



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**A prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita no Sistema Único de Saúde:  
algumas reflexões sobre a informação em Saúde na atenção básica**

Trabalho de Conclusão de Curso

Autora: Adriana Lima Guedes

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Paiva Neto Cavalcanti

Rio de Janeiro

2007

Adriana Lima Guedes

Trabalho de conclusão de curso de  
Graduação, da Escola de Serviço Social da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cecília Paiva Neto Cavalcanti

Rio de Janeiro

2007

Dedico este trabalho a todos  
aqueles que estiveram presentes,  
de alguma forma, nessa trajetória  
tão  
especial, que foi a minha graduação  
em Serviço Social.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por ter me concedido a vida e também por ter colocado em meu caminho essa graduação, pois – como muitos sabem – o curso Serviço Social não foi a minha primeira opção no Vestibular. Entretanto, hoje, posso afirmar que essa escolha “divina” não poderia ter sido melhor, já que não me imagino exercendo outra profissão.

Gostaria também de agradecer a toda minha família e ao Sergio - àquele que, em breve, fará parte da minha família - em especial aos meus pais, por terem sempre me apoiado, acreditado no meu potencial e nas escolhas que fiz nos momentos mais importantes de minha vida.

Às colegas da faculdade também gostaria também de deixar o meu agradecimento, pois com elas passei grande parte de minha vida acadêmica e, em função desse tempo, pude conquistar amizades verdadeiras e compartilhar muitos momentos de alegria.

Gostaria de deixar registrado também meu agradecimento aos diversos profissionais que fizeram parte do meu período de experiência de estágio, em especial àquelas que foram minhas supervisoras Rodriane de Oliveira Souza e Rosária de Fátima Corrêa Maia, que contribuíram profundamente para o meu amadurecimento enquanto profissional de Serviço Social.

Não poderia deixar de agradecer, é claro, a todos os professores da Escola de

Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que de alguma forma, certamente, contribuíram para a minha formação profissional. Em especial, gostaria de agradecer à professora Cecília Paiva que, mesmo com muitos compromissos, aceitou me orientar e que foi muito atenciosa, preocupada e que me incentivou mesmo depois de alguns imprevistos que surgiram durante a trajetória final deste trabalho. Gostaria de agradecer também à professora Luciana Zucco que, mesmo sem ser minha orientadora, se mostrou muito solícita e contribuiu muito para a confecção deste trabalho. À professora Rosana Morgado também gostaria de deixar o meu agradecimento, pois, mesmo sem me conhecer e não ser um tema diretamente relacionado à sua área de pesquisa, aceitou prontamente o meu convite para integrar a minha banca de TCC.

## **RESUMO**

O presente trabalho analisa as ações e serviços de prevenção da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente no que se refere à questão da informação em saúde.

A partir da trajetória recente da política de saúde - desde o movimento de Reforma Sanitária, em ascensão na década de 70 - será analisada a questão da importância da informação em saúde e de que maneira, na atenção básica, as ações referentes à prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita estão sendo (ou não) desenvolvidas.

Nesse sentido, será apresentada a trajetória da implantação da vacina contra a rubéola no Brasil e discutida a eficácia da política de vacinação contra a rubéola no país - a fim de prevenir a Síndrome da Rubéola Congênita - através da análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde e de levantamento bibliográfico sobre o assunto.

Em última análise, será realizada uma reflexão acerca da importância da ampla divulgação de ações e serviços de saúde no que se refere à prevenção da rubéola e, conseqüentemente, da Síndrome da Rubéola Congênita, visto que as campanhas de vacinação contra a rubéola para adultos não abrangem a totalidade dos segmentos de indivíduos não imunizados contra a rubéola e a existência da vacina nos postos de saúde para pessoas até 49 anos não é amplamente divulgada pelo poder público através dos meios de comunicação, tampouco pelos profissionais da área da saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	07
<b>Capítulo 1- A Política de Saúde no Brasil: do “movimento sanitário” à Constituição Federal de 1988</b>	10
1.1 O surgimento do Movimento da Reforma Sanitária	10
1.2 O SUS proposto pela Reforma Sanitária e previsto constitucionalmente	17
1.3 Os níveis de atenção em saúde	21
1.3.1 Atenção Básica em Saúde e os elementos que a caracterizam	22
<b>Capítulo 2 - A Reforma do Estado e a Política de Saúde a partir dos anos 90</b>	27
2.1 Fernando Collor: a abertura do país para as políticas neoliberais	28
2.2 Após o <i>impeachment</i> : Itamar Franco	31
2.3 O Governo de Fernando Henrique Cardoso e o êxito do projeto neoliberal	32
2.4 A continuidade das políticas neoliberais no governo de Lula	37
2.4.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde e Política Nacional de Atenção Básica	41
<b>Capítulo 3 - A importância da informação em saúde para a prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)</b>	47
3.1 Rubéola	47
3.2 A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)	49
3.3 O Programa Nacional de Imunizações	50
3.4 Informação em Saúde	58
3.5 A Trajetória da Implantação da Vacina contra a Rubéola no Brasil	60
3.6 Os surtos de rubéola no Brasil e implantação da vacina de rubéola no país: algumas reflexões	61
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	70

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>73</b>
-----------------------------------	-----------

<b>ANEXOS</b>	<b>83</b>
---------------	-----------

## INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi desenvolvido como pré-requisito para a conclusão do curso de graduação em Serviço Social, pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O tema escolhido foi resultado das experiências vivenciadas pela autora nos dois campos em que realizou estágio supervisionado, onde a questão da (falta) de informação por parte dos usuários e dos profissionais de saúde se mostrou corrente.

No segundo campo em que a autora realizou estágio (o Instituto Nacional de Educação de Surdos), uma questão se destacou entre as demais: a grande quantidade de crianças com Síndrome da Rubéola Congênita, ocasionada pela infecção de rubéola por suas mães durante a gestação. Nesse sentido, o fato que mais despertou a atenção foi o de que a surdez foi resultado de uma doença para a qual existe vacina e, pela falta desta, tantas pessoas terem tido suas vidas seriamente comprometidas.

Uma pesquisa, portanto, já havia sido realizada no próprio INES no período de 2000 a 2004, apresentado o número de crianças e adolescentes atendidos e encaminhados para o Centro de Atendimento Alternativo Florescer (CAAF) – centro este localizado no INES no qual são atendidas crianças com outras deficiências além da surdez. Essa pesquisa coloca que, das 88 crianças atendidas, nesse período, 27 tinham a Síndrome da Rubéola Congênita (30%), sendo que dessas outras 61 crianças, 33 não tinham a causa da surdez definida, o que sugere que existe a possibilidade do número de crianças com essa síndrome ser maior.

Nesse sentido, devido à gravidade da situação, a autora se propôs a aprofundar a análise sobre esse tema, na qual será apresentada a trajetória da implantação da vacina contra a rubéola no país, as campanhas de vacinação e discutida a questão da (falta de) informação em saúde para a infecção por SRC.

No primeiro capítulo é realizado um resgate histórico da trajetória da política de saúde no Brasil, a partir da década de 70, década esta em que emergiu o movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento traz uma nova concepção de saúde, onde esta não é apenas caracterizada pela ausência de doença, mas, sim, resultante de adequadas condições de trabalho, educação, habitação, alimentação, saneamento básico, lazer, cultura, entre outros aspectos.

É importante destacar que o movimento de Reforma Sanitária avança em outras questões referentes à saúde, quando denuncia as péssimas condições de saúde da população e reivindica que a saúde seja direito de toda a população e dever do Estado

provê-la.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, nesse sentido, foi considerada o marco mais importante da trajetória da política de saúde do Brasil, já que essa conferência foi a primeira aberta à sociedade civil e nela foi incorporada a bandeira da Reforma Sanitária.

Em 1988, portanto, é promulgada a Constituição Federal que, na essência, incorpora grande parte das reivindicações do movimento da Reforma Sanitária. Na Constituição a saúde compõe, junto com a previdência e a assistência, a Seguridade Social.

Para a saúde, no entanto, assim como para as demais áreas da Seguridade Social, foi prevista a elaboração e a aprovação de uma Lei Orgânica, regulamentando o Sistema Único de Saúde – sistema esse pleiteado pelo movimento de Reforma Sanitária, que só foi ocorrer em 1990, através das leis 8080/90 e 8142/90, resultando em um atraso inicial de dois anos para a sua implantação.

Em continuidade, serão apresentados os princípios e diretrizes do SUS idealizados pelo movimento de Reforma Sanitária, e previstos constitucionalmente, e também será realizada uma análise de como está constituída a Atenção Básica no âmbito do SUS, assim como suas características, visto a questão da prevenção, objeto de estudo aqui, ser atribuição desse nível de atenção.

No segundo capítulo será discutida a política de saúde na década de 90, na qual, segundo Noronha (2001), não ocorreu apenas uma interrupção, mas houve, na verdade, um retrocesso no que diz respeito ao processo de construção de um projeto de proteção social brasileiro, inscrito na Constituição de 1988. Nessa década, o então presidente Fernando Collor introduziu o projeto neoliberal no Brasil e o presidente Fernando Henrique Cardoso deu seguimento consolidando tal projeto no país.

A partir de 2003, com a posse do atual presidente Luís Inácio Lula da Silva, não restam dúvidas de que a política macroeconômica tem sido mantida e as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nesse sentido, também será feita uma discussão sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assim como serão discutidos alguns desafios postos para essas políticas e por essas políticas.

No terceiro e último capítulo será apresentado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e abordada a importância da informação no âmbito da saúde. Também será analisada a trajetória da implantação da vacina contra a rubéola no país, assim como a eficácia de tal implantação. Para essa análise foram utilizados documentos oficiais do



Ministério da Saúde e realizado levantamento bibliográfico sobre o assunto.

Dessa forma, o trabalho em questão objetiva discutir o direito à saúde no que diz respeito à informação e às ações e serviços de prevenção à saúde, tomando como referência a questão da Síndrome da Rubéola Congênita. A partir da análise em questão, pode ser percebida a morosidade e a negligência da saúde pública em relação a uma doença que possui conseqüências tão graves para a população acometida.

A partir disso, essa pesquisa se faz especialmente importante como uma forma de revelar mais um locus da saúde pública (a política de vacinação) - que, em geral, é vista como um dos únicos serviços em que a saúde pública é eficiente – onde estão acontecendo sérios “equivocos” que ferem o direito do cidadão de ter prevenida uma doença para a qual já existe – há quase 40 anos – vacina.

Nessa perspectiva, os assistentes sociais precisam continuar lutando e acreditando em uma saúde pública, gratuita e de qualidade. Historicamente, os assistentes sociais sempre tiveram uma atuação profissional voltada para ações de caráter sócio-educativo, e, nesse sentido, podem contribuir significativamente com a questão da informação em saúde, na perspectiva de viabilizar direitos sociais em consonância com o projeto ético-político da profissão. No caso específico da prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita, os assistentes sociais possuem nos programas de planejamento familiar um espaço privilegiado para democratizarem informações a respeito da SRC e de como preveni-la.

## Capítulo 1- A Política de Saúde no Brasil: do “movimento sanitário” à Constituição Federal de 1988

Embora a política de saúde no Brasil date do início do século XX, para fins desse trabalho o resgate histórico da trajetória dessa política se restringirá ao período que se segue à década de 1970, década em que surge o movimento de Reforma Sanitária no país, trazendo para o cenário brasileiro uma nova concepção de saúde e a luta pela implantação de um novo modelo de saúde pública: o Sistema Único de Saúde (SUS).

### 1.1 O surgimento do Movimento da Reforma Sanitária

No início dos anos 70, diversos estudos e pesquisas constataram que o modelo de desenvolvimento que o país tinha adotado - na época da ditadura - tinha como característica a concentração de renda e, dessa forma, a saúde das pessoas acabava por ser prejudicada. Do mesmo modo, o sistema de saúde se mostrava irracional – gastava mais do que os benefícios que obtinha – e além de não atender de forma adequada as demandas da população, acabava até por agravar a situação de saúde dessa população,

*na medida em que se fazia o que dava mais lucro, se internava mais do que o necessário e, principalmente, se deixava de gastar em ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde, assim como em ações básicas de saúde e saneamento. (Neto, 1994, p.8)*

No entanto, como esses estudos e pesquisas estavam sendo realizados no período da ditadura – período este caracterizado por demasiada repressão política e censura à imprensa - esses estudos e pesquisas encontravam muita dificuldade de circulação, onde apenas alguns técnicos e professores de universidades tinham acesso a eles.

Somente em meados da década de 70 começou a haver algum tipo de abertura política, através do início das eleições em algumas cidades e com o começo da reorganização do movimento social, no que se refere aos sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, etc. Já no que diz respeito aos profissionais de saúde, surgiu um movimento, na ocasião, denominado “movimento sanitário” que começou a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde que havia sido implantado, através da utilização daqueles estudos e pesquisas realizados no início da década de 70 (Neto, 1994).

No final dos anos 70, o sistema de saúde que se mantinha, e que era questionado pelos diversos segmentos da sociedade, se mantinha dividido em dois subsistemas,

conforme Cavalcanti e Zucco (2006): Saúde Pública e Medicina Previdenciária.

A Saúde Pública era responsável pelo atendimento da população que estava à margem do mercado formal de trabalho, de forma que, já em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS) que era responsável pela medicina preventiva e que tinha como objetos de atuação as doenças infecto-contagiosas, a saúde da mulher – no que se referia ao período gravídico-puerperal – e da criança, as campanhas sanitárias, os programas de imunização, a assistência médica (limitada), e outras ações.

Já a Medicina Previdenciária, se destinava àqueles que eram contribuintes da previdência social, portanto, inseridos no mercado formal de trabalho, com carteira assinada. O responsável pela gestão era o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974, devido à demasiada importância que vinha assumindo a previdência social no regime militar. O destaque da atuação nesse subsistema era o foco na especialização clínica e na medicina hospitalar.

Nesse contexto, consoante Nogueira e Miotto (2006), os brasileiros eram classificados em cidadãos de primeira e segunda classe. Os cidadãos de primeira classe eram aqueles que faziam parte do mercado de trabalho formal e, portanto tinham acesso à medicina previdenciária. Já os de segunda classe, recebiam um deficitário atendimento de suas necessidades de saúde através de um sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos escassos serviços oferecidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

O “movimento sanitário”, que teve seu início em meados da década de 70, período este em que ocorreu no Brasil um significativo crescimento de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva, conseguiu avançar no que diz respeito à elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado, até então vigente.

