: AÇÕES PRIORITÁRIAS SEGUNDO CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS (ações de relevância epidemiológica para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional, e que não foram contempladas no Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)

PAVS	
OBJETIVO	AÇÕES PRIORITÁRIAS
Reduzir as formas graves e deformidades físicas por LTA e Controlar a morbidade e reduzir a letalidade por LV.	Realizar ações de controle químico e manejo ambiental nos municípios, conforme classificação epidemiológica. Realizar vigilância entomológica de fílebotomíneos para LV e LTA, segundo classificação epidemiológica.
Evitar a raiva canina e por consequência a transmissão para humanos.	Monitorar a circulação do vírus da raiva na população canina, com envio de amostra de cães com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial. Vacinar a população canina na Campanha de Vacinação Antirrábica. Realizar esquema profilático pós exposição de vacinação contra raiva em todas as pessoas que forem agredidas por morcego. Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos, com envio de amostra de morcegos com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.
Evitar a transmissão vetorial da doença de Chagas.	Realizar pesquisa de triatomíneos nos municípios, conforme estratificação de risco. Capacitar técnicos para o monitoramento e controle vetorial. Realizar controle químico em unidades domiciliares positivas na investigação entomológica de triatomíneos.
Diminuição letalidade por Leptospirose.	Capacitar clínicos para diagnóstico e tratamento oportuno.
Identificar oportunamente acidentes por animais peçonhentos clinicamente moderados e graves visando evitar sequelas e óbitos.	Realizar tratamento adequado dos casos de acidentes por animais peçonhentos. Realizar capacitações e treinamentos de profissionais para melhorar a qualidade das notificações.

Fonte: Brasil (2012g)

EIXO II: AÇÕES PRIORITÁRIAS SEGUNDO CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS (ações de relevância epidemiológica para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional, e que não foram contempladas no Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)

PAVS	
OBJETIVO	AÇÕES PRIORITÁRIAS
Implementar a vigilância do rotavírus em unidades sentinela.	Coletar amostra de fezes para diagnóstico laboratorial dos casos de rotavírus em unidades sentinela.
Manter a erradicação da poliomielite no Brasil e impedir a reintrodução do poliovírus.	Vacinar crianças menores de cinco anos contra poliomielite. Realizar notificação de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda - PFA.
Manter a interrupção da transmissão do vírus autóctone da Rubéola e Sarampo e impedir a reintrodução dos vírus no país.	Investigar casos notificados de sarampo e rubéola em até 48 horas. Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial. Manter cobertura vacinal para triplice viral.
Evitar a ocorrência de casos humanos de FA.	Notificar e investigar casos humanos suspeitos de febre amarela. Notificar e investigar epizootias de primatas não humanos (PNH), equinos, aves e animais silvestres.
Fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica das meningites.	Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletoforese e látex.

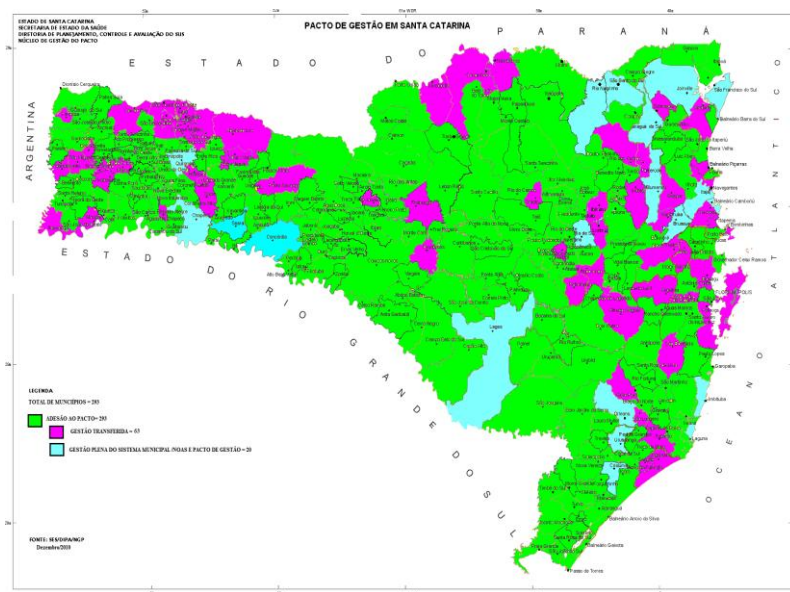
Fonte: Brasil (2012g)

EIXO III: AÇÕES PARA FORTALECIMENTO DO SISTEMA (ações transversais que contribuem para o fortalecimento do sistema nacional de vigilância em saúde)

PAVS	
OBJETIVO	AÇÕES PRIORITÁRIAS
Fortalecer o SISLAB.	Implantar o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/GAL nas unidades laboratoriais dos Estados que aderiram.
Estruturar rede CIEVS em estados, capitais e municípios prioritários.	Ampliar a rede CIEVS nos estados, capitais e municípios priorizados.
Realizar ações de vigilância em saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a áreas contaminadas por contaminantes químicos.	Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado por contaminantes químicos.
Identificar municípios de risco que estejam sob influência de poluição atmosférica no estado.	Identificar os municípios de risco para a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR.
Aprimorar a atuação em emergências de saúde pública provocadas por desastres.	Instituir Comitê Estadual de Desastres, ou, em caso de Comitês já existentes, incluir o tema Saúde em Desastres. Elaborar Plano de Contingência para desastres.
Organizar o acesso aos imunobiológicos especiais.	Ampliar a vacinação para usuários em condições clínicas especiais.
Realizar ações de vigilância em saúde relacionadas a população exposta a agrotóxicos.	Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos. Realizar monitoramento de resíduo de agrotóxicos em alimentos.
Ampliar a cobertura do SINASC.	Intensificar a coleta das declarações de nascidos vivos.
Fortalecer os Fóruns de Pactuação	Promover a organização e implementação de Câmaras Técnicas de Vigilância em Saúde nas CIBs.

Fonte: Brasil (2012g)

ANEXO I – mapa de adesão dos municípios catarinenses ao Pacto de Gestão até o ano de 2010



Fonte: Santa Catarina (2012e)

ANEXO J – As competências dos entes federados no que diz respeito a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, conforme a Portaria GM nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009

PORTARIA Nº 3.252, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009

Seção II

Das Competências da União

Art. 21. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde, formular políticas em Vigilância em Saúde, estabelecer diretrizes, prioridades e gerir os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito nacional, compreendendo

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação nacional das ações definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;

V - apoio aos estados, distrito federal e aos municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos estados, do distrito federal e dos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde,

VIII - participação no processo de planejamento, que inclui:

a) participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;

c) definição das prioridades, objetivos, metas e indicadores de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, a serem negociados na CIT;

d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, acordadas de forma tripartite, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde;

e) assessoria técnica às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

f) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios em emergências de saúde pública de importância estadual, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública de importância internacional à OMS, conforme definições do RSI;

XII - apoio aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União;

XIII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia nacional de Vigilância em Saúde, sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Estados, os Distrito Federal e os Municípios;

XIV - apoio aos Estados e ao Distrito Federal na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XV - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde coordenadas e realizadas pelos Estados e Distrito Federal;

XVI - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados pelos Estados e pelo Distrito Federal para o nível nacional;

b) análise da completude dos campos e consistência dos dados e consolidação dos dados provenientes dos Estados e Distrito Federal;

c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde;

d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito nacional;

f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais;

XVII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde;

XVIII - realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional, que venham a atender às necessidades da Política de Promoção e da Vigilância em Saúde;

XIX - participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde, de acordo com a Política de Desenvolvimento Profissional e a Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde;

XX - promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações no campo da promoção, prevenção e Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Ciência e Tecnologia;

XXI - promoção, fomento e implementação do desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento da análise de saúde, do conhecimento de fatores de risco e de contextos de vulnerabilidade da população;

XXII - promoção e fomento à participação social das instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Apoio à Gestão Participativa;

XXIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIV - gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Estados e ao Distrito Federal, de acordo com as normas vigentes;

XXV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;

b) seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um Estado;

c) medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na C I T;

d) reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, definidos pelos gestores nacionais das redes integrantes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, nos termos acordados na CIT;

e) insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas - inseticidas, larvicidas e moluscocidas - indicados pelos programas;

f) equipamentos de proteção individual - EPI para todas as atividades em Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho;

g) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com pactuação com as demais esferas de governo;

XXVI - coordenação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, conforme disciplina prevista em ato normativo específico;

XXVII - implantação, coordenação e apoio à estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, por meio do CIEVS;

XXVIII - coordenação SISLAB nos aspectos relativos às redes de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes;

XXIX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional, as estratégias e normatizações técnicas sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXX - cooperação técnica para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;

XXXI - estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de:

a) produtos, substâncias de consumo e uso humano;

b) serviços de saúde;

c) serviços de interesse da saúde;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos e entidades públicas;

XXXIV -regulação e a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras; e

XXXV - normatização e coordenação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Parágrafo único. A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea "f" do inciso XVI deste artigo deverá ser pactuada na CIT quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

Seção III

Das Competências dos Estados

Art. 22. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde implementar as políticas, diretrizes, prioridades e a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II -coordenação das ações definidas na Política Nacional e Estadual de Promoção da Saúde;

III -vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV -coordenação das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;

V -apoio aos municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

VI- execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

a) participação na elaboração do Plano Estadual de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;

c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma negociada na CIB;

d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde estadual;

e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, garantindo que as prioridades identificadas durante a análise da situação de saúde da população estejam neles contempladas;

f) assessoria técnica às Secretarias Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica complementar à disciplina nacional;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública, de importância nacional, ao Ministério da Saúde, nos termos da disciplina por ele estabelecida;

XII - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme disciplina federal e estadual;

XIII - apoio aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme disciplina federal e estadual;

XIV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os municípios;

XV - apoio aos municípios na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVI - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios;

XVII - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos municípios e/ou regionais, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional;

b) consolidação e análise dos dados provenientes dos municípios, por meio de processamento eletrônico dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

c) retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde;

d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações, no âmbito estadual;

f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas pelo nível federal;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito estadual, que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - fomento e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico científico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos municípios, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) seringas e agulhas, sendo facultada ao Estado a delegação desta competência à União;

b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos definidos na CIB;

d) equipamentos de aspersão de inseticidas;

e) equipamentos de proteção individual para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo máscaras faciais completas;

f) óleo vegetal para diluição de praguicida;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador pactuados na CIB;

XXVI -implantação, coordenação e estruturação do componente estadual da Rede CIEVS;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB e rede nacional de laboratórios;

XXIX -armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional;

XXX -coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXXI - cooperação técnica, no âmbito estadual, para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação em caráter complementar à esfera federal na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXIV -colaboração com a União na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

§ 1º A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea "f" do inciso XVII deste artigo deverá ser pactuada na CIB quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

§ 2º Os Estados poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS.

Seção IV

Das Competências dos Municípios

Art. 23. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

- I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
- II - coordenação municipal das ações definidas na Política Nacional, Estadual e Municipal de Promoção da Saúde;
- III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;
- IV - coordenação municipal das ações de Vigilância em Saúde;
- V - participação no processo de regionalização solidária e cooperativa;
- VI - execução das ações de Vigilância em Saúde;
- VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;
- VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:
 - a) participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
 - b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde no Município;
 - c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma articulada com as definições da respectiva CIB;
 - d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde no Município, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Município, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde;
 - e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, garantindo que as prioridades identificadas na análise da situação de saúde da população estejam contempladas nos mesmos;
 - f) definição de processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, com uso da epidemiologia nos serviços e do uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
 - g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;
- IX - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;
- X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância municipal;

XI - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;

XII - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, Estado e Município;

XIII - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

XIV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

XV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, no seu âmbito de gestão;

XVI - vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

b) transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;

c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;

d) análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;

f) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas nos âmbitos federal e estadual;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito municipal que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - promoção e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos nãogovernamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnicocientífico com organismos governamentais e nãogovernamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos definidos na CIB;

c) equipamentos de proteção individual - EPI - para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito municipal;

XXVI - coordenação e estruturação do componente municipal da Rede CIEVS, quando couber;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;

XXIX - coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;

XXX - coordenação e 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 e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XXXI - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;

XXXII - coordenação das ações desenvolvidas pelos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e pela Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, no âmbito municipal, quando couber;

XXXIII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde, no âmbito municipal;


XXXIV - participação, em caráter complementar às esferas federal e estadual, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXV - colaboração com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 e do inciso XXIV do art. 22 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

Fonte: Brasil (2009d)

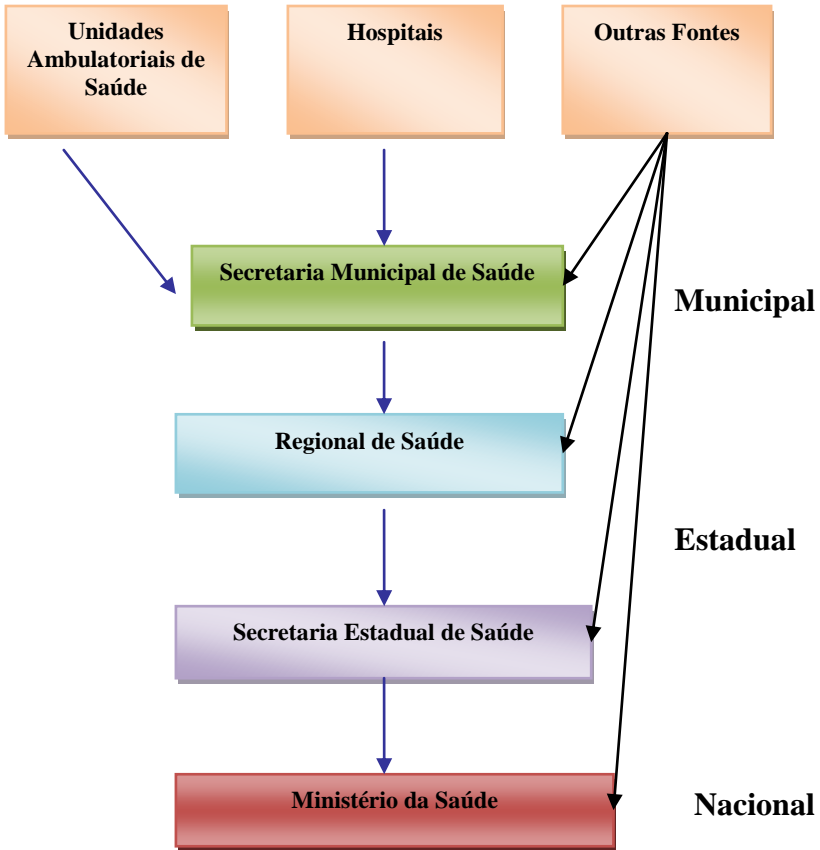
ANEXO K - Ficha individual de notificação (FIN)