Apesar deste “movimento sanitário” ter se originado de intelectuais do setor de saúde, seu objetivo, em grande medida, era o de atender principalmente as necessidades das camadas populares, indo de encontro aos interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais na área de saúde. Nesse sentido, conforme Teixeira (1989, p.187), não há como caracterizar o movimento sanitário enquanto defensor de interesses próprios ou como um movimento de caráter elitista, já que *“todos os espaços conquistados são imediatamente ‘abertos’ para os setores marginalizados, cuja falta de organicidade não tem lhes permitido avançar e conquistar posições”*.

Esse “movimento sanitário” não se restringiu a fazer denúncias contra a ditadura e aos interesses econômicos com ela envolvidos, mas ocupou-se em apresentar propostas

construtivas, apresentando, dessa forma, como alternativa, um projeto de transformação do sistema de saúde vigente, criticando o modelo hospitalocêntrico<sup>1</sup> e propondo a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. O “movimento sanitário” começou a se ampliar e a incorporar parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares; promovendo debates e divulgando suas idéias, envolvendo – muitas vezes – alguns técnicos das instituições oficiais de saúde.

O “movimento sanitário” apresentou, em seu discurso, um ponto em comum com os setores até então hegemônicos, que seria a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Para os segmentos do “movimento sanitário”, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo de saúde vigente, visto que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. Já, por outro lado, possibilitava uma maior democratização do atendimento médico, estendendo-o à população marginalizada que não contribuía diretamente com a previdência social.

Nesta perspectiva, em outubro de 1979, esse “movimento sanitário” (representado pelo CEBES<sup>2</sup> – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, apresentou e discutiu publicamente – pela primeira vez – essa nova proposta de reconfiguração do sistema de saúde. Nesse evento foi aprovado um documento denominado *Questão Democrática na Área da Saúde* que fazia críticas ao regime autoritário e suas conseqüências na saúde. Esse documento estabelecia alguns princípios que deveriam nortear o movimento da Reforma Sanitária, sendo eles:

1) o direito à saúde como direito universal e inalienável; 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; 3) o papel do Estado no sentido de regular “para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde” (CEBES, 1980)<sup>3</sup>; 4) descentralização, regionalização e hierarquização; 5) participação popular e controle democrático. Entre as medidas iniciais, destaca-se “criar o Sistema Único de Saúde”. (CORDEIRO, 2004)

Como já era esperado, essa proposta, naquele momento, não teve espaço para se impor, mas passou a servir de base para as reivindicações populares e para profissionais e técnicos comprometidos. Dessa forma, o governo passou a ter que levar essa proposta

---

<sup>1</sup> Constituído por grandes equipamentos hospitalares, dispondo de todos os serviços de saúde em uma mesma unidade. Esse modelo foi importado dos países centrais (Estados Unidos, fundamentalmente) e além de ser muito oneroso, não correspondia à realidade brasileira. (A definição desse conceito foi extraída da aula ministrada pela professora Luciana Zucco, no dia 13 de setembro de 2007, no curso de extensão de Saúde do Trabalhador).

<sup>2</sup> O CEBES foi criado em 1976 por profissionais de saúde, majoritariamente médicos, e é essa instituição que vai “apoiar a organização e a condução, em nível nacional, do processo de divulgação, discussão e politização da proposta de reorganizar o Sistema Único de Saúde, a partir da perspectiva de redemocratização da saúde” (TEIXEIRA, 1989, p.215).

<sup>3</sup> CEBES. A questão democrática na saúde. **Saúde em Debate**, v. 9, p. 47-48, 1980.

sempre em consideração, incorporando, assim, muitas de suas idéias.

Passados alguns anos, em dezembro de 1984, foi realizado o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Esse Simpósio foi realizado na tentativa de estabelecer um consenso entre o movimento sanitário e as entidades de representação dos empresários da saúde. Porém, ambos os segmentos, só concordaram em uma questão: a de que se fazia necessário ampliar o orçamento para a área da saúde.

Após o Simpósio, a comissão de saúde da Câmara dos Deputados elaborou um relatório com as principais contribuições apresentadas no evento. Esse relatório, entre outros elementos, apresentou um diagnóstico da situação saúde (disparidades regionais, efeitos do modelo econômico na saúde) e afirmava também que as políticas de saúde não vinham assumindo um caráter redistributivo, de forma que eram privilegiadas as ações curativas de alto custo e eficácia reduzida, em detrimento das ações de saúde coletiva. Em suma, o documento apresentou como princípios básicos norteadores da política de saúde:

*saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, a melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida, a redefinição das políticas para o setor exige um profundo debate e participação popular. (BRAVO, 1996, p.73-74)*

Em 1985, após a superação do regime militar e a instauração da Nova República, o movimento social começou a se intensificar e passou a ser possível uma discussão maior sobre a direção que o sistema de saúde deveria assumir.

Já em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, a fim de discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país. Essa conferência foi a primeira a ser aberta à sociedade civil e é considerada o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde do país.

Essa Conferência teve como eixos os temas: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial” e contou com uma ampla participação (cerca de 4.500 pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares). Os setores empresariais da saúde não participaram da conferência como forma de protesto, em decorrência do princípio da conferência (conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado) e devido à ampliação do número de delegados.

*Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes no evento. O relatório dessa conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. (BRAVO e CASTRO, 2004a, p.33)*

A Reforma Sanitária aparece como uma proposta para a democratização da saúde no país e propõe que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas, de forma que a saúde não é apenas viabilizada com assistência médica, mas decorrente do acesso das pessoas ao emprego, à educação, condições adequadas de habitação, de saneamento do meio ambiente, de transporte, de alimentação e ao acesso à cultura e ao lazer. Dessa forma, avança o conceito que a OMS propôs, em 1948: “saúde não é a simples ausência de enfermidades, mas, sim, um completo bem-estar físico, mental e social” (Ramos, 1996, p.1), criticado pelo seu grau de abstração. Além do conceito ampliado de saúde, a Reforma Sanitária também defendia a necessidade de reestruturação do setor de saúde com a criação do SUS.

No ano de 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo – pela primeira vez – uma seção sobre saúde, onde coube a esta cinco artigos (artigos: 196 – 200). Nessa seção foram incorporados grande parte dos conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, de forma que pode-se inferir que, na essência, a Constituição incorporou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

No que se refere ao modelo de proteção social, a Constituição de 1988 é a mais progressista, e nela a Saúde (determinada como um direito de todos e dever do Estado) integra, junto com a Assistência Social e a Previdência Social, a Seguridade Social.

A Seguridade Social, consoante Bravo (1996, p.9), “é a corporificação legal e institucional de um acordo societário que se construiu como base de nosso processo de transição à democracia”. Entretanto, a autora segue afirmando que o legislador, ao incluir na Seguridade Social campos disciplinares e práticas sociais tão diferentes, não buscou torná-los homogêneos, o que transparece não só no que se refere à definição dos direitos, instituições e recursos de cada campo, mas também na trajetória que os movimentos de cada área acabaram por seguir.

Conforme o artigo 195 da Constituição de 1988 foi prevista a criação do Orçamento da Seguridade Social (OSS), com fontes definidas de recursos, como instrumento básico de financiamento do sistema. Este orçamento seria composto essencialmente de contribuições sociais, advindas das seguintes fontes: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)<sup>4</sup>, criada no ano de 1991, que entrou em vigor em 1992; folha de salários, que incide tanto sobre as empresas quanto sobre os trabalhadores;

---

<sup>4</sup> “é uma contribuição federal, de natureza tributária, incidente sobre a receita bruta das empresas em geral, destinada a financiar a seguridade social. Tem por base de cálculo: o faturamento mensal (receita bruta da venda de bens e serviços) ou o total das receitas da pessoa jurídica”. WIKIPÉDIA. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/COFINS> Acesso em: 10 ago. 2007.

lucro líquido das empresas; Pis/ Pasep; e concursos de prognósticos. Esses recursos deveriam ser complementados com receitas provenientes do Orçamento Fiscal da União.

Conforme Teixeira<sup>5</sup>, citada por Bravo (2006a), os principais aspectos aprovados na Constituição de 1988 foram:

- *O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano;*
- *As ações e Serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação fiscalização e controle;*
- *Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;*
- *A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;*
- *Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.*

Cabe ressaltar ainda que esta conquista não foi tão fácil, pois durante esse processo foi perceptível a polarização da discussão da saúde em dois blocos distintos e antagônicos: um composto pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), que defendiam a privatização dos serviços de saúde; e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os preceitos da Reforma Sanitária e contava com a ampla participação de sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros.

Nesta perspectiva, consoante Bravo (2006a), o texto constitucional ainda que tenha se inspirado nas propostas defendidas pelo “movimento sanitário” - durante vários anos - não incorporou todas as demandas do movimento, na medida em que estas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. Questões centrais, como o financiamento do novo sistema, não ficaram claramente definidas, como a determinação do percentual dos orçamentos dos quais se origina.

A Constituição Federal previa também a elaboração e aprovação das Leis Orgânicas, referentes a cada uma das áreas da Seguridade Social, em um prazo de seis meses. No que diz respeito à saúde, a aprovação da Lei Orgânica se deu apenas no segundo semestre de 1990 e, com isso, acabou por haver um atraso inicial de dois anos para o começo da implantação do SUS.

---

<sup>5</sup> TEIXEIRA FLEURY, Reflexões teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. (org). Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

## 1.2 O SUS proposto pela Reforma Sanitária e previsto constitucionalmente

O SUS - proposto pela Reforma Sanitária, incorporado à Constituição Federal de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas Leis Orgânicas n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 - não é somente um serviço ou uma instituição. É um **sistema** constituído por um conjunto de unidades, de serviços e ações dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado<sup>6</sup>, que devem interagir para um fim comum. “*Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de **promoção, proteção e recuperação da saúde***” (Brasil. Ministério da Saúde, 1990).

O SUS é **único** porque, baseado nos preceitos constitucionais, deve ser norteado pelos mesmos princípios organizativos e diretrizes, em todo o território nacional, sendo estes:

- **Universalidade**, a fim de garantir a atenção à saúde, através do sistema, a todos os cidadãos. Dessa forma, todo cidadão brasileiro passa a ter direito ao acesso universal e igualitário aos serviços e ações públicas de saúde – assim como os privados contratados e conveniados em caráter complementar. Nesse sentido, a universalização significou o reconhecimento de que as necessidades de saúde da população não poderiam ser atribuídas ao mercado, estabelecendo – assim – que a saúde é um direito de cidadania e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal.
- **Equidade**, de forma a assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso necessite, independente do local onde resida o usuário do sistema.
- **Integralidade**, através dos pilares de interdisciplinaridade e intersetorialidade - tendo como visão a pessoa como parte da sociedade, de forma que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, tanto para o indivíduo quanto para a comunidade, para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, formando um todo indivisível, de forma a respeitar a dignidade humana;
- **Descentralização**, onde o poder decisório deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações. Dessa forma, as ações e serviços que atendem à população de um município, devem ser municipais; aquelas ações e serviços que abrangem vários municípios devem ser estaduais; e, por fim, aquelas

---

<sup>6</sup> Contratado e conveniado em caráter complementar que, quando contratado pelo SUS, deve atuar utilizando as mesmas diretrizes do serviço público.



ações e serviços que são destinados a todo território nacional devem ser federais. Nesse sentido, ocorre uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com ênfase na esfera municipal sobre a saúde, o que tem sido chamado de municipalização da saúde;

- **Regionalização e hierarquização.** A rede de serviços, organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilita um conhecimento mais amplo dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Nesse sentido, os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, de maneira a estarem dispostos em uma área geográfica delimitada e com clara definição da população a ser atendida. Isso significa, portanto, que os serviços oferecidos devem ser capazes de oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, assim como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível. O acesso da população à rede deve ser realizado através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver as principais demandas da população no que se refere aos serviços de saúde. Os demais problemas apresentados pela população deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. É fundamental, nesse sentido, de acordo com o princípio de descentralização, que as decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde de nível local;
- **Resolubilidade**, caracterizada pela capacidade que o serviço oferecido deve apresentar para enfrentar e resolver os problemas de saúde, colocados por um indivíduo ou pela comunidade, até o nível de sua complexidade. Se faz necessário, para isso, a utilização de técnicas mais adequadas à realidade local e disponibilidade de recursos;
- Ser **democrático**, assegurando o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, o que significa a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisões sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. A partir disto, coloca-se a organização dos Conselhos de Saúde<sup>7</sup>. Outras formas de participação são as Conferências de Saúde, realizadas periodicamente,

---

<sup>7</sup> Para maiores informações sobre o assunto, ver: CORREIA, Maria Valéria. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza. UCHÔA, Roberta (orgs.). Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

a fim de definirem prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

No que se refere às ações de saúde a serem desenvolvidas, o modelo assistencial do SUS prioriza a organização de sua rede de serviços em Distrito Sanitário, que é definido a partir da identificação dos principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas, prioritariamente, em sua área de abrangência. Nesse sentido, é preciso que se tenha conhecimento das principais características do perfil epidemiológico da população, não só no que diz respeito às doenças mais frequentes, mas também em relação às condições sócio-econômicas da comunidade, assim como de seus hábitos e estilos de vida, e – é claro – de suas necessidades de saúde.

As **ações de promoção e proteção de saúde** são ações que podem ser desenvolvidas tanto por instituições governamentais quanto por empresas, associações comunitárias e indivíduos. Essas ações têm por objetivo a redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas podendo lhes causar incapacidades e doenças. Essas ações são muito diversificadas e de caráter essencialmente preventivo.

Como exemplos de ações de promoção de saúde, temos: a educação em saúde, alimentação e nutrição adequadas, a adoção de estilos de vida saudáveis, orientações específicas (como os de caráter genético e sexual). Já como exemplos de ações de proteção de saúde, temos: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. A partir da vigilância epidemiológica, conforme já explicitado, são obtidas as informações necessárias para conhecer e acompanhar o estado de saúde da comunidade, a fim de aplicar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, quando necessários. A vigilância sanitária visa garantir a qualidade dos serviços, meio ambiente de trabalho e produtos à população, através da identificação, controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde, neles eventualmente presentes.

O SUS também prevê os **programas de saúde**, que são parte da produção geral das ações de saúde pelas instituições, unidades e profissionais da área que leva em consideração a existência de grupos populacionais que estão mais expostos a riscos na sua saúde. A intensidade e a particularidade dessa exposição variam bastante de acordo com os níveis sociais e características epidemiológicas de cada região. Devido a este fato, no planejamento da produção das ações de educação em saúde e de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de vetores e atendimento ambulatorial e hospitalar; devem ser normalizados alguns procedimentos a serem direcionados especialmente a situações de risco, com a finalidade de intensificar a promoção, proteção

e recuperação da saúde. Como exemplos desses programas têm-se o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF – antigos Programa de Saúde da Família, PSF), que serão abordados neste trabalho mais adiante.

As **ações de recuperação e reabilitação da saúde** envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação. Também são destinadas à *“recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional”* (Brasil. Ministério da Saúde, 1990). Como alguns exemplos dessas ações, temos as consultas médicas e odontológicas, o atendimento de enfermagem, exames de diagnósticos e o tratamento, incluindo o regime de internação em todos os níveis de complexidade.

As ações de recuperação da saúde, na maioria das vezes, podem e devem ser planejadas a partir de estudos epidemiológicos, definição de cobertura e concentração das ações ambulatoriais e hospitalares, aplicando-se certos parâmetros de atendimento. Os serviços utilizados nas ações de reabilitação não se restringem aos hospitalares, mas também aos da comunidade, tendo em vista a reeducação e treinamento, a recolocação no trabalho do indivíduo reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos junto às empresas e ao comércio.

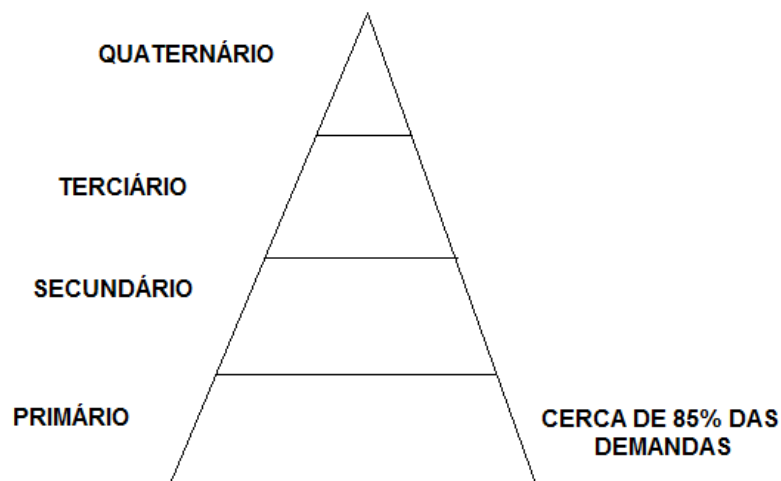
### **1.3 Os níveis de atenção em saúde**

Para que a população tenha uma melhoria em sua qualidade de vida e em razão da variedade de acontecimentos a serem evitados, se faz necessária a implementação de um sistema que incorpore a universalidade da assistência em todos os níveis de atenção.

Atualmente esses níveis de atendimento se dividem em quatro: primário, secundário, terciário e quaternário; níveis estes que precisam funcionar de forma articulada e através de estruturas organizadas.

A esfera primária de atendimento compreende as ações de promoção e proteção da saúde. Já as esferas secundária, terciária e quaternária são caracterizadas pelas ações de recuperação e reabilitação da saúde, sendo diferenciadas no que se refere aos níveis de complexidade.

#### **Níveis de Complexidade e Demandas do Nível Primário**



Fonte: STARFIELD, 2002, citado por CONASS (2007a).

O modelo assistencial do SUS, como já foi abordado anteriormente, prioriza a organização da rede de serviços em Distrito Sanitário e essa rede deve ser *“única, universalizada, incluindo serviços públicos e privados, e hierarquizada”* (Souza, 2001, p.59).

Em relação ao modelo de assistência do SUS, as Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) definem as competências de cada esfera de governo, que são apresentados em Elias (1996, p.68). Nessa perspectiva, à esfera federal compete a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normatização, avaliação e controle do sistema de abrangência nacional; à esfera estadual compete a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento do sistema de abrangência estadual; e à esfera municipal compete a formulação da política municipal de saúde, provisão das ações e serviços de saúde.

### 1.3.1 Atenção Básica em Saúde e os elementos que a caracterizam

Devido ao objeto de estudo presente neste trabalho, à atenção básica em saúde, em especial, será dada maior atenção, assim como será analisada com maior detalhamento.

Esse nível de assistência à saúde funciona como porta de entrada no sistema de saúde, no qual os serviços devem ser disponibilizados por unidades básicas de saúde determinadas, como é o caso dos Postos de Saúde<sup>8</sup> (PS) e dos Centros Municipais de

<sup>8</sup> “Presta assistência à saúde de determinada população valendo-se de procedimento mais simplificados,

Saúde<sup>9</sup> (CMS). As ações dessas unidades devem abranger, segundo Souza (2001, p.59):

- *assistência clínica geral;*
- *atendimento a pequenas emergências;*
- *assistência odontológica (ações preventivas e curativas);*
- *coleta ou material para exame diagnóstico;*
- *oferecimento de medicamentos;*
- *atividades em educação e nutrição para saúde;*
- *notificação compulsória das doenças e vigilância epidemiológica;*
- *atividades de documentação assistencial;*
- *visitas domiciliares.*

A Atenção Básica (ou Primária) possui características particulares que a diferencia dos demais níveis de Atenção, destinando-se aos cuidados dos problemas mais frequentes - sejam eles simples ou complexos - especialmente aqueles em fases iniciais, também realiza serviços de caráter preventivo, curativo, reabilitador e de promoção da saúde.

Os serviços de emergência são ainda inadequadamente utilizados por grande parcela da população e, apesar de serem as melhores **portas de entrada** na ocorrência de emergências, não atendem a **longitudinalidade, a integralidade da atenção, a coordenação das ações** e os demais elementos da Atenção Básica.

A Atenção Básica, de acordo com STARFIELD<sup>10</sup>, citada pelo CONASS (2007a), é capaz de responder cerca de 85% das necessidades de saúde das populações, além de ser considerada a mais adequada “**porta de entrada**” (ou primeiro contato) ao sistema de saúde, para quase a totalidade das demandas. Nesse sentido, os serviços de emergência não devem ser considerados “porta de entrada” dentro desse conceito.

Um serviço é considerado “porta de entrada” quando a própria população e a própria equipe de saúde o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade de saúde. Sendo assim, esse serviço deve ser de fácil acesso e disponível; caso não seja, a procura poderá ser adiada e, até mesmo, o diagnóstico e o manejo do problema poderão ser afetados de forma negativa, segundo STARFIELD<sup>10</sup>, citada pelo CONASS (2007a).

Ainda consoante o CONASS (2007a), esse acesso da população às unidades de Atenção Básica apresenta dois componentes: o acesso geográfico - que está relacionado à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter esse acesso - e o acesso socioorganizacional - que abrange certas questões que podem facilitar ou impedir

praticamente sem a incorporação de equipamentos e contando de forma permanente com recursos humanos de nível elementar e médio” (Elias, 1996, p.76).

<sup>9</sup> “Estabelecimento mais complexo que o posto, contando com assistência médica com pequena incorporação de tecnologia e dispondo continuamente de profissionais de nível universitário” (Elias, 1996, p.77).

<sup>10</sup> STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, 2002.

o empenho da população em receber os cuidados de uma equipe de saúde, como por exemplo: o horário de funcionamento dessas unidades, a forma de marcação de consulta e a presença de filas demasiadamente longas, podem obstaculizar o acesso de usuários em potencial daquele serviço.

Além das barreiras apresentadas, a utilização dos serviços de Atenção Primária pela população também depende da boa resolutividade das equipes, através do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver as demandas apresentadas e de uma prática direcionada ao indivíduo, (e não à doença), compreendendo-o numa dimensão maior, que abranja as demais esferas de sua vida, como a família e a comunidade em que vive, por exemplo.

Quanto ao elemento da **longitudinalidade**, este é caracterizado por uma relação pessoal que é estabelecida ao longo do tempo - independentemente do tipo das necessidades de saúde ou mesmo da presença ou não de uma necessidade de saúde - entre os indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de Atenção Primária, por exemplo, tem a oportunidade de acompanhar as diversas fases do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias e da própria comunidade. O vínculo e a responsabilização, contidos nessa proposta, referem-se a esse conceito de longitudinalidade. Através desse conceito, a rotatividade dos profissionais nas equipes de saúde pode constituir uma barreira ao alcance da longitudinalidade.

Portanto, nesse sentido, os maiores desafios da longitudinalidade no Brasil estão principalmente relacionados com a alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde e com a falta de qualidade no registro das informações em prontuários, consoante o CONASS (2007a).

Outro elemento da Atenção Primária (e do SUS) é **integralidade** (ou abrangência). A atenção integral é a capacidade da equipe de saúde em lidar com as mais variadas necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.

*A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária; e a abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes. (BRASIL. CONASS, 2007a, p.43)*

A integralidade pressupõe, como condição essencial, a atuação interdisciplinar das equipes de saúde que estão presentes nas unidades de saúde e nos territórios das equipes de Atenção Primária. Cotidianamente se apresentam situações e necessidades de saúde, que pela complexidade, exigem a intervenção coordenada de profissionais de diversas áreas de atuação.

No que se refere aos desafios da integralidade no Brasil, estes desafios, ainda de acordo com o CONASS (2007a): *“estão menos relacionados ao conceito amplo de saúde e mais relacionados a problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos, e a problemas na organização dos serviços”*.

O quarto elemento diz respeito à **coordenação da atenção** e é pressuposto para o sucesso dos demais elementos. Uma concepção de saúde mais ampla possibilita que as mais diversas necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades sejam identificadas, e uma equipe multidisciplinar atenda essas necessidades. Portanto, é essencial que haja coordenação das ações e respostas.

A essência da coordenação é a informação: a disponibilidade de informação- sobre o indivíduo, sua realidade, as ações realizadas, os recursos disponíveis; informações estas viabilizadas pelos sistemas de informação, mecanismos de transmissão da informação e comunicação - e a utilização desta informação, que seja possibilitada através da facilidade na obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações anteriores, por mecanismos de referência e contra-referência e recomendações escritas aos pacientes.

Os desafios da coordenação se fazem em diferentes contextos, conforme o CONASS (2007a):

- *na unidade de saúde, quando vários membros da equipe dispõem de diferentes aspectos da informação do paciente;*
- *entre diferentes serviços nos casos de referência e contra-referência;*
- *entre diferentes setores tais como educação, saneamento, transporte etc.*

Ainda segundo o CONASS (2007a), os desafios da coordenação em relação ao SUS, em nível nacional, é de que este elemento da Atenção Primária ainda precisa ser fortalecido, destacando-se alguns desafios:

- *melhora da qualidade da informação nos prontuários de saúde, para permitir que haja coordenação do cuidado dentro da equipe multidisciplinar de saúde;*
- *a constituição de redes de atenção, otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede; assegurando os mecanismos de comunicação que qualificam o cuidado (a referência e a contra-referência);*
- *informatização dos sistemas de informações, permitindo que o acompanhamento das informações relativas aos pacientes esteja disponível em qualquer ponto da rede de serviços de saúde.*

No capítulo a seguir serão apresentados alguns dos principais desafios encontrados para a implantação do SUS, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, o projeto neoliberal introduzido na década de 90 se constituiu como o principal obstáculo para a efetivação do SUS e, conseqüentemente, da constituição de uma Atenção Primária à Saúde universal e de qualidade.

## Capítulo 2 - A Reforma do Estado e a Política de Saúde a partir dos anos 90

Na década de 1980, ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira experimentou um processo de democratização política, ultrapassando o regime ditatorial, também vivenciou uma profunda crise econômica que se faz presente até os dias atuais. A conquista da transição democrática logo se transformou em decepção com o “giro conservador” após 1988 (Bravo, 2006a).

Conforme Noronha (2001), nos anos 90 não ocorreu apenas uma interrupção, mas um retrocesso no que diz respeito ao processo de construção de um projeto de proteção social brasileiro, inscrito na Constituição de 1988.

O projeto político-econômico neoliberal consolidado no Brasil, na década de 90, confronta-se com o projeto da Reforma Sanitária. O projeto da Reforma Sanitária passa a ser questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

*Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores, desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso. (BRAVO e MATOS, 2004a, p.35-36)*

O quadro a seguir, retirado de Bravo (2001), expõe as principais concepções referentes a cada um dos dois projetos em disputa na área da saúde: o projeto da Reforma Sanitária e o privatista.

PROJETOS EM DISPUTA		
Itens	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
Base	Estado Democrático de Direito	Estado Mínimo
Premissas	Saúde: direito social e dever do Estado	Parcerias e Privatizações
Temas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ampliação das conquistas sociais;</li><li>• Democratização do acesso;</li><li>• Déficit social;</li><li>• Financiamento efetivo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crise Financeira;</li><li>• Focalização das ações;<ul style="list-style-type: none"><li>• Déficit Público;</li></ul></li><li>• Diminuição dos gastos sociais.</li></ul>
Estratégias de Ação	Descentralização com controle social	Refilantropização

Para analisar a Saúde nos anos 90, é preciso deixar claro que este foi o período de implantação e êxito ideológico, político e econômico do projeto neoliberal no país e, no



Brasil, o governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a implementar tal projeto.

## **2.1 Fernando Collor: a abertura do país para as políticas neoliberais**

Fernando Collor de Mello foi eleito em 17 de dezembro de 1989, após disputar o segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva, tomou posse em 15 de março de 1990 e trouxe para o país a perspectiva neoliberal, que já estava em vigência na política internacional.

Apesar de esse processo ter se iniciado nos países centrais nos anos 70 e, no Brasil, ter tido impacto, fundamentalmente, na década de 1990 - a partir do governo Collor - não se deu de forma diferente. As chamadas "reformas" vêm sendo realizadas no Brasil, sob o discurso de que a Constituição de 1988 (chamada de "Constituição Cidadã") seria o principal obstáculo para o processo de "modernização" e "abertura" do país.