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº _____		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto <input type="checkbox"/>			2 Data de Notificação		
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		
Notificação Individual	5 Agravado/enferma			Código (CID10)		
	7 Nome do Paciente			8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D. - dias M. - meses A. - anos		10 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhum 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS			14 Nome da mãe		
Notificação de Surto	15 Agravou/Doença			Código (CID10)		
	17 Nº de Casos Suspeitos			16 Data dos 1 ^{os} Sinais do 1º Caso Suspeito		
Dados de Residência	18 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Casos Restritos a uma Mesma Família 2 - Casos Restritos a uma Escola/Creche 3 - Casos Restritos a um Hospital 4 - Casos Restritos a outra Instituição (abrigamento, asilo, trabalho) 5 - Casos Dispersos no Bairro 6 - Casos Dispersos Pelo Município 7 - Casos Dispersos em mais de um Município 8 - Outros			<input type="checkbox"/>		
	19 Logradouro (rua, avenida, ...)			Código		
	21 Complemento (apto, casa, ...)			20 Número		
	22 Ponto de Referência			23 UF		
	24 Município de Residência			Código (IBGE) Distrito		
	25 Bairro			Código (IBGE) 26 CEP		
	27 (DDD) Telefone			28 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado		
29 País (se residente fora do Brasil)			Código			

CENEPI 01.1 14/11/00

Fonte: Brasil (2005)

ANEXO L - Fluxograma de informações do SINAN



Fonte: Brasil (2005c)

ANEXO M – Ficha de investigação epidemiológica (FII)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		LEPTOSPIROSE				
<p>CASO SUSPEITO: Indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaleia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave. Indivíduo que apresente sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos sugestivos nos últimos trinta dias anteriores a data de início dos primeiros sintomas.</p>						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual				
	2 Agravado/ença	LEPTOSPIROSE		3 Código (CID 10)	4 Data da Notificação	
	5 UF	6 Município de Notificação		7 Código (IBGE)		
Dados do Paciente	8 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	9 Código		10 Data dos Primeiros Sintomas		
	11 Nome do Paciente			12 Data de Nascimento		
	13 (ou) idade	14 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	15 Estado	16 Raza/Cor	17	
	18 Escolaridade	19				
Dados de Residência	16 Número do Cartão SUS		17 Nome da mãe			
	18 UF	19 Município de Residência		20 Código (IBGE)	21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Código	
	25 Número	26 Complemento (apto., casa,...)		27 Geo campo 1		
	28 Geo campo 2		29 Ponto de Referência		30 CEP	
	31 (DDD) Telefone		32 Zona	33 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso						
Antecedentes Epidemiológicos	34 Data da investigação		35 Ocupação			
	36 Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias de Antecedem de Primeiros Sintomas - Contato/ limpeza de:					
	37 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de infecção nos últimos dois meses					
Dados Clínicos	38 Data de Atendimento		39 Sinais e Sintomas			
	40		41		42	
	43		44		45	
Atendimento	46 Ocorreu Hospitalização		47 Data da Internação		48 Data de Alta	
	49 UF	50 Município do Hospital		51 Código (IBGE)		
52 Nome do Hospital		53 Código				

Leptospirose

Sinan NET

SVD

02/02/2007

Continua

continuação

Dados do Laboratório	Sorologia IgM - Elisa							
	43	Data da Coleta - 1ª amostra	44	Resultado 1ª Amostra 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	45	Data da Coleta - 2ª amostra	46	Resultado 2ª Amostra 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
	Microaglutinação							
	47	Data da Coleta - Micro 1ª amostra	48	Micro 1ª Amostra 1ª sorovar título	49	Micro 1ª Amostra 2ª sorovar título		
	50	Resultado MICRO-aglutinação 1ª Amostra 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado						
	51	Data da Coleta - Micro 2ª amostra	52	Micro 2ª Amostra 1ª sorovar título	53	Micro 2ª Amostra 2ª sorovar título		
	54	Resultado MICRO-aglutinação 2ª Amostra 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado						
	Isolamento							
	55	Data da Coleta	56	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado				
	Imunohistoquímica							
57	Data da Coleta	58	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado					
RT-PCR								
59	Data da Coleta	60	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado					
Condições	61	Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	62	Critério de Confirmação ou Descarte 1 - Clínico-Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico				
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 30 dias)							
	63	O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado	64	UF	65	Pais		
	66	Município	67	Distrito	68	Bairro		
	Característica do Local Provável da Infecção							
	69	Área provável de infecção 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Peri-Urbana 9 - Ignorado	70	Ambiente da Infecção 1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 4 - Outro 9 - Ignorado				
	71	Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	72	Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por leptospirose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
	73	Data do Óbito	74	Data do Encerramento				
	Informações complementares e observações							
	Data e Endereço se esteve em situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas							
Data	UF	Município	Endereço	Localidade				
Observações:								
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unit. de Saúde				
	Nome		Função	Assinatura				
	Leptospirose		Siman NET	SVG 02/02/2007				

Fonte: Brasil (2012f)

ANEXO N - Ficha de investigação de surto

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO		Nº					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 3 - Surto							
	2	Agravado/doença	Código (CID10)	3					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
Notificação de Surto	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7					
	8	Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação							
Dados de Ocorrência	9	Local Inicial de Ocorrência do Surto							
		1 - Residência	2 - Hospital / Unidade de Saúde	3 - Creche / Escola					
		4 - Asilo	5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)	6 - Restaurante/ Padaria (similares)					
		7 - Eventos	8 - Casos Dispersos no Bairro	9 - Casos Dispersos Pelo Município					
		10 - Casos Dispersos em mais de um Município	11 - Outros	Especificar _____					
Dados de Ocorrência	10	UF	11	Município de Residência	Código (IBGE)	12	Distrito		
	13	Bairro	14	Logradouro (rua, avenida,...)	Código				
	15	Número	16	Complemento (apto., casa,...)	17	Geo campo 1			
	18	Geo campo 2	19	Ponto de Referência	20	CEP			
	21	(DDD) Telefone	22	Zona	1 - Urbana	2 - Rural	<input type="checkbox"/>	23	Pais (se residente fora do Brasil)
					3 - Perurbana	9 - Ignorado			
Situação Inicial	24	Data da Investigação							
	25	Modo Provável de Transmissão							
		1 - Direta (pessoa a pessoa)	2 - Indireta (Veículo comum ou Vetor)	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>				
	26	Se indireta, qual o veículo de transmissão provável							
		1 - Alimento/Água	2 - Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água)	3 - Vetor	<input type="checkbox"/>				
		4 - Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.)	5 - Fômites (faca, lençóis, agulhas, etc.)	9 - Ignorado					
		6 - Outro	Especificar _____						
Observações									
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde					
	Nome		Função		Assinatura				
	Surto		Sinan NET		SVS 29/05/2006				

Fonte: Brasil (2012f)

ANEXO O - Casos notificados no SINAN 1999- 26/07/2010 – Santa Catarina

Casos notificados no banco de dados do Sinan de 1999 a 26/07/2010, SC												
Agrupamento	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Agrotóxicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AGRIICULTIVO EXERCÍCIO MATERIAL BIOLÓGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHOS	2.100	2.203	3.147	4.079	5.317	6.538	6.395	6.684	7.893	7.700	8.157	48.661
ANIS	1.167	1.204	1.864	1.552	1.638	1.543	2.144	1.986	1.586	2.040	886	18.666
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	7.584	8.580	9.714	11.142	13.510	13.631	14.333	15.627	15.663	15.977	16.978	7.096.150.257
BOTULISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CARBUNÍCULO OU ANTRAZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAIXUMBA (PAROTIDITE EPIDÊMICA SEM COMPLICAÇÕES)	0	0	0	0	0	0	0	0	60	588	482	382
COLERA	54	1	1	3	1	3	5	0	0	20	18	12
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGÊNICAS)	5	571	846	1.180	1.225	1.271	1.233	1.158	1.388	1.791	1.952	669.12.918
COQUELICHE	25	23	34	129	103	188	143	113	230	345	119	58
CRANEA EXPOSTA HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	41	114	118	89
DENGUE	47	75	161	1.066	303	192	215	270	619	719	272	443
DIETITRICO PROTEICO-CALORICA GRAVE NAO ESPECIFICA	0	0	0	0	0	0	0	0	84	162	2	4
DOENÇA DE CHAGAS AGUDA	7	4	5	5	5	5	5	2	5	17	6	78
DOENÇA DE CREUTZFELDT-JACOB	20	16	26	16	32	29	662	35	20	13	15	17
DOENÇAS EXANTEMÁTICAS	1.493	1.883	1.587	1.950	1.248	2.032	2.274	1.558	2.038	1.343	746	302
ESQUISTOSSOMOSE	5	6	11	10	18	9	6	14	9	6	5	2
EVENTOS ADVERSOS POS-VACINACAO	0	0	0	0	0	0	0	0	72	190	88	127
FEBRE AMARELA	0	22	24	46	19	32	48	19	544	472	267	39
FEBRE MUCILAGINOSA / RICKETTSIOSES	20	14	18	22	15	20	11	12	12	5	8	31
FILAROSE NAO ESPECIFICADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GESTANTE HIV + e CRIANÇAS EXPOSTAS (Sinan Windows)	0	0	0	0	0	0	0	0	442	473	463	176
HANSINASE	3	88	310	417	422	471	465	467	0	0	0	2.643
HANTAVIROSE	164	181	195	259	285	296	274	263	253	246	226	115
HEPATITES VIRAIS	3.464	3.522	2.898	2.853	2.218	3.118	3.104	3.215	3.373	3.547	4.906	2.097
HEPATITE B (SEM HAIANA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATITE C (SEM HAIANA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDEMICO)	0	0	0	0	0	0	0	0	11	7	5	2
INTOXICACAO EXOGENA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	35
INTOXICACAO POR AGROTÓXICO	239	269	504	338	307	359	520	472	0	0	0	5.962
LEISHMANIOSE Tegumentar Americana	16	7	14	16	33	92	198	77	97	52	5	668
LEISHMANIOSE VISCERAL	0	1	1	2	1	3	0	0	2	3	1	0
LEPTOSPIRIOSE	793	692	1.401	1.164	1.230	1.252	1.788	1.407	1.428	4.219	1.716	472
LER DORT	2	44	60	109	132	157	191	149	140	86	76	46
LEISHMANIOSE Tegumentar Americana	16	7	14	16	33	92	198	77	97	52	5	668
MENINGITE	1.631	1.007	1.078	1.391	1.184	1.160	1.377	1.801	1.732	1.024	1.124	583
PAIR	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0
PARALISIA FLACIDA AGUDA - POLIOMIELITE	0	2	2	9	18	15	13	18	26	12	10	4
PNEUMOCOULOSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	26	2
RAIVA HUMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ROTAVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	56
SIFILIS CONGÊNITA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	28

Fonte: Informações fornecidas pelo técnico da DIVE/SC (2010)

ANEXO P - Tabela com óbitos por doenças transmissíveis por ano segundo unidades da federação - período 1990-2000

estados	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
RO	1019	768	521	543	592	622	481	462	519	450	409
AC	226	269	338	334	367	335	268	250	233	189	250
AM	1243	802	749	814	908	997	860	796	867	982	1044
RO	162	126	147	166	163	146	162	101	118	135	132
PA	2594	1994	1863	2058	1877	1780	1659	1547	1747	1854	2051
AP	172	216	161	152	183	173	166	174	140	171	145
TO	140	217	285	277	233	270	364	329	373	354	357
MA	1166	998	941	874	810	886	700	692	999	1031	1062
PI	799	507	712	904	711	520	450	494	554	596	809
CE	1772	2043	2075	2845	3185	2773	2851	3005	3402	3693	2777
RN	751	884	874	1193	1167	1455	1155	949	998	962	960
PB	1622	1396	1279	1529	1397	1100	991	802	978	839	931
PE	4552	4304	4526	5148	5730	4854	4403	4122	4472	4196	4001
AL	1454	1279	1290	1356	1264	1387	1098	1154	1903	1247	1257
SE	650	382	842	663	983	1117	798	621	803	655	581
BA	5250	4996	5937	5958	5802	4923	4632	3993	4470	4323	4208
MG	9632	8935	10470	11184	11304	10492	10589	9491	9821	9349	8578
ES	1106	1007	1083	1163	1100	1159	1245	1029	1230	1093	1017
RJ	10172	9277	9539	10688	11694	11255	11414	9993	10054	8992	8146
SP	25096	23456	25118	28412	29674	30340	27479	24373	23487	22809	22448
PR	4352	3949	4001	4328	4666	4181	4512	4143	4175	3882	4023
SC	1761	1515	1586	1886	1949	1885	2120	1940	2003	1876	1820
RS	4863	4424	4871	5708	5282	5183	5749	4881	5332	4591	4475
MS	1010	948	1031	1001	1167	1225	1140	1107	1062	1046	975
MT	774	863	798	738	777	949	843	891	1071	991	969
GO	2048	2246	2454	2482	2458	2433	2462	2485	2482	2183	2254
DF	953	826	879	1034	1132	1051	935	942	780	781	780
Total	85339	78627	84370	93428	96575	93491	89526	80766	84073	79270	76459