Apesar da Constituição promulgada, as disposições constitucionais não eram auto-aplicáveis e, para isso, estavam previstas a elaboração e a aprovação de leis ordinárias, como as Leis Orgânicas da Seguridade Social (em um prazo de seis meses), com o objetivo de organizar o funcionamento das políticas referentes a cada área (saúde, previdência social e assistência social), no caso da saúde, a organização e funcionamento do SUS. A partir disso, alguns obstáculos se colocaram para tal elaboração e aprovação das leis, visto que, conforme Pereira (2002), entre a intenção dos legisladores e a aplicação de tais dispositivos constitucionais existia um vácuo político decisório e o preenchimento deste, já de antemão, anunciava novas mobilizações e lutas.

Ainda no governo de José Sarney, havia uma intensa resistência de enviar o Projeto de Lei ao Congresso Nacional, que acabou ocorrendo apenas em julho/agosto de 1989, ou seja, quase um ano após a promulgação da Constituição. Isso aconteceu porque se enfrentaram na Comissão de Seguridade Social diferentes forças sociais, que tinham diferentes propostas para o setor: de um lado os que defendiam o setor privado e, do outro, os que defendiam o setor público.

A aprovação da Lei Orgânica da Saúde só aconteceu no segundo semestre de 1990, no então governo de Fernando Collor, e isso depois de muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento de Reforma Sanitária. Dessa forma, já houve um atraso inicial de dois anos para a implantação do SUS.

A Lei Orgânica nº 8080/90 *“dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”*

(Lei nº 8080/90) e o presidente Fernando Collor não hesitou em vetar vinte e cinco itens que faziam referência, principalmente, à participação da comunidade e ao financiamento. Tal atitude significou uma postura contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, o qual o “movimento sanitário” havia conseguido inscrever na Constituição e que foi resultado de muitos anos de luta contra a ditadura, especialmente na questão da saúde.

A partir desse veto à Lei Orgânica da Saúde, o “movimento sanitário” pressionou o poder legislativo para que este se posicionasse diante de tal situação. Como resultado foi elaborada e aprovada a Lei nº 8142/90, que *“dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros”* (Lei 8142/90).

Foi no governo Collor, durante a gestão do ministro da Saúde Alcení Guerra, que foi aprovada a Norma Operacional Básica 91 (NOB-SUS nº01/91), onde se destaca a exigência de criação dos conselhos e fundos municipais de saúde para a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios. A NOB 91 também exigia a apresentação de plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, programação e orçamentação, e a apresentação do relatório de gestão local, além de exigir dos municípios contrapartida de recursos mínimos de 10% do orçamento e elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS).

É importante lembrar que, nesse momento, ainda não se considerava a condição gestora dos três níveis de governo e, segundo Cunha<sup>11</sup>, citada por Pereira (2002), a NOB 91 não conseguiu quebrar com o antigo costume de considerar os gestores estaduais e municipais como simples prestadores de serviços.

Em 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde – primeira Conferência ocorrida após a promulgação da Constituição de 1988 - que teve sua realização adiada em 1991, embora tivessem ocorrido inúmeras pressões dos municípios e estados e do Conselho Nacional de Saúde, que reafirmava a necessidade de convocação de tal Conferência e de validação das Conferências estaduais e municipais realizadas em 1991.

O tema principal da IX Conferência Nacional de Saúde foi “A municipalização é o caminho” e foi de extrema importância para a definição de políticas e consolidação do SUS, além de aprofundar as diretrizes da VIII Conferência, fortalecendo o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS. Desta Conferência participaram

---

<sup>11</sup> CUNHA, Rosani Evangelista da. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: o financiamento de políticas sociais no Brasil. In: Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 03. Brasília: CFESS-ABEPSS\_CEAD/UnB, 2000.

representantes de mais de 50% dos municípios brasileiros, 3.000 delegados e cerca de 1.500 observadores.

*No Relatório Final, a Carta da 9ª CNS decide pelo “Fora Collor”, reafirma o SUS, condena a reforma fiscal da forma como o governo a estava encaminhando e aponta para a construção de estratégias de repasses de verbas aos estados e municípios. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p.120)*

De acordo com os Indicadores e Dados Básicos do Brasil<sup>12</sup> de 1998, citado pelo Ministério da Saúde (2006a), no período de 1980 a 1990, os gastos do setor público com saúde atingiram o nível máximo - no ano de 1989 de 3,3% do PIB - mas reduziram-se profundamente no governo de Collor, retornando a 2,7% do PIB apenas no ano de 1995, traduzindo, assim, a política de ajuste neoliberal adotada pelo governo, política esta pautada no corte dos gastos públicos, na privatização, na abertura neoliberal e na descentralização.

A partir desse projeto, pode ser destacada a redução do papel do Estado no que se refere à condução das políticas sociais e, conseqüentemente, a transformação destas políticas em políticas residuais compensatórias. Por outro lado, este Estado que se apresentava “mínimo” para a direção das políticas sociais, era “dito *regulador de um mercado soberano e liberalizado*” (Brasil. Ministério da Saúde, 2006a, p.111).

Com o *impeachment* do presidente Collor, em 1992, o então vice-presidente Itamar Franco toma posse, tendo de enfrentar uma série de desafios decorrentes da gestão de Fernando Collor, como o enfrentamento da inflação e o combate à corrupção, motivo do impedimento do presidente anterior.

## **2.2 Após o *impeachment*: Itamar Franco**

No governo de Itamar, quando o Ministério da Saúde é assumido pelo parlamentar Jamil Haddad, é travado um embate contra os preços dos remédios e, conseqüentemente, contra os laboratórios. Jamil Haddad conseguiu conter, de certa forma, o sucateamento do setor de saúde, apresentando propostas de fortalecimento do SUS, assim como apoiou as discussões nos Conselhos Nacionais de Saúde e de Seguridade, mas não conseguiu impedir o desgaste do setor de saúde pela falta de verbas.

Entre as inúmeras deliberações do Conselho Nacional de Saúde, no governo de Itamar, é importante que se destaque a aprovação do parecer sobre o documento

---

<sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **IDB 98 Brasil**: indicadores e dados básicos para a saúde. Periódico anual, de circulação dirigida ao setor Saúde, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), do Departamento de Informação e Informática do SUS. Brasília, 1998.

“Municipalização: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que deu origem à NOB 93, editada pelo ministro Jamil Haddad. A NOB 93: *“estabelece os parâmetros para a garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal”* (Brasil. Ministério da Saúde, 2006a, p.128). De acordo com Arretche<sup>13</sup>, citada por Pereira (2002), diferentemente da NOB 91, a NOB 93 conseguiu avançar no que diz respeito ao rompimento da visão que se tinha dos estados e municípios como meros prestadores de serviços e isso foi resultado de um embate constante e negociações entre o governo e os representantes do “movimento sanitário”.

A NOB 93 também definiu as formas de gestão do sistema através das Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites. A Tripartite é de âmbito nacional e integra representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesta instância a política do SUS é pensada pelos três níveis de pactuação. Já as Bipartites são compostas paritariamente por dirigentes das secretarias estaduais de saúde e de representação dos secretários municipais de saúde e deliberam sobre a operacionalização do SUS.

Após Jamil Haddad, Henrique Santillo assume a direção do Ministério da Saúde e faz uma série de denúncias contra os *“‘grupos bilionários’ que exploram a medicina de forma mercantil, fazem propaganda da falência do setor público, por meio de manipulação da mídia”* (Brasil. Ministério da Saúde, 2006a, p. 125). O ministro segue propondo o Programa Saúde da Família (PSF) e incentiva a municipalização da saúde, sugerindo a transferência de recursos diretamente aos municípios, conforme encaminhamento do Conselho Nacional de Saúde. Se essa gestão, segundo Bravo (2001, p.202), foi marcada pela ausência de iniciativas operacionais no avanço do SUS, contudo, também, não apresentou propostas contrárias.

Embora em seu governo Itamar Franco tenha contido a crise ética e a inflação, as três crises que marcaram o governo Collor continuaram presentes em seu governo. Crises como a do pacto federativo, de reestruturação da gestão das políticas sociais - em especial a da saúde – e crise financeira que se agravou após o corte do repasse de recursos da previdência social para a saúde, determinado pelo ministro da Previdência Antônio Britto. Nesse contexto, na área da saúde, a Federação Brasileira de Hospitais continuou defendendo a privatização dos serviços de saúde e a qualidade de vida da população, nesse período, em nada foi alterada.

---

<sup>13</sup> ARRETCHÉ, Marta. Estado federativo e as políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

## 2.3 O Governo de Fernando Henrique Cardoso e o êxito do projeto neoliberal

Com o fim do mandato de Itamar Franco e a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) por dois mandatos consecutivos (de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002), não restam dúvidas de que se aprofundou o neoliberalismo. Como exemplo disso, FHC, em 1995, enviou ao Congresso Nacional o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), onde este define o Estado como:

*a organização burocrática que possui o poder de legislar e tributar sobre a população de um determinado território, sendo, portanto, a única estrutura organizacional que possui o 'poder extroverso', ou seja, o poder de constituir unilateralmente obrigações para terceiros, com extravasamento dos seus próprios limites. (BRASIL, 1995, p.27)*

Essa descrição de Estado contida no PDRAE, consoante Faleiros<sup>14</sup>, citado pelo MS (2006a), é uma descrição do papel do Estado (burocracia com exercício da violência) e não uma definição de Estado, já que não considera suas relações com a sociedade e o mercado, com o sistema político e, conseqüentemente com a correlação de forças, permeada pela hegemonia e contra-hegemonia.

O PDRAE prossegue dizendo que *“reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. Daí, a generalização dos processos de privatização de empresas estatais”*. Nessa perspectiva, o setor de produção de bens e serviços - composto por empresas que não cumprem papel estratégico - na perspectiva de reforma do Estado atual, deveriam ser privatizadas (Bravo, 2001, p. 206). Nos governos de Collor e Itamar os setores siderúrgico, petroquímico e de fertilizantes já haviam sido privatizados, FHC, no entanto, não hesitou dando continuidade através da privatização de importantes setores da economia: os setores de mineração, de telecomunicações e de energia.

É no governo de FHC que as políticas públicas assumem a expressão de um “terceiro elemento”, ou “terceiro setor”, *“o qual seria dotado de lógica e racionalidade capazes de superar as limitações e a perda de efetividade do Estado”* (Pereira, 2002, p.51). Nesse sentido, Bravo (2001, p.207) diz que esse “núcleo”<sup>15</sup> é entendido, na reforma, como aquele que não deve nem ser privatizado, nem ser executado pelo Estado. A proposta seria a de que serviços como os de saúde, educação, pesquisa e meio ambiente sejam transformados em um novo ente jurídico, denominado Organizações

<sup>14</sup> FALEIROS, Vicente de Paula. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo LULA. In: FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A era FHC e o governo Lula: transição?** Brasília: Inesc, 2004.

<sup>15</sup> Esse “núcleo” se refere às atividades não exclusivas de Estado.

Públicas não Estatais (Opnes), ou Organizações Sociais (OS), ou seja, seriam sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam através de subvenções dos cofres públicos.

A introdução do Plano Real por FHC como ministro da Fazenda, ainda no governo de Itamar Franco, foi a primeira reforma que, inclusive, beneficiou a eleição de FHC. Contudo, essa medida, mesmo ocasionando perdas inflacionárias, não diminuiu a desigualdade social (Brasil. Ministério da Saúde, 2006a). Esse processo de estabilização econômica permitiu as *“precondições de um ciclo de garantia de um processo de acumulação capitalista com base na atrelagem do valor do real ao dólar e no arrocho dos salários, para dar confiança ao capital internacional”* (Brasil. Ministério da Saúde, 2006a, p.159).

Mesmo com a estabilidade do real, a conjuntura econômica foi abalada por grandes convulsões e ataques especulativos, de forma que a estabilidade monetária não foi acompanhada pela estabilidade econômica, que se agravou também devido à recessão e ao desemprego. O déficit público e o ajuste fiscal foram o eixo central da política econômica, subordinada às ordens do Fundo Monetário Internacional (FMI).

Os ditames dessa política de financiamento do déficit público levaram ao aumento de impostos, como foi o caso da criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Após a luta solitária do Ministro da Saúde Adib Jatene (1995-1996) para a vinculação de recursos, para a área da saúde, através da aprovação de tal imposto, em 1996, o Supremo Tribunal Federal decidiu que a CPMF era constitucional, o que facilitou a votação no Senado Federal.

Segundo Pereira (2002, p.50), nessa luta pela aprovação da CPMF – em que nem mesmo o governo federal se envolveu, assim como a população – foi expressa, mais uma vez, *“a falta de consenso e compreensão coletiva acerca do real significado do novo conceito de Seguridade Social”*. Bravo (2001) afirma que uma demonstração disso foi a X Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que teve como tema “Construindo um modelo de atenção à saúde para qualidade de vida”, que, mesmo tendo presença em peso por parte da sociedade, não foi reconhecida pelo governo federal, visto que só o ministro da Saúde, Adib Jatene, acompanhou tal Conferência.

No ano de 1996, foi editada a NOB-96, vigente até hoje, de essência focalizadora, ao enfatizar os Programas de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde a atenção básica é priorizada e desarticulada da atenção secundária, terciária e quaternária. Nessa NOB também se percebe a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico – através dos programas focais - além de deixar

subentendidos dois sistemas, segundo o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), de 1998, *“um SUS para os pobres e outro sistema para consumidores”* (Bravo, 2001, p.209-210).

As gestões seguintes do Ministério da Saúde, compreendida por: José Carlos Seixas (06/11/1996-13/12/1996), Carlos César Albuquerque (13/12/1996-31/03/1998) e José Serra (a partir de 31/03/1998), marcaram um período em que, pela primeira vez, é apresentada *“oficialmente e de forma sistematizada uma outra proposta de saúde, que é contrária ao SUS”* (Bravo, 2001, p.204). Exemplo disso é a gestão do economista José Serra, onde se percebe explicitamente o ajuste da política de saúde à proposta de reforma do Estado. Essa explicitação pode ser percebida através da defesa de reestruturação do atendimento hospitalar e ambulatorial, pela regulamentação dos planos de saúde e pela normatização dos remédios.