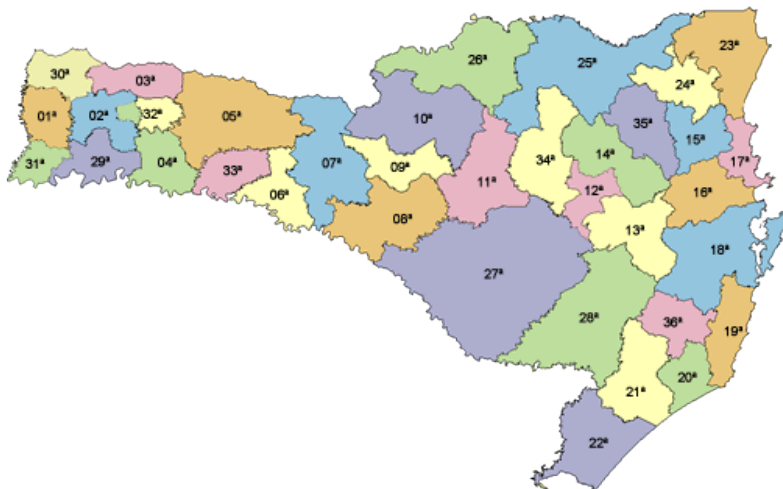
Fonte: Brasil (2012h)

Tabela com óbitos por doenças transmissíveis por ano segundo unidades da federação. Período: 2001-2009

Estados	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
RO	440	438	463	469	488	442	453	456	497
AC	232	240	225	274	361	331	325	315	315
AM	1104	1073	1080	1235	1249	1204	1242	1320	1385
RO	89	93	153	125	180	183	157	177	176
PA	2275	2141	2480	2671	2755	2680	2903	2878	3062
AP	170	189	172	162	133	120	146	216	213
TO	406	396	399	425	425	441	476	449	454
MA	1286	1287	1475	1476	1989	1953	1876	1976	2065
PI	832	931	912	912	961	1166	1104	1226	1300
CE	2730	2971	3055	2966	3033	3870	3505	3882	4093
RN	867	1005	1001	1202	1288	1227	1261	1417	1515
PB	877	907	1079	1237	1314	1317	1336	1404	1520
PE	3766	4059	3962	3847	3750	3840	4109	4120	4350
AL	1425	1394	1237	1247	1388	1337	1448	1378	1359
SE	641	583	580	609	654	630	617	644	742
BA	4332	4317	4580	4552	4478	5121	4935	5124	5565
MG	8877	8973	9475	9672	9277	10120	10008	10438	10919
ES	1050	1030	1285	1287	1150	1520	1229	1261	1534
RJ	8992	9507	10097	10683	10349	10959	11425	11813	12877
SP	21909	22950	23294	24113	22917	25248	25665	25818	27854
PR	3796	3885	3869	3992	3957	4397	4282	4393	4744
SC	1768	1818	1960	1970	1960	2104	2309	2273	2787
RS	4734	4684	5120	5125	5165	5576	5771	5688	6794
MS	930	998	1052	1130	1087	1103	1222	1171	1284
MT	936	976	993	1180	1133	1175	1167	1217	1390
GO	2330	2535	2419	2450	2445	2551	2622	2905	3013
DF	731	822	734	799	815	814	914	918	846
Total	77525	80202	83151	85810	84701	91229	92507	94877	102653

Fonte: Brasil (2012h)

ANEXO Q – Descentralização em SC: 36 SDRs



1ª São Miguel do Oeste	13ª Ituporanga	25ª Mafra
2ª Maravilha	14ª Ibirama	26ª Canoinhas
3ª São Lourenço do Oeste	15ª Blumenau	27ª Lages
4ª Chapecó	16ª Brusque	28ª São Joaquim
5ª Xanxerê	17ª Itajaí	29ª Palmitos
6ª Concórdia	18ª Grande Florianópolis	30ª Dionísio Cerqueira
7ª Joaçaba	19ª Laguna	31ª Itapiranga
8ª Campos Novos	20ª Tubarão	32ª Quilombo
9ª Videira	21ª Criciúma	33ª Seara
10ª Caçador	22ª Araranguá	34ª Taió
11ª Curitibanos	23ª Joinville	35ª Timbó
12ª Rio do Sul	24ª Jaraguá do Sul	36ª Braço do Norte

Fonte: site do Governo do Estado de Santa Catarina. Disponível em:
 <<http://portales.saude.sc.gov.br/>>. Acessado em 14 de março de 2012.

ANEXO R - Planilha de pactuação das responsabilidades do município de Ninféia - homologada em 2011

estado: SC - município: Ninféia			
data da validação: 30/03/2011			
data da homologação: 31/03/2011			
revisão nº: 002 pedido de revisão: 30/03/2011			
portaria: 1.708 data da publicação: 19/08/2008			
* como essa responsabilidade é um princípio do SUS nenhum campo precisa ser preenchido responsabilidades que sofreram alterações após a sua homologação.			
Responsabilidades gerais da gestão do SUS			
Responsabilidades		Situação atual	Informações adicionais
1.1-	todo município e responsável pela integralidade da atenção a saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidaria com o estado e a união;	*	*
1.2-	todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e continua do individuo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:		
1.2.a-	promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;	realiza	-
1.2.b-	ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;	realiza	-
1.3-	todo município deve promover a equidade na atenção a saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta as necessidades como principio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;	*	*
1.4-	todo município deve participar do financiamento tripartite do sistema único de saúde;	realiza	-
1.5-	todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;	realiza	
1.6-	todo município deve assumir integralmente a gerencia de toda a rede publica de serviços de atenção básica, englobando:		
1.6.a-	as unidades próprias e	realiza	-
1.6.b-	as transferidas pelo estado ou pela união;	realiza	-
1.7-	todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;	realiza	-
1.8-	todo município deve desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:		
1.8.a-	planejamento,	realiza	-
1.8.b-	regulação,	realiza	-

continua

continuação

Responsabilidades gerais da gestão do SUS			
Responsabilidades		Situação atual	Informações adicionais
1.8.c-	programação pactuada e integrada da atenção à saúde,	realiza	-
1.8.d-	monitoramento e avaliação;	realiza	-
1.9-	todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;	realiza	-
1.10-	todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:		
1.10.a-	a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,	realiza	-
1.10.b-	desenhando a rede de atenção a saúde	realiza	-
1.10.c-	promovendo a humanização do atendimento	realiza	-
1.11-	todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	realiza	
1.12-	todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, distrito federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	realiza	-
1.13-	todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção a saúde;	realiza	-
1.14-	todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;		
1.15-	todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;	realiza	data para realização
1.16-	todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:		
1.16.a-	vigilância epidemiológica;	realiza	-
1.16.b-	vigilância sanitária;	realiza	-
1.16.c-	vigilância ambiental;	realiza	-
1.17-	todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.	realiza	-

Fonte: Brasil (2011)

Regionalização		
Responsabilidades	Situação Atual	Informações Adicionais
.1-	todo município deve contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidaria e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;	-
.2-	todo município deve participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;	-
.3-	todo município deve participar do colegiado de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios no respectivo colegiado de gestão regional.	-
.4-	todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano diretor de investimento;	-
.5-	executar as ações de referencia regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção a saúde acordada no colegiado de gestão regional.	-

Fonte: Brasil (2011)

Planejamento e Programação		
Responsabilidades	Situação Atual	Informações Adicionais
.1-	formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:	
.1.a-	o plano municipal de saúde	realiza período inicial 2010 período final 2013
.1.b-	submetendo-o a aprovação do conselho municipal de saúde	realiza data da aprovação 16/12/2009
.2-	todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;	realiza -
.3.a-	todo município deve elaborar relatório de gestão anual,	realiza -

Continua

continuação

Planejamento e Programação			
Responsabilidades		Situação atual	Informações adicionais
3.b-	a ser apresentado e submetido à aprovação do conselho municipal de saúde	realiza	-
3.4-	todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do ministério da saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais existentes, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, do:		
3.4.a-	sistema de informação da atenção básica - SIAB	realiza	-
3.4.b-	sistema de informação sobre agravos de notificação - SINAN,	realiza	-
3.4.c-	sistema de informação do programa nacional de imunizações - SIPNI	realiza	-
3.4.d-	sistema de informação sobre nascidos vivos - SINASC,	realiza	-
3.4.e-	sistema de informação ambulatorial - SIA	realiza	
3.4.f-	cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde - CNES;	realiza	-
3.4.g-	[...] e quando couber, o: sistema de informação hospitalar - SIH	não se aplica	-
3.4.h-	[...] e quando couber, o: sistema de informação sobre mortalidade - SIM	não se aplica	-
3.5-	todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;	realiza	-
3.6-	todo município deve elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	realiza	-
3.7-	gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.	realiza	

Fonte: Brasil (2011)

Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria			
Responsabilidades		Situação Atual	Informações Adicionais
.1-	todo município deve monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;	realiza	-
.2-	todo município deve realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e a sistematização da oferta dos serviços;	realiza	-
.3-	todo município deve monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;	realiza	-
.4-	todo município deve manter atualizado o sistema nacional de cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde no seu território, segundo normas do ministério da saúde;	realiza	-
.5-	todo município deve adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;	realiza	-
.6-	todo município deve adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;	realiza	-
.7-	todo município deve controlar a referencia a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção a saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização previa, quando couber;	realiza	-
.8.a-	definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde,	realiza	-
.8.b-	observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,	realiza	-
.8.c-	processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados;	realiza	-
.8.d-	realizar o pagamento dos prestadores de serviços;	realiza	-
.9-	operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida,	realiza	-
.9.a-	realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.	realiza	-
.10-	executar o controle do acesso do seu município no âmbito do seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:		
.10.a-	aos leitos disponíveis,	realiza	-
.10.b-	as consultas,		

continua

continuação

Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria			
Responsabilidades		Situação Atual	Informações Adicionais
.10.c-	as terapias e aos exames especializados;	realiza	data para realização -
.11-	planejar e executar a regulação medica da atenção pré-hospitalar as urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;	não se aplica	data para realização -
.12-	elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	realiza	data para realização -
.13-	monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades publicas;	realiza	data para realização -
.14-	monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;	realiza	data para realização -
.15-	monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;	realiza	data para realização -
.16-	implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;	realiza	data para realização -
.17-	implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referencia as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;	realiza	data para realização -
.18-	realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;	realiza	data para realização -
.19-	elaborar normas técnicas, complementares as das esferas estadual e federal, para o seu território.	realiza	data para realização -

Fonte: Brasil (2011)

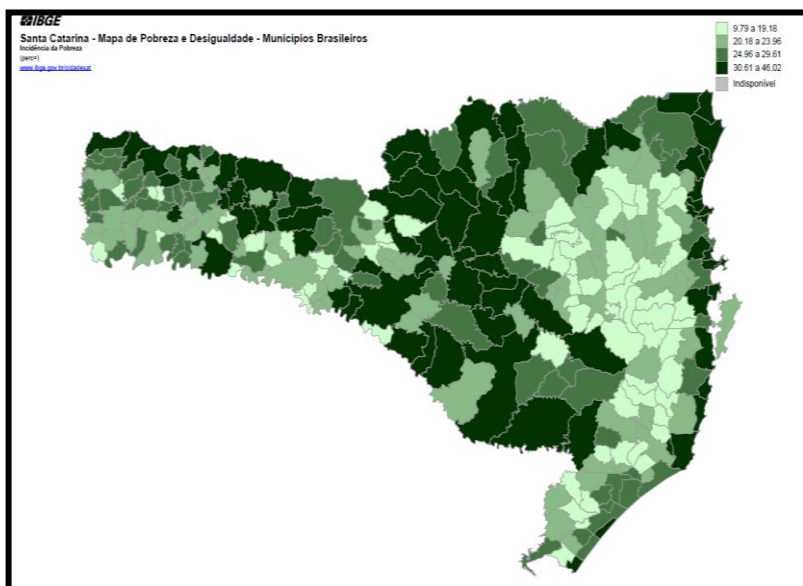
Gestão do Trabalho		
Responsabilidades	Situação Atual	Informações Adicionais
1- todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;	realiza	-
2- todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;	realiza	-
3- estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;	realiza	-
4- desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;	realiza	-
5- considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local;	realiza	-
6- implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.	realiza	-

Fonte: Brasil (2011)

Educação na Saúde			
Responsabilidades		Situação Atual	Informações Adicionais
6.1-	todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção a saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;	realiza	-
6.2-	todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;	realiza	-
6.3-	todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;	realiza	-
6.4-	todo município deve incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;	realiza	-
6.5-	articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;	realiza	-
6.6-	promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.	realiza	-
Participação e Controle Social			
Responsabilidades		Situação Atual	Informações Adicionais
7.1-	todo município deve apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;	realiza	-
7.2-	todo município deve prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do conselho municipal de saúde, que devera ser organizado em conformidade com a legislação vigente;	realiza	-
7.3-	todo município deve organizar e prover as condições necessárias à realização de conferências municipais de saúde;	realiza	-
7.4-	todo município deve estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;	realiza	-
7.5-	todo município deve promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;	realiza	-
7.6-	apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS;	realiza	-
7.7-	implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.	realiza	-

Fonte: Brasil (2011)