Com a nomeação de Serra para o Ministério da Saúde, as funções da regulamentação que estavam destinadas à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da Fazenda, foram deslocadas para o Ministério da Saúde. A partir disso, o Ministério da Saúde passou a ser um órgão competente para enfrentar a forte indústria farmacêutica, através da normatização dos medicamentos genéricos, e as empresas de planos e seguros de saúde e, para tal, teve o apoio dos meios de comunicação e opinião pública.

Entretanto, as ações do Ministério da Saúde não se limitaram a tais ações, mas ampliaram-se da esfera pública para o mercado, através da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Essas instituições possuem autonomia orçamentária e decisória e foram previstas pelo PDRAE, em 1995.

Com a criação dessas agências, o Ministério da Saúde se fortaleceu, no que se refere ao estabelecimento de parâmetros para a atuação dos agentes privados, embora não se tenha observado contribuição significativa para melhorar as condições de saúde da população, já que as ações do referido Ministério não disciplinam as relações como setor privado – tanto o contratado, quanto o autônomo – e as regulamentações advindas de tal Ministério refletem claramente uma contradição,

*que é a regulamentação do capital estrangeiro na saúde, mas ao mesmo tempo naturaliza a concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do movimento de Reforma Sanitária, em que a saúde é dever de todos e sua prestação um dever do Estado. (BRAVO, 2001, p.211)*

Ao longo da segunda metade da década de 90 se apresentam importantes aspectos da reforma do estado para o setor de saúde, encontrada em diversas normatizações, tais como: a NOB-96, a regulamentação dos planos e seguros de saúde e

dos preços dos medicamentos. É importante que se destaque o documento do MARE nº13, de 1998, em especial o artigo de Bresser Pereira, no qual a reforma atinge o setor de saúde no “terceiro núcleo”, já que é nele que estão inseridos os serviços de saúde, conforme já exposto.

Esse documento propõe, para o setor de saúde, uma reforma destinada à assistência ambulatorial e hospitalar, apresentada, no documento, como uma das partes fundamentais e mais caras do SUS. Nessa perspectiva, o atendimento básico continua sobre responsabilidade do Estado, e não é à toa, já que este não é lucrativo.

Importante medida nesse período foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de outubro de 2000, que estabeleceu mecanismos de financiamento da saúde, contudo, passados sete anos, ainda não foi regulamentada<sup>16</sup>. Essa emenda vinculou o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos governos municipais, estaduais, assim como pela União. No caso dos estados, o mínimo a ser aplicado seria de 12% das receitas próprias. Já no caso dos municípios, 15% das receitas próprias. No que se refere à União, *“o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, a variação nominal do Produto Interno Bruto”* (CONASS, 2007b, p. 237).

No ano de 2001 foi editada a nova norma operacional, após diversos debates entre os níveis de gestão e as instâncias de controle social. O título da nova norma, “Norma Operacional de **Assistência** à Saúde” (NOAS-SUS 01/01), enfatizou o foco assistencial do sistema.

*Seus aspectos inovadores, enquanto norma operacional, foram a elaboração de um plano Diretor de Regionalização – PDR, com diretrizes para a organização regionalizada da assistência; a instrumentalização de gestores estaduais e municipais para o planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de compromisso entre gestores; e a atualização dos critérios e dos processos de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS.* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p.173)

No que se refere à assistência, essa norma enfatiza a resolutividade da atenção básica em todos os municípios, a partir de áreas consideradas estratégicas, como a saúde da mulher e da criança, saúde bucal, o controle de doenças como a hipertensão, o diabetes e a tuberculose, assim como a eliminação da hanseníase. Em relação às demais áreas não previstas, caberia aos gestores estaduais e municipais a definição, de acordo com as especificidades epidemiológicas locais.

---

<sup>16</sup> Até a última revisão deste trabalho, a Emenda Constitucional nº. 29 havia sido aprovada apenas pela Câmara dos Deputados (no dia 31/10/2007), mas ainda não tinha sido apreciada pelo Senado Federal.



## 2.4 A continuidade das políticas neoliberais no governo Lula

Com o final do segundo mandato de FHC, em 2002, é eleito para presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Nesse governo, igualmente ao governo anterior, a política macroeconômica tem sido mantida e as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. As políticas de Seguridade Social (saúde, previdência e assistência) continuaram segmentadas.

No que diz respeito à saúde, havia, no entanto, uma expectativa que o novo governo consolidasse o projeto de Reforma Sanitária - projeto este que foi colocado em cheque na década anterior – e o SUS constitucional, na medida em que se fortaleceu o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

Apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético- política da Reforma Sanitária, o governo Lula, porém, tem conduzido ações nas quais a polarização entre os dois projetos ainda se mantém. Segundo Bravo (2006a), em algumas propostas o atual governo busca fortalecer o projeto de Reforma Sanitária e, em outras, no entanto, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização (como o caso do PSF, que será abordado mais adiante), a precarização, a terceirização de recursos humanos, o desfinanciamento na área da saúde, bem como *“a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”* (Bravo, 2006a, p.104).

A questão do desfinanciamento é a mais séria, já que está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos. O financiamento do SUS, conforme Bravo (2006a, p.105), tem apresentado nos últimos anos alguns desafios como:

- *proposta de desvinculação do CPMF da receita do setor saúde;*
- *utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas;*
- *decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS.*

A autora prossegue afirmando que, contudo, a maior ameaça ao financiamento no que se refere à saúde, ainda está para acontecer, já que o governo se comprometeu com o FMI a estudar a desvinculação de recursos para a saúde e educação. Tal medida, portanto, significaria a eliminação dos preceitos constitucionais que obrigam União, Estado e Municípios a gastarem um percentual de todo os recursos arrecadados para os setores de educação e saúde.

Essas vinculações que o governo deseja derrubar são referentes à educação que vincula 18% de receitas da União e 25% dos Estados e Municípios. Quanto à saúde, a proposta ainda tem que ser regulamentada pela Emenda Constitucional nº. 29.

Segundo Carvalho<sup>17</sup>, citado por Bravo (2006a), o argumento utilizado pelos

---

<sup>17</sup> CARVALHO, Gilson. O governo do PT e a Desvinculação dos recursos da Saúde e Educação. In:

economistas do governo, em relação à desvinculação das fontes, é que a vinculação da saúde e educação impede, em grande medida, uma alocação mais justa e eficiente na utilização dos recursos públicos. A concretização de tal medida ameaçará a política pública de saúde e o SUS será destinado apenas para os segmentos mais pobres da população (Bravo, 2006a).

Bravo (2006a) prossegue destacando os aspectos de inovação da política de saúde do governo Lula. A partir disso, ressalta alguns avanços como o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, na década anterior, foi completamente esquecida; a escolha de profissionais historicamente comprometidos com o projeto da Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, no qual foram criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde.

A criação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em particular, foi um outro aspecto inovador na estrutura do Ministério da Saúde, visto que essa Secretaria objetivou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar integrando as atribuições de duas Secretarias extintas, a Secretaria de Política de Saúde e a Secretaria de Assistência à Saúde.

Também foi criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), a qual *“compete formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do Sistema Único de Saúde – SUS e fortalecer a participação social”*<sup>18</sup>. Essa Secretaria tem como função fortalecer o controle social, assim como organizar as Conferências de saúde.

No ano de 2003, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde e esta Conferência teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. O eixo central de que tratou a Conferência foi a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS, com ênfase na área de recursos humanos e qualidade dos serviços.

A respeito da XII CNS - ao contrário da expectativa que se tinham de que esta fosse um marco significativo em relação às anteriores e que tivesse a mesma importância da VIII CNS - o número de participantes não foi ampliado, assim como não houve avanços no fortalecimento da Reforma Sanitária.

Nesse contexto de despolitização e fragilização das lutas sociais, se faz importante destacar a realização, em Brasília, do VIII Seminário sobre Política Nacional de Saúde, no mês de junho de 2005, que contou com a presença de mais de oitocentos participantes na Câmara dos Deputados Federais, congregando a Frente Parlamentar da saúde e representantes da população usuária do SUS, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviço e dos gestores do sistema. Nessa ocasião, o eixo temático foi “SUS – o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”. Ao final do Seminário, foi lançada a Carta de Brasília, que destacou a defesa da Seguridade Social

---

Abrasco Divulga – Boletim Informativo, 12 a 16 de julho de 2004.

<sup>18</sup> Site do Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=983](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=983) Acesso em: 10 set. 2007.

além da defesa do processo de Reforma Sanitária.

Assim como a realização do VIII Seminário sobre Política Nacional de Saúde em 2005, no dia 23 de novembro do referido ano, foi constituído o Fórum de Reforma Sanitária visando a defesa da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 - que tem sido postergada pelo governo - e a ampliação de recursos no orçamento da saúde para 2006, reafirmando, mais uma vez, os compromissos com a Reforma Sanitária.

Apesar dos avanços conquistados pelo SUS, como a universalização da saúde, reconhecendo-a como direito de todos e dever do Estado; a descentralização da saúde para estados e municípios e a estruturação dos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, entre outras conquistas, persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal capaz de prestar serviços de qualidade a toda a população.

A questão do financiamento na saúde possui duas vertentes: a da quantidade e da qualidade do gasto, ou seja, além de aumentar o gasto em saúde, é preciso, ao mesmo tempo, melhorar sua qualidade.

O Brasil apresenta um gasto público em saúde muito baixo e a tendência destes gastos não é a de aumento. A falta de regulamentação - como é o caso da EC nº 29, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União<sup>19</sup> (DRU), que tem sido utilizada para limitar os recursos públicos na saúde - provocou um impacto no financiamento do SUS

É inegável que os gastos públicos na saúde devem ser aumentados, portanto, é essencial, também, que se melhore sua qualidade. Igualmente importante, ou talvez mais importante, é que antes disso seja cumprida a destinação dos recursos garantidos pela Constituição Federal de 1988 à Seguridade Social.

Para o CONASS (2007b), *“a luta por mais recursos para o SUS, muitas vezes, obscurece a realidade de que existem ineficiências e iniquidades a superar”*. Entretanto, não se pode utilizar o argumento da efficientização do SUS como pré-condição para aumentar recursos, já que ambas as ações devem ser realizadas simultaneamente.

A atenção hospitalar do SUS é uma área onde existe uma crise há diversos anos. Essa crise pode ser observada em três dimensões principais: o subfinanciamento, a baixa capacidade gerencial e a ineficiência. É claro que os recursos para a atenção hospitalar no SUS não são suficientes, no qual o valor pago pelos procedimentos realizados é

---

<sup>19</sup> A DRU desvincula 20% da receita tributária da União, dando ao governo federal mais liberdade para distribuir os recursos do Orçamento entre os programas que julgar prioritários. Segundo o governo, a DRU é responsável por cerca de 60% do total dos recursos que a União tem liberdade de gastar. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/homeagencia/materias.html?pk=102045> Acesso em: 09 out. 2007.

abaixo do preço de custo – em especial o de média complexidade.

*Uma caracterização da morbidade hospitalar permite aprofundar a compreensão do fenômeno das ineficiências na rede hospitalar do SUS. É que pode ser feito através das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Esse indicador capta as condições que são realizadas devido à má qualidade da atenção primária e que, portanto, são condições evitáveis, e as internações desnecessárias que são fruto da aplicação, ao SUS, da Lei de Roemer<sup>20</sup>. Ambos os fenômenos estão presentes nos hospitais do SUS; de um lado, há internações que são feitas por deficiências na Atenção Primária à Saúde; de outro, há internações desnecessárias que ocorrem porque o sistema de saúde tem a capacidade de induzir a demanda pela oferta. O que é facilitado pelo sistema de pagamento por procedimentos. (BRASIL, 2007b, p.242)*

O SUS, apesar de ter conseguido alguns avanços, está muito distante do previsto constitucionalmente e proposto pela Reforma Sanitária. O que se faz presente como questão central, continua sendo a subordinação das políticas sociais à política econômica, fazendo com que o Projeto de Reforma Sanitária – que em muito foi incorporado à Constituição Federal de 1988 – esteja perdendo lugar para o projeto voltado para a privatização dos serviços públicos.

Nesse contexto, o que se faz necessário é o compromisso com o debate público e com a participação democrática, que possibilita aos cidadãos interferir e deliberar nas questões de interesse coletivo.

#### **2.4.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde e Política Nacional de Atenção Básica**

A partir da necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde, em consonância com os princípios do SUS, foi regulamentada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) - Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006.

A PNPS define como prioridades de atuação, para os anos 2006-2007, as ações direcionadas para a divulgação e implementação da referida política, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Nesta última década, diversos documentos e portarias foram publicados a fim de orientar a organização e a execução da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da

---

<sup>20</sup> Lei de Roemer: um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria demanda mesmo em mercados saturados. Disponível em: <http://www.pppe.ufrgs.br/ats/disciplinas/2/nero-2002.pdf> Acesso em: 24 set. 2007.

Família<sup>21</sup> (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), resultando em uma expressiva fragmentação normativa, o que comprometeu a compreensão do tema nas instâncias de gestão do SUS.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, foi o resultado de uma revisão e adequação dos documentos normativos. A PNAB redefine os princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento, incluindo as especificidades da Saúde da Família.

A PNAB define que a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde na esfera individual e coletiva que abrangem *“a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”* (Brasil. Ministério da Saúde, 2006e, p.10).

Por determinação da PNAB, as áreas que são consideradas como estratégicas e comuns à Atenção Básica e, portanto, também às equipes de ESF, em todo território nacional, são: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a saúde da criança, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

A normatização da PNAB é complementada pelas portarias GM/MS n. 649, de 28 de março de 2006 (que define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes de Saúde da Família), GM/MS n. 650, de 28 de março de 2006 (que define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família e para o PACS) e GM/MS n. 822, de 17 de abril de 2006 (que altera critérios para definição de modalidades das equipes de Saúde da Família).

A estratégia utilizada pelo governo federal de incentivo às ESF, a fim de operacionalizar a política de Atenção Básica, é bastante criticada por alguns autores. Mito e Nogueira (2006), ao analisarem tal estratégia, afirmam que esta não só retirou a autonomia dos gestores municipais e estaduais no que se refere à organização dos sistemas locais de saúde – o que dificultou a programação das ações de saúde com bases epidemiológicas – como também comprometeu seriamente o princípio da integralidade, proposto pelo SUS.

---

<sup>21</sup> Com o PNAB, a nomenclatura da Saúde da Família de “programa” foi alterada para “estratégia”.