ANEXO S - Mapa da pobreza e desigualdade do estado de SC – 2003



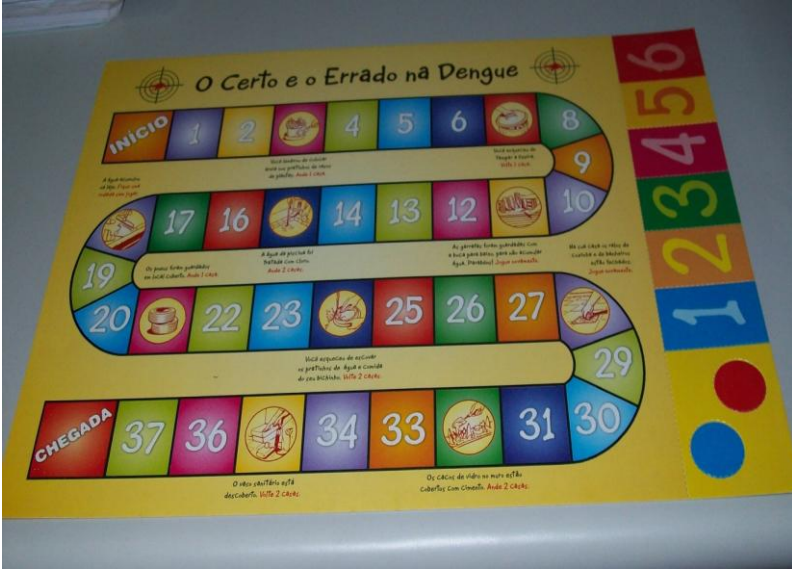
Fonte: Brasil (2010g)

ANEXO T - Utilização dos recursos do PFVPS

Despesas de Custeio		Despesas de Capital	
Recursos Humanos (RH)	<ul style="list-style-type: none"> - contratação de RH para desenvolver atividades na área de controle de endemias; - gratificações para RH que estejam desenvolvendo atividades na área da Vigilância em Saúde; - capacitações específicas com conteúdo da Vigilância em Saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial; - participação em seminários e congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical e outros cuja discussão esteja relacionada com temas pertinentes à Vigilância em Saúde; - diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à Vigilância em Saúde, bem como para participação em eventos ligados à área. 	Equipamentos/ Material Permanente	<ul style="list-style-type: none"> - veículos e utilitários, desde que tenham uso exclusivamente destinado para apoio à execução das ações de Vigilância em Saúde; - equipamentos e mobiliários necessários para estruturar a Vigilância em Saúde municipal e/ou estadual, como: fax, aparelhos telefônicos, computadores, câmeras fotográficas, retroprojektor, entre outros; - aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área da Vigilância em Saúde; - equipamentos para estruturar rede de frio no município e/ou estado; - equipamentos de aspersão de inseticidas; - equipamentos para suporte laboratorial, como: microscópios, centrífugas, pipetas automáticas.
Serviços de Terceiros	<ul style="list-style-type: none"> - pagamento de provedor de internet para viabilizar envio de bancos de dados à secretaria estadual de saúde, além de pesquisa e troca de informações técnicas; - confecção e reprodução de material informativo educativo (folders, cartazes, cartilhas, faixas, <i>banners</i>.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica); - manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da Vigilância em Saúde; - pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da Vigilância em Saúde; - pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da Vigilância em Saúde; - aluguel de imóveis com atividades próprias da Vigilância em Saúde. 		
Material de consumo	<ul style="list-style-type: none"> - peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos; - isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório; - materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública; - compra de equipamentos de proteção individual para atividades de controle de vetores; - reposição de peças para equipamentos de aspersão; - lâminas, lamínulas, estiletos e papel filtro; - material de escritório. 		

Fonte: Brasil (2009f)

ANEXO U - Jogo da dengue



Fonte: Foto cedida pela UVAN em 2011

ANEXO V - Fotos das palestras realizadas nas escolas de Ninfeia sobre a dengue

Visita do Mosquitão nas salas de aula



Fonte: Foto cedida pela UVAN em 2011

Exposição de larvas, pupas e mosquitos



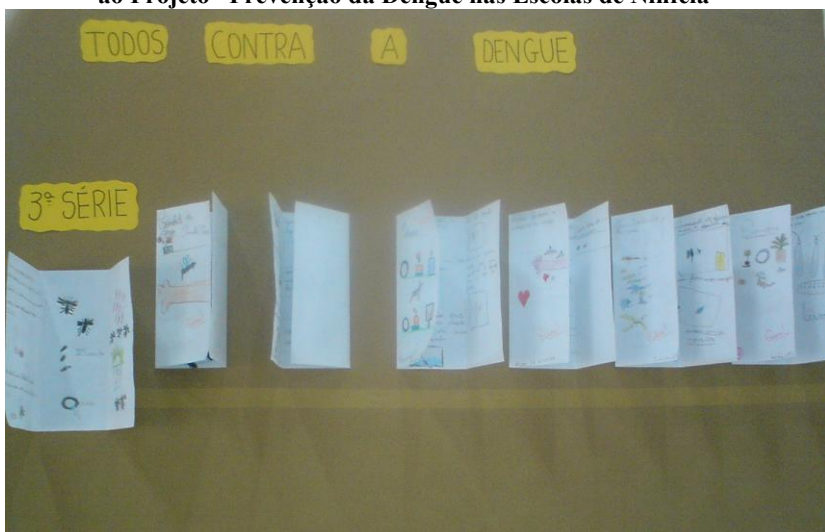
Fonte: Foto cedida pela UVAN em 2011

Palestra referente ao Projeto “Prevenção da Dengue nas Escolas de Ninfeia”



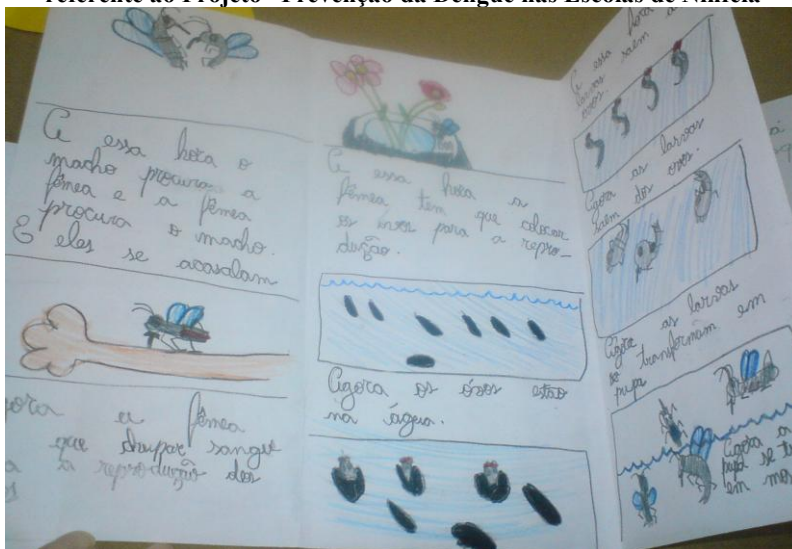
Fonte: Foto cedida pela UVAN em 2011

Trabalhos elaborados pelos alunos em sala de aula após Palestra referente ao Projeto “Prevenção da Dengue nas Escolas de Ninfeia”



Fonte: Foto cedida pela UVAN em 2011

Trabalho elaborado por um aluno da 3ª série em sala de aula após Palestra referente ao Projeto “Prevenção da Dengue nas Escolas de Ninfeia”



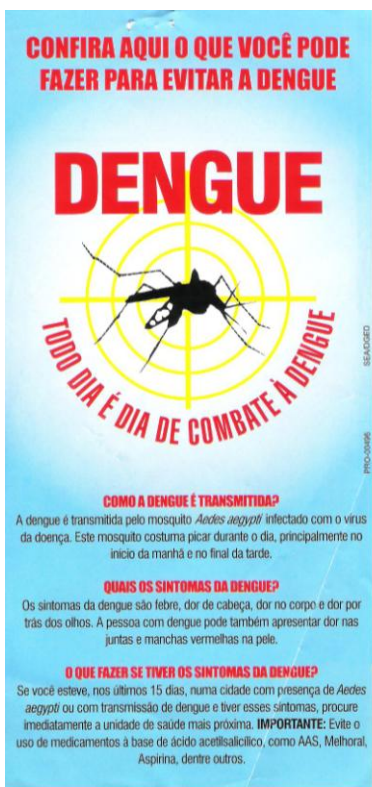
Fonte: Foto cedida pela UVAN em 2011

ANEXO W - Mapeamento de armadilhas em bairros de Ninféia



Fonte: Foto cedida pela UVAN em 2011

ANEXO X – Folder e bilhete que são deixados nas residências de Ninfeia quando o morador não se encontra em casa



Oi.
Estivemos aqui!
Somos Agente de Endemias.
Pedimos que leia e siga estas dicas e nos ajude a eliminar o mosquito da Dengue.
Obs: foram encontrados larvas de *Aedes Aegypti*.

Fonte: Folder e bilhete cedidos pela UVAN em 2011

ANEXO Y – Armadilhas para mosquito *Aedes aegypti*

Ovitampas

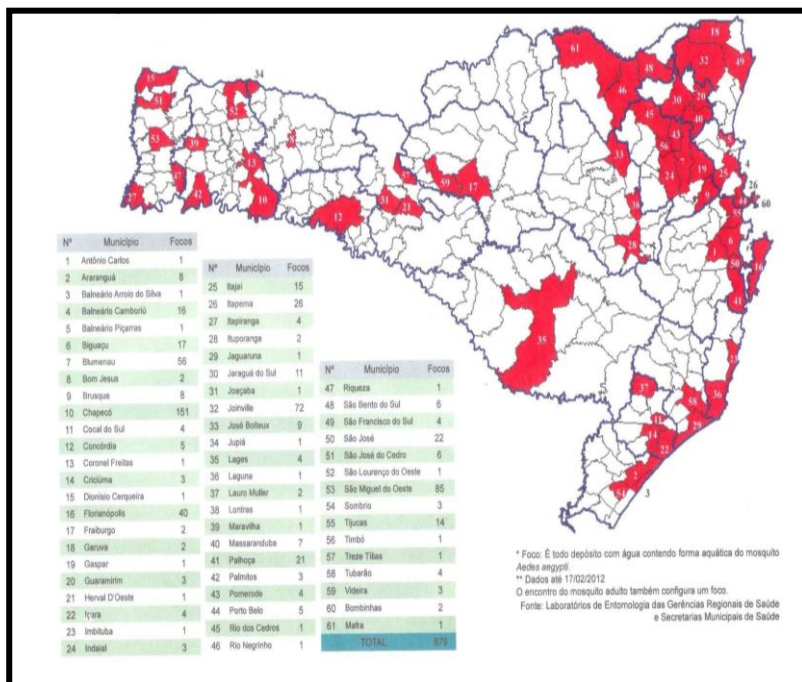


Larvitampa



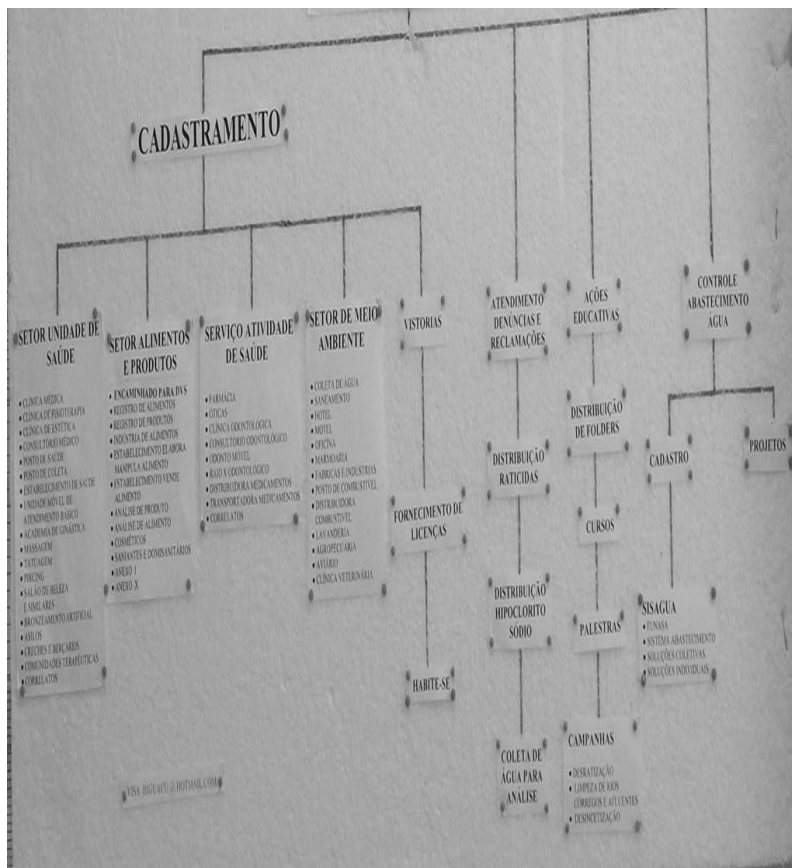
Fonte: Brasil (2001a)

ANEXO Z – Municípios com registro de focos do *Aedes aegypti* em Santa Catarina – 2011



Fonte: Santa Catarina (2012c)

ANEXO AA - Organograma das atividades da UVSN



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora (2011)

ANEXO BB– Foto do interior do galpão de material reciclado em Ninfeia



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora (2011)

ANEXO CC- Levantamento populacional de cães e gatos por área no município – 2010, Ninfeia

Área	Quantidade de cães	Quantidade de gatos
01	757	235
02	677	167
03	599	84
04	1227	308
05	725	220
06	731	124
07	688	162
08	576	151
09	120	31
10	416	128
11	1041	136
13	135	37
14	746	115
total	8438	1898

Total de Animais (Cães e Gatos): 10.336

Relação de População Canina/Humana: 14,06%

Relação de População Felina/Humana: 3,16%

Relação de População Animal (Cães e Gatos)/Humana: 17,23%

Fonte: Dados retirados de documento cedido pela UVEN (2011)