Outra crítica que também é feita por outros autores<sup>22</sup>, citada por Mioto e Nogueira (2006), é referente à capacidade resolutiva de grande parte das ESF, por diversos motivos, mas principalmente devido ao despreparo profissional para a intervenção nesse novo modelo de atenção. Nesse sentido, aumenta-se consideravelmente a demanda nos demais níveis de complexidade, fazendo, muitas vezes, com que os serviços de emergência “funcionem” como porta de entrada, como já foi exposto anteriormente.

Nesta perspectiva, Souza (2001, p.61), aponta como um dos vários problemas encontrados no atual modelo assistencial: *“o não conhecimento, por parte da população, das unidades que caracterizam a porta de entrada do Sistema de Saúde, ocasionando as demandas das unidades de saúde terciárias”*. Outra interpretação relativa à procura da população pelas unidades dos demais níveis de atenção à saúde pode ser atribuída ao fato dos hospitais apresentarem um maior nível de resolubilidade, reiterando, mais uma vez, que os investimentos ainda continuam historicamente comprometidos com o modelo médico-assistencial curativo.

A figura do médico também tem sido apontada como outro obstáculo na operacionalização da política de Atenção Básica através das ESF devido à alta rotatividade desses profissionais, em alguns casos, e a pouca capacitação para o trabalho em Atenção Primária em Saúde - já que profissional médico mais adequado para trabalhar na ESF é o Médico de Família e Comunidade (MFC), segundo Gusso<sup>23</sup>, citado pelo Ministério da Saúde (2007), e essa especialidade não é muito comum entre esses profissionais.

No que diz respeito às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a PNAB (Brasil. Ministério da Saúde, 2006e) recomenda, para grandes centros urbanos, que uma UBS com Equipes de Saúde da Família seja responsável por até 12 mil habitantes do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, desde que seja atendida a operacionalização dos 4 elementos - acesso de primeiro contato (“porta de entrada”), longitudinalidade, integralidade e coordenação - que caracterizam a Atenção Primária. Cada UBS deve ser localizada dentro do território-área de sua responsabilidade e estar inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2006e).

Quanto ao financiamento da Atenção Básica, a PNAB estabelece que o

<sup>22</sup> BUENO, W. S. e MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. 1997. Disponível em: <http://www.datasus.br/cns/>. Acesso em: 12 de dezembro de 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface. Botucatu, v.9, n. 18, 2005.

<sup>23</sup> GUSSO, G. Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos. SEMERGEN, v. 30, n. 8, 2004, p. 408-410.

financiamento se dê em composição tripartite, sendo que o Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo esse financiamento composto por uma parte fixa e outra variável. As duas partes somadas (parte fixa e variável) compõem o Bloco Atenção Básica. Os recursos do Bloco Atenção Básica devem ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

A parte fixa do PAB é calculada através da multiplicação de um valor per capita determinado pelo Ministério da Saúde, pela população de cada município e do Distrito Federal. Esse valor é publicado em portaria específica para este fim, sendo atualmente esse valor de R\$15,00, conforme Portaria GM nº 2.133, de 11 de setembro de 2006. A Portaria GM nº 1.696, de 17 de julho de 2007, altera a base populacional utilizada para definição do per capita (que é extraída do Censo/IBGE – projeção para o ano efetivo).

Já o PAB Variável:

*representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica. É composto de incentivos que o Ministério da Saúde repassa sempre que os municípios se comprometam a realizar práticas determinadas ou façam adesão a “formas de organização” da atenção básica propostas pelo Ministério da Saúde. (BRASIL. CONASS, 2007a, p.133)*

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo do PAB Variável é a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

A partir do Pacto pela Saúde 2006<sup>24</sup> (portaria de nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006), as estratégias nacionais que compõe o PAB variável são: Saúde da Família (SF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde Bucal (SB), Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei (em regime de internação e internação provisória) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A transferência dos recursos do PAB ocorre mensalmente e é automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e do Distrito Federal. No caso de municípios que não cumpriram os requisitos mínimos regulamentados na PNAB, os recursos do PAB podem ser transferidos, excepcionalmente, aos Fundos Estaduais de Saúde (FES), conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

---

<sup>24</sup> Site do Ministério da Saúde: Disponível em:  
[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria399\\_22\\_02\\_06.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf) Acesso em: 20 ago. 2007.

## FLUXO PARA O CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA (SF) E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) PARA O FINANCIAMENTO DO PAB VARIÁVEL:

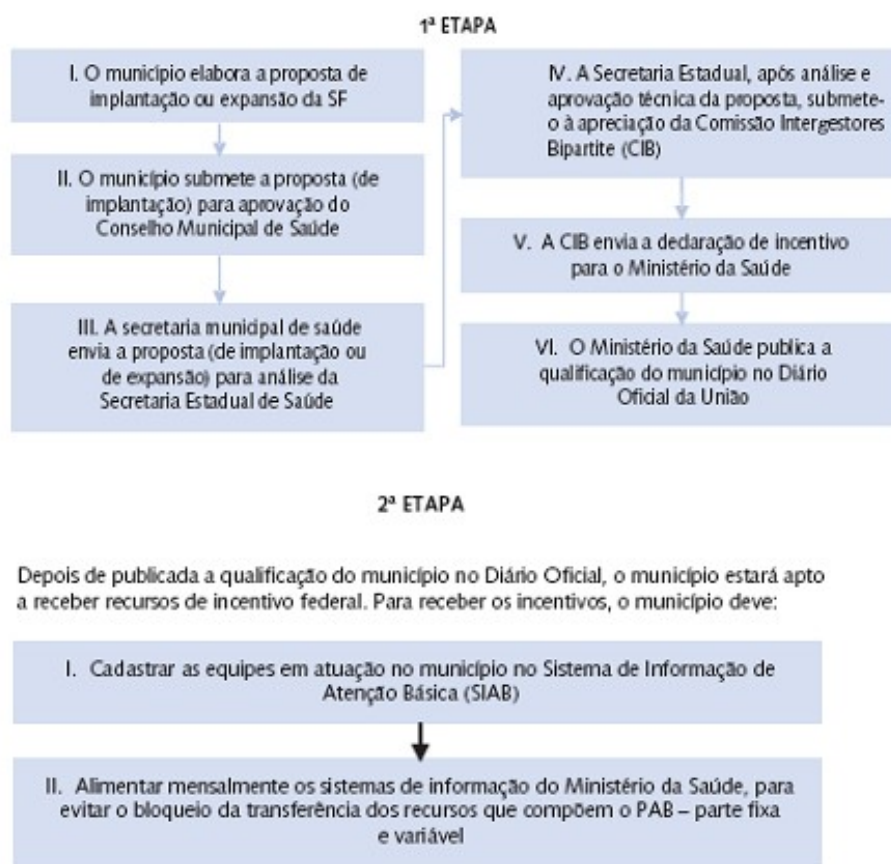


Figura extraída de: BRASIL. CONASS, 2007a, p. 136.

Nesse sentido, o governo federal utiliza-se de diversos atrativos para tornar atraente para os governos locais a adesão desse novo modelo tecno-assistencial de atenção à saúde. O principal atrativo é o financeiro, segundo Bodstein (2002), já que este é decisivo para o cálculo político dos gestores municipais em prol da adesão, e a transformação do PAB em fixo e variável demonstra claramente o incentivo à implantação da ESF.

De acordo com Rizzotto<sup>25</sup>, citado por Mioto e Nogueira (2006, p.234), algumas modalidades de financiamento, como é o caso do PAB, vêm sendo apontadas como desvios das diretrizes do SUS, “*na medida em que selecionam os usuários e garantem apenas uma cesta básica de atenção à saúde, colocando por terra o princípio da integralidade*”.

Nesse sentido, a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde também pode ser explicada pela lógica de financiamento distinta (Mioto e

<sup>25</sup> RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.



Nogueira, 2006). A atenção básica é financiada por programas e *per capita*, que acabam por alterar o padrão de atenção, enquanto a média e a alta complexidade são remuneradas por procedimentos – difícil de ser avaliada em termos de eficiência.

A integração das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Atenção Básica deverá ocorrer no campo das práticas, nos municípios e nas equipes de Atenção Primária (Brasil. Ministério da Saúde, 2007). A PNPS está subordinada, na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a PNAB ao Departamento de Atenção Básica (DAB), subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

Dentre as ações mínimas previstas para serem realizadas pela Atenção Básica estão: a vacinação, as atividades educativas a grupos da comunidade, a assistência pré-natal e atividades de planejamento familiar. No próximo capítulo será realizada uma análise sobre essas ações no que se refere ao objeto em estudo neste trabalho: a importância da informação para a prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC).

## Capítulo 3 - A importância da informação em saúde para a prevenção da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC).

Este capítulo objetiva analisar a importância da informação no que se refere às ações e serviços de prevenção da saúde onde será abordado o caso específico da Síndrome da Rubéola Congênita, decorrente da infecção da gestante por rubéola.

Para tal análise, serão utilizados documentos oficiais do Ministério da Saúde e levantamento bibliográfico sobre o assunto. Nesse sentido, será realizada uma análise da trajetória da implantação da vacina contra a rubéola no Brasil, na qual será feita uma discussão sobre a eficácia da política de vacinação contra a rubéola no país - a fim de prevenir a Síndrome da Rubéola Congênita.

### 3.1 Rubéola

No ano de 1815, a rubéola foi reconhecida como doença, descrita como "exantema<sup>26</sup> confundível com a escarlatina<sup>27</sup>", sendo o nome *rubella* mencionado pela primeira vez em 1866. Já em 1938, foi demonstrado que a infecção tem origem virótica e, em 1966, começaram os primeiros estudos para a fabricação de uma vacina a partir de vírus atenuado. Em 1970, as vacinas começaram a ser utilizadas em escala comercial em diversos países<sup>28</sup>.

A rubéola é uma doença infecto-contagiosa<sup>29</sup> causada por um vírus (denominado rubivírus) que, freqüentemente, produz manifestações discretas ou ausentes. Quando presentes, as principais manifestações são: febre baixa, manchas avermelhadas na pele, ínguas na região do pescoço (inchaço dos gânglios linfáticos), perda de apetite, dor de cabeça, dores articulares e/ou musculares, coriza e tosse. Essas manifestações não são exclusivas da rubéola e, portanto, não é possível realizar um diagnóstico clínico preciso sem a realização de exames sorológicos.

O ser humano é o único hospedeiro natural do vírus da rubéola e a doença, em geral, tem evolução benigna - exceto nos casos de infecção na gestação - ocorrendo apenas uma vez na vida (a reinfecção, embora possível, é muito rara). O período de transmissão da rubéola começa uma semana antes e vai até cinco a sete dias após o

---

<sup>26</sup> Manchas avermelhadas na pele.

<sup>27</sup> Doença infecciosa.

<sup>28</sup> Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22343](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22343). Acesso em: 13 fev. 2007.

<sup>29</sup> Que produz infecção e, simultaneamente, se propaga por contágio.

aparecimento de manchas avermelhadas na pele. A transmissão para uma pessoa não imune ocorre através do contato com as secreções respiratórias (gotículas de saliva, espirro, tosse) de um indivíduo infectado, mesmo quando assintomático. O risco de transmissão da rubéola é maior durante o período em que existem manchas avermelhadas na pele e o período de incubação da doença pode variar de 12 a 23 dias, durando em média 17 dias.

Não existe tratamento específico para a rubéola. O tratamento consiste em controlar a temperatura corporal por meio de antitérmicos e analgésicos - caso seja necessário - ingerir bastante líquido e fazer repouso. Os medicamentos que contenham em sua formulação o ácido acetil-salicílico não devem ser usados, pelo risco de ocorrerem sangramentos, já que a rubéola diminui o número de plaquetas.

A única medida de proteção contra a rubéola é a vacinação, que confere imunidade contra a infecção em mais de 95% das pessoas. A vacina é produzida com vírus atenuados e pode conter exclusivamente o vírus da rubéola ou também incluir o vírus do sarampo ("[dupla viral](#)" ou [SR](#)) e, adicionalmente, o vírus da caxumba ("[tríplice viral](#)", [SRC](#) ou [MMR](#)). O principal objetivo da vacinação é evitar a rubéola congênita e, adicionalmente, a ocorrência de complicações graves da doença. A vacinação contra rubéola deve incluir pessoas do sexo masculino, inclusive adultos, para evitar que sirvam de fontes de infecção para outros indivíduos. A realização de testes sorológicos antes da aplicação da vacina contra a rubéola é, geralmente, desnecessária.

A vacina contra a rubéola, como qualquer outra, pode ter [contra-indicações](#) e produzir [efeitos colaterais](#) que, em geral, são pouco freqüentes e desprovidos de gravidade. Como todas as vacinas produzidas com vírus atenuados, está contra-indicada durante a gestação.

No [Calendário de Vacinação](#) atual está prevista a aplicação da [MMR](#) para crianças em duas doses, a primeira aos doze meses e a segunda entre 4 e 6 anos de idade. A vacina também está disponível nos postos de saúde, em dose única, para adolescentes e adultos até 49 anos.

### **3.2 A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)**

Com a chegada da Segunda Guerra Mundial e a movimentação de enormes contingentes populacionais, ocorreram significativas alterações no mundo inteiro no que diz respeito à epidemiologia de algumas doenças, desencadeando uma série de epidemias. Nesse contexto, em 1941, um oftalmologista australiano publicou as suas

observações sobre uma epidemia de rubéola, que - atingindo as gestantes nos primeiros meses de gravidez - ocasionou o aparecimento de diversos casos de catarata e outras malformações congênitas (WELLER e NEVA<sup>30</sup>, citados por COTILLO Z e SANTOS, 1967).

A infecção pelo vírus da rubéola - durante a gestação - determina várias alterações ao infectar o feto, que podem influenciar na formação e no crescimento do embrião. Dessa forma, pode-se observar uma grande variedade de malformações congênitas, casos de aborto, mortes fetais e partos prematuros, que vão variar de acordo com a época específica em que ocorreu a infecção fetal.

Quando a infecção ocorre durante o primeiro trimestre, cerca de 80% das crianças podem nascer com a síndrome da rubéola congênita. As malformações podem ser graves, com comprometimento ocular (catarata, glaucoma, microftalmia), auditivo (surdez profunda), cardíaco (persistência do canal arterial, defeitos de septo) e neurológico (retardo mental, microcefalia) ou resultar em manifestações discretas, como déficit auditivo parcial ou pequenos defeitos cardíacos<sup>31</sup>.

Quando a infecção ocorre após o quarto mês de gestação, a deficiência auditiva pode ser a única manifestação da rubéola congênita. Já quando a infecção ocorre durante o último trimestre de gestação, os riscos da síndrome da rubéola congênita são praticamente inexistentes. No caso de algumas manifestações, como diabetes, podem surgir de dois a quatro anos após o nascimento e também existe a possibilidade de excreção de vírus nos fluídos biológicos em 90% das crianças ao nascimento, 30 a 50% aos 6 meses e menos de 10% aos 12 meses, contribuindo para a propagação da doença. No entanto, a criança portadora de rubéola congênita deve permanecer afastada de mulheres susceptíveis na idade fértil, e até de homens (já que poderão contribuir para a propagação da doença) até pelo menos 1 ano de idade, pois a criança é uma fonte de infecção e continua eliminando o vírus.

No caso do diagnóstico de rubéola ser positivo para a gestante, não existe nenhuma terapia medicamentosa a fim de evitar a infecção fetal. Será necessário esperar o nascimento da criança para verificar as conseqüências da infecção, após a realização dos exames necessários.

Devido ao risco de rubéola congênita, a vacinação se faz particularmente importante nos casos de mulheres em idade fértil, mesmo naquelas que apresentem história de "rubéola" sem comprovação sorológica da infecção. Embora o risco de

---

<sup>30</sup> WELLER, T. H.; ALFORD Jr., C. A.; NEVA, F. A. – Changing epidemiologic concepts of rubella, with particular reference to unique characteristics of the congenital infection. *Yale J. Biol. Med.*, 37(3):455-472, Jun. 1965.

<sup>31</sup> Disponível em: <http://www.cives.ufri.br/informacao/rubeola/rubeola-iv.html> Acesso em: 12 fev. 2007.

teratogênese (malformações congênitas) com o vírus vacinal possa ser pequeno, a gravidez deve ser evitada durante, pelo menos, os 30 dias seguintes à aplicação da vacina. Para reduzir as chances de infecção de pessoas que tenham contra-indicações - como gestantes e imunodeficientes - aqueles que possuem contato com essas pessoas, podem e devem ser vacinados contra a rubéola, uma vez que o vírus vacinal não é transmissível. É importante destacar que as gestantes só poderão receber a vacina após o parto, na própria maternidade ou em um posto de saúde.

### 3.3 O Programa Nacional de Imunizações

Com o início das vacinações, em 1804, o Brasil acumulou mais de duzentos anos de prática de imunizações e, a partir da criação do Programa Nacional de Imunizações (1973), passou a desenvolver ações planejadas e sistematizadas.

O início da década de 1970 foi marcado por um conjunto de iniciativas voltadas para o controle de doenças imunopreveníveis no Brasil, tendo como cenário mundial o programa de erradicação da varíola da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a consolidação dos conceitos de vigilância epidemiológica disseminados também por essa organização (OMS).

A política de imunizações no país tem como marco o ano de 1973, com o término da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV<sup>32</sup>) – com início em 1962 - e a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI). O PNI foi criado por determinação do [Ministério da Saúde](#), em um contexto marcado por um processo de formulação de grandes programas nacionais, e seu objetivo era o de coordenar as ações de imunizações que – até aquele momento - se caracterizavam “*pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura*” (SI – PNI, DATASUS<sup>33</sup>). A proposta básica para o Programa, a partir de um documento elaborado por técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças (Ministério da Saúde) e da Central de Medicamentos (CEME - Presidência da República), foi aprovada em reunião realizada naquele ano (1973), em Brasília, e contou com a participação de sanitaristas e infectologistas de destaque, assim como de representantes de diversas instituições.

Naquele momento específico de desenvolvimento da política de saúde, o conjunto de forças e projetos que se enfrentam naquela conjuntura – conforme já exposto

---

<sup>32</sup> O último caso de varíola notificado no Brasil foi em 1971 e, no mundo em 1977, na Somália.

<sup>33</sup> Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp> Acesso em: 19 jul.2007.

anteriormente - determinaram a concepção, estruturação e desenvolvimento do PNI.

Em seu documento conceitual, segundo Benchimol<sup>34</sup>, citado por Temporão (2007), o PNI atribui como exigências programáticas que:

*seria preciso estender as vacinações às áreas rurais, aperfeiçoar a vigilância epidemiológica em todo o território nacional, capacitar laboratórios oficiais para a respaldarem com diagnóstico, instituir pelo menos um laboratório nacional de referência para o controle de qualidade das vacinas, racionalizar sua aquisição e distribuição e uniformizar as técnicas de administração (...) além de promover a educação em saúde para aumentar a receptividade da população aos programas de vacinação (BENCHIMOL, 2001, p. 320).*

No ano de 1975 foi promulgada a lei 6.259 de 30-10-1975 (posteriormente regulamentada em 1976 pelo Decreto 78.231), que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Imunizações e que dispunha sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, da notificação compulsória de doenças e da regulamentação do PNI.

Com esta nova lei, a vacinação básica no primeiro ano de vida passou a ser obrigatória, de forma que os pais que infringissem tal norma teriam determinada a suspensão do pagamento do salário-família, o que representa, de fato, a via repressora da saúde pública, utilizando-se da coerção - prática que inclusive marcou as ações da Saúde Pública no início do século XX, levando ao movimento da Revolta da Vacina - ao invés de informar aos indivíduos a importância da aplicação das vacinas, através de ações sócio-educativas.

Também é implantada, com essa lei, a informatização na vigilância epidemiológica, nos laboratórios de saúde pública, controle de estoques, pesquisas e informações e no controle de qualidade de medicamentos.

As competências do PNI, estabelecidas no Decreto nº 78.231/76, ainda são válidas até hoje:

- *implantar e implementar as ações relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório;*
- *estabelecer critérios e prestar apoio técnico a elaboração, implantação e implementação dos programas de vacinação a cargo das secretarias de saúde das unidades federadas;*
- *estabelecer normas básicas para a execução das vacinações;*
- *supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território nacional, principalmente o desempenho dos órgãos das secretarias de saúde, encarregados dos programas de vacinação;*
- *centralizar, analisar e divulgar as informações referentes ao PNI (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.24).*

Após a erradicação da varíola, é inaugurada a 1ª Campanha Nacional de

---

<sup>34</sup>BENCHIMOL, J. L. (org.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

Vacinação contra a Poliomielite, em 1980, que tinha como meta vacinar todas as crianças menores de cinco anos em um mesmo dia. O último caso de poliomielite, no Brasil, ocorreu no estado da Paraíba, em março de 1989. No ano de 1994, o Brasil, assim como os demais países das Américas, recebeu da Comissão Internacional para a Certificação da Ausência de Circulação Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas, o Certificado de que a doença e o vírus foram eliminados do referido continente.

Primeiramente, o PNI era coordenado pela Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES), do Ministério da Saúde, após, passou à coordenação da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), por delegação do Ministério da Saúde, entre os anos de 1974 a 1979. Entre 1980 a 1990, o Programa ficou sob responsabilidade da Divisão Nacional de Epidemiologia, da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (SNABS/MS). Entre os anos de 1990 a 2003, o PNI passou a fazer parte do CENEPI/FUNASA<sup>35</sup> (tendo em vista a extinção da SNABS/MS) e, a partir de 2003, passou a integrar o DEVEP/SVS<sup>36</sup>, inserido na Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI).

Quando o PNI foi criado, era um programa centralizado e verticalizado, de forma que os municípios não tinham praticamente nenhuma atribuição no que se refere às imunizações, já que todas as ações decorriam do Ministério e das secretarias estaduais. Há cerca de alguns anos, porém, o PNI passou por um processo de descentralização - em função do processo de descentralização político-administrativo que a Constituição de 88 instituiu e o SUS ratifica - apresentando um novo perfil gerencial, que integra as três esferas, na qual o município é o principal executor das ações de imunizações.

Tomando como referência o município do Rio de Janeiro, as atribuições referentes às ações do PNI competem à Gerência do Programa de Imunizações - pertencente à Coordenação de Programas de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ). Assim sendo, estas atribuições são:

- *Planejamento e execução das ações de vacinação e controle da Rede de Frio*<sup>37</sup>.
- *Integração da vacinação às ações básicas de saúde.*
- *Acompanhamento e avaliação das metas de cobertura vacinal.*
- *Garantia da homogeneidade das coberturas vacinais no Município do RJ.* ([www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br))

O Estado, por sua vez, coordena, assessora tecnicamente, e o Ministério da Saúde

<sup>35</sup> Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional da Saúde.

<sup>36</sup> Departamento de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Vigilância em Saúde.

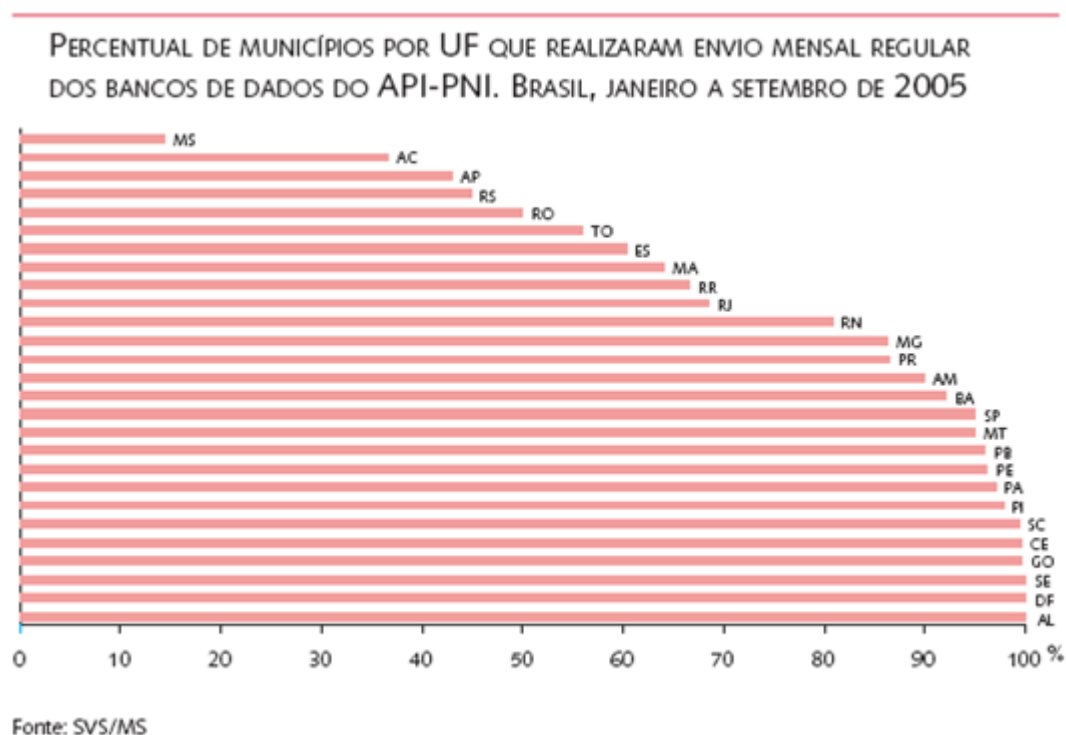
<sup>37</sup> “A Rede de Frio, ou Cadeia de Frio, é o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações (PNI), desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 110).

mantém ações essenciais, como o fornecimento das vacinas, por exemplo. Assim, juntos, os três entes federados discutem normas, definições, metas e resultados.

Nesse sentido, o governo federal deve exercer o permanente papel de fiscalização e supervisão, bem como realizar a compra das vacinas, que, apesar de centralizada, os recursos para as demais ações são repassados aos municípios e estados habilitados para recebê-lo. Esse recurso é destinado para ações diversas, tais como: vacinações, vigilância epidemiológica, combate à dengue, entre outras.

Com o passar dos anos, foi reconhecida a necessidade de modernizar os registros e o sistema de avaliação do PNI. Dessa forma, no início dos anos 90, começou-se a pensar e discutir o aprimoramento do sistema de informação, sendo, portanto, desenvolvido - em 1993 - o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações — SI-PNI, em parceria com a CGPNI e o DATASUS<sup>38</sup>. Entre os anos de 1994 e 1997, o Sistema foi implantado em todas as coordenações estaduais e descentralizado para as coordenações regionais e municípios, sendo assim um sistema descentralizado e informatizado. A informatização do PNI foi desenvolvida pelo [DATASUS/GEIPS](#)<sup>39</sup>, segundo especificação da CGPNI.

O objetivo primordial do SI-PNI é o de possibilitar aos gestores envolvidos no programa avaliar os riscos quanto à ocorrência de surtos ou epidemias. Atualmente, o SI-PNI dispõe de sete sistemas de informação.



<sup>38</sup> Banco de dados do Sistema Único de Saúde

<sup>39</sup> Gerência de Informações dos Programas de Saúde



Conforme a figura acima, a porcentagem de municípios do estado do Rio de Janeiro que enviaram mensalmente (no período de janeiro a setembro de 2005) os bancos de dados para o Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API-PNI) não passou de 70%. Esse sistema de informação objetiva registrar as doses aplicadas nas vacinações de rotina e campanhas, por faixa etária e imunobiológico, e calcular a cobertura vacinal e taxa de abandono. O não-envio regular de tais informações, como foi notado no caso de aproximadamente 30% dos municípios do estado do Rio de Janeiro, acaba por comprometer seriamente o planejamento, o monitoramento e a avaliação de ações de vigilância epidemiológica.

É importante destacar que, desde 1997, o orçamento do Ministério para a compra de vacinas multiplicou-se em quase cinco vezes (Brasil. Ministério da Saúde, 2003). No ano de 1999, foi introduzida no Brasil a vacinação contra gripe, iniciativa só adotada por países desenvolvidos, assim como foi implantada, em todo o país, a partir de 1997/98, a vacinação contra hepatite B, que, antes desse período, era restrita a grupos de risco e disponível apenas em clínicas privadas. O calendário de vacinação também foi ampliado, com a introdução de novas vacinas.

A partir do ano de 2004, o Ministério da Saúde adotou três calendários obrigatórios de vacinação<sup>40</sup> em todo o território nacional, estabelecendo as vacinas, doses e períodos de vacinação do Calendário Básico de Vacinação da Criança, do Calendário de Vacinação do Adolescente e do Calendário de Vacinação do Adulto e do Idoso. Hoje, esses calendários estão instituídos através da Portaria 1.602, de 17 de julho de 2006.

O Calendário Básico de Vacinação brasileiro é um dos mais completos do mundo. Na época de criação do PNI, eram apenas cinco vacinas: contra sarampo, contra varíola, contra pólio, BCG e DTP. Hoje (2003), são 13 vacinas no calendário básico.

Apesar de existirem vacinas no sistema de saúde privado, quase a totalidade destas está incorporada ao sistema público de vacinação, como, por exemplo, a vacina contra gripe para idoso e a vacina contra a rubéola. É importante destacar também que o PNI tornou-se um programa de vacinação mais amplo, para toda a população.

As vacinas do Programa estão disponíveis a toda a população com as equipes de vacinação, que têm como função levar a imunização até os locais de difícil acesso, e nos postos de saúde – embora grande parte da população ainda pense que as vacinas só estão disponíveis nas campanhas de vacinação, devido à falta de iniciativa do poder

---

<sup>40</sup> Anexo 1.

público em divulgar amplamente a existência desses serviços.

Portanto, os produtos colocados à disposição da população na rede pública para a vacinação de rotina nos Postos de Vacinação são 14 tipos de vacinas e dois tipos de soros, são eles:

- Vacina BCG;
- Antipoliomielítica oral (Sabin);
- Contra hepatite B;
- Tríplice bacteriana (DTP);
- Vacina dupla bacteriana tipo infantil (DT);
- Vacina tetravalente (DTP+Hib);
- Vacina contra infecções pelo *Haemophilus influenzae b*;
- Contra febre amarela;
- Tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba);
- Dupla viral (contra sarampo e rubéola);
- Dupla bacteriana tipo adulto (dT);
- Vacina contra influenza<sup>41</sup>;
- Vacina antipneumocócica 23 valente<sup>41</sup>;
- Vacina contra raiva obtida em cultura de células<sup>42</sup>;
- Soro antitetânico;
- Soro anti-rábico humano.

O PNI do Brasil é citado como referência mundial na OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e membro da OMS. Diante disso, o PNI organizou duas campanhas de vacinação no Timor Leste, assim como auxiliou nos programas de imunizações na Palestina, na Cisjordânia e na Faixa de Gaza. Além disso, o PNI ainda foi requerido a ministrar cursos em diversos países, bem como recebeu técnicos de outros países para serem capacitados aqui no Brasil. Do mesmo modo, estabeleceu cooperação técnica com países como: Estados Unidos, México, Guiana Francesa, Argentina, Paraguai, Uruguai, Venezuela, Bolívia, Colômbia, Peru, Israel, Angola, Filipinas, além de ter feito doações para Uruguai, Paraguai, República Dominicana, Bolívia e Argentina.

Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde (2003), 77% dos

---

<sup>41</sup> De uso em ocasião de campanha para idosos.

<sup>42</sup> Não incluída no Calendário Básico de Vacinação, já que a vacina contra a raiva é indicada “a pessoas que se expõem repetida ou continuamente ao risco da infecção, a saber: profissionais com atividade em laboratórios onde se trabalhe com o vírus da raiva, em particular laboratórios de diagnóstico sorológico ou anatomopatológico e de pesquisa em virologia; médicos veterinários; profissionais que atuem em serviços de controle da raiva animal (tratadores, vacinadores e laçadores); pessoas que entram em contato freqüente com animais que possam transmitir a raiva” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.55).

imunobiológicos utilizados no Brasil têm origem nacional. A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde, através da criação do Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI), passou a investir nos laboratórios produtores oficiais.

Através de informações oficiais do Ministério da Saúde, apesar de aceitar assessoria técnica de parceiros internacionais e da iniciativa privada, o PNI é totalmente custeado com dinheiro público, recusando os empréstimos, por acreditar que as ações continuadas, como a vacinação, devem ser custeadas com recursos do poder público.

Desde sua criação, a atuação do PNI, ao fortalecer uma estratégia de âmbito nacional, apresentou - na sua missão institucional principal - consideráveis avanços. Como metas mais recentes: a erradicação do sarampo e a eliminação tétano neonatal, que são acompanhadas pelo **controle** de outras doenças imunopreveníveis, tais como: a difteria, coqueluche, tétano acidental, hepatite B, meningites, febre amarela, formas graves da tuberculose, rubéola (Síndrome da Rubéola Congênita - SRC) e caxumba em alguns estados; e a administração da erradicação da poliomielite e da varíola. Nesse sentido, a meta operacional básica do PNI é a de vacinar **todas** as crianças menores de um ano, com **todas** as vacinas indicadas no Calendário Básico de Vacinação.

Entretanto, apesar da inegável importância de um programa como o PNI e a série de avanços que este acumula em sua trajetória, ainda existe muito a avançar. No caso do objeto em análise neste trabalho, o PNI ao apresentar como meta mais recente o **controle** e não a **erradicação** de doenças imunopreveníveis como a rubéola, reconhece e admite que grande parte da população em idade fértil ainda estará suscetível ao vírus, podendo ocorrer ainda mais casos de Síndrome da Rubéola Congênita, com a – conseqüente – ocorrência de nascimento de crianças com (múltiplas) deficiências.

### 3.4 Informação em Saúde

A história dos cuidados e das práticas médicas, no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, foi caracterizada pela propaganda, sendo esta a primeira forma de divulgação das informações sobre saúde produzidas no país. Os esforços estavam direcionados a fim de utilizar diferentes recursos com objetivo de informar a população sobre “doenças, modos de cuidar, produtos com fins terapêuticos, profissionais que oferecem serviços e artigos publicados em folhetos, jornais e revistas” (Moraes, 2007, p.63).

No século XX, com o crescimento urbano e com os novos processos de produção e

estilos de vida; as agências e práticas institucionais incitaram a urgência da utilização de comunicação na área da saúde. Nesse momento os jornais e revistas se multiplicaram, as propagandas tornavam-se parte do cotidiano; os rádios e o cinema introduziam novos temas e modos de enunciação. Nesta perspectiva, o Estado e as instituições de saúde utilizaram-se do recurso da comunicação para veicular seus projetos e ações, em especial, para enfrentar as endemias e as epidemias. (Moraes, 2007, p.63). Já o conceito “direito à comunicação” apareceu pela primeira vez na década de 60 e se consolidou a partir de debates realizados no âmbito da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), (Barbosa, 2007, p.67).

Atualmente, o tema da saúde é apresentado pelos meios de comunicação fundamentalmente através da relação entre doença, capital e tecnologia. Nesse sentido, os medicamentos, os tratamentos modernos, novas tecnologias, doenças, entre outros temas relacionados à área da saúde, são os mais marcantes e presentes nos meios de comunicação. Dessa forma, a natureza lucrativa do tema, em grande medida, acaba definindo uma agenda de temas em circulação na dimensão pública (Pitta e Riviera, 2006), de forma a reforçar o projeto privatista em detrimento do sanitário.

Uma profunda contradição se apresenta na área da saúde nos dias de hoje. Apesar de muitas pessoas reclamarem e de outras comemorarem as mudanças institucionais ou nos serviços de saúde, de fato, poucas sabem o que é o setor saúde e, principalmente, o que é o SUS.

Contudo se faz importante perceber que esse desconhecimento sobre o SUS não é apenas entre os usuários dos serviços oferecidos pelo sistema, mas também de universitários da área da saúde, por exemplo. Um estudo realizado em 2006, com alunos do Instituto Biomédico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, demonstrou que:

*o SUS é ignorado por grande parte dos estudantes do instituto. Mais grave, eles não conseguem perceber a importância desse sistema para sua formação profissional ou qualquer relação com a cidadania. O SUS é alguma coisa para carentes ou atendimento de urgência médica. (Moraes, 2007, p.62)*

Diante de tal gravidade em relação ao desconhecimento sobre o SUS e a distorção do que esse sistema de saúde representa, percebe-se que, de alguma forma, a comunicação, as instituições e os agentes envolvidos com essa questão estão falhando na identificação da origem desse desconhecimento. Ainda segundo Moraes (2007, p.62), uma outra análise é possível:

*estamos diante de um cenário de luta, em que o silêncio é fundamental para a estratégia de interesses contrariados. Portanto, este desconhecimento seria uma estratégia política, social ou gerencial daqueles segmentos sociais interessados na inexistência, na incompetência ou ainda na ineficácia do SUS.*

Nesta perspectiva, cabe aos profissionais de comunicação, da saúde e ao poder público buscar identificar e discutir as tendências e efeitos da comunicação em saúde na sociedade contemporânea. Para isso, cabe ao poder público, a fim de divulgar e discutir as ações de saúde, utilizar-se dos meios de comunicação disponíveis ao alcance da sociedade, seja rádio, jornal, televisão, palestras, outdoors ou debates em espaços públicos de acesso à comunidade. A divulgação dos conselhos, para que os cidadãos possam exercer o controle social, também é indispensável nesse sentido.

A comunicação, nos últimos anos, apresenta-se como um instrumento estratégico na construção do SUS e a informação é fundamental nesse processo de garantia da democracia, de equidade, de justiça e de qualidade de vida. Dessa forma, é imprescindível a inclusão da comunicação na agenda da saúde, conforme afirma Pitta<sup>43</sup>, citada por Moraes (2007).

### **3.5 A Trajetória da Implantação da Vacina contra a Rubéola no Brasil**

A primeira geração de vacinas contra a rubéola no mundo é datada de 1969 e desde a década de 70, o impacto da utilização da vacina contra rubéola na incidência da síndrome da rubéola congênita já pôde ser percebido nos Estados Unidos, assim como em outros países. Naquela década somente a rede privada possuía a vacina contra a rubéola no Brasil e a vacina somente era aplicada em casos de recomendação médica.

Entretanto, na rede pública de saúde do Brasil, a “tríplice viral” só foi incorporada no ano de 1992, sendo São Paulo o primeiro estado do país a implantar e financiar tal vacina. Naquele momento a faixa etária definida para a aplicação da tríplice era a de crianças entre 1 e 10 anos.

Em 1993, portanto, o PNI inicia a aquisição da tríplice viral e a vacina é implantada também no Distrito Federal, para crianças a partir dos 12 meses de idade. No ano seguinte, foi definida a meta de erradicação do sarampo nas Américas para o ano 2000, assumida pelos governos do continente, e acelerada a introdução da vacina tríplice e dupla viral.

No ano de 1995, o Brasil começou a discutir a aquisição da vacina monovalente (só contra a rubéola), no intuito de vacinar mulheres em idade fértil, a fim de controlar a

<sup>43</sup> PITTA, A. M. R. Comunicação, informação e informática em saúde: que qualidade? Que pacto? In: BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde 2005. Exposição em mesa redonda.

rubéola e a Síndrome da Rubéola Congênita. A intenção era a de introduzir a vacina monovalente contra a rubéola, de forma gradativa, em todos os estados do país, na mesma ocasião da introdução da tríplice/dupla viral para crianças de 1 a 11 anos. Neste mesmo ano a tríplice viral é implantada nos estados do Espírito Santo e do Paraná, para crianças na faixa etária de 1 a 11 anos.

Somente em 1996 a tríplice viral é implantada nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Santa Catarina, Piauí, Ceará, Bahia e Rio Grande do Sul, para a faixa etária de 1 a 11 anos. Neste ano, foi aperfeiçoado o sistema de vigilância epidemiológica do sarampo na região das Américas, o que mostrou a circulação generalizada do vírus da rubéola em diversos países, evidenciando o problema da síndrome da rubéola congênita para a saúde pública. As discussões acerca da implantação da vacina monovalente contra a rubéola no ano anterior (1995) se materializaram com a implantação de maneira gradativa da vacina para mulheres em idade fértil, mas ainda apenas no pós-parto e pós-aborto.

Em 1998, a tríplice é implantada para crianças de 1 a 11 anos nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso. Neste ano, o estado do Paraná implanta a vacina dupla viral para mulheres em idade fértil (12 a 39 anos) com recursos do próprio estado.

Em 2000, é implantada a tríplice nos nove estados restantes (Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia, Amapá, Pará, Tocantins, Pernambuco e Alagoas), encerrando a vacinação da população na faixa etária de 1 a 11 anos. Também é implantada a vacina dupla viral, com o objetivo de erradicar o sarampo e **controlar** a rubéola, nos estados do Rio Grande do Norte, para mulheres na faixa etária de 12 a 39 anos.

No ano de 2001, é implantada a vacina dupla viral para as mulheres em idade fértil nos demais estados: Rondônia, Acre, Amazonas, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás. E no ano seguinte, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Roraima, Amapá, Tocantins, Bahia, Ceará e Piauí.

### **3.6 Os surtos de rubéola no Brasil e implantação da vacina de rubéola no país: algumas reflexões.**

Com a implementação do plano de eliminação do sarampo, em âmbito nacional, no ano de 1992, foi imposta a vigilância ativa de doenças febris exantemáticas (como a

rubéola). No período de 1993 a 1996 foi constatado que cerca de 50% dos casos descartados de sarampo foram diagnosticados como rubéola, sendo que 70 a 80% desses tiveram confirmação através de exames sorológicos (Brasil. Fundação Nacional da Saúde, 2002).

No ano de 1993, após o aumento da incidência de rubéola em diversos estados do país, foi determinada a inclusão da vacina tríplice viral no esquema básico de vacinação preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações<sup>44</sup> (Brasil. Fundação Nacional da Saúde, 2002). Esse esquema foi implantado no país gradualmente, através de campanhas escalonadas, para faixas etárias de 1 a 11 anos, concluída em 2000, conforme abordado anteriormente.

No ano de 1997, foram notificados cerca de 30.000 casos de rubéola (gráfico 1) e, entre os anos de 1999 a 2001, ocorreram surtos da doença em vários estados do Brasil. Nesse mesmo período observou-se um aumento progressivo no número de casos de Síndrome da Rubéola Congênita (gráfico 2), o que sugere o aumento da circulação do vírus. Para se ter uma noção da proporção do problema, a taxa de incidência de rubéola na população feminina, em 2001, chegou a 5/105 mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos e de 6,3/105 mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos<sup>45</sup>.

#### **Gráfico 1**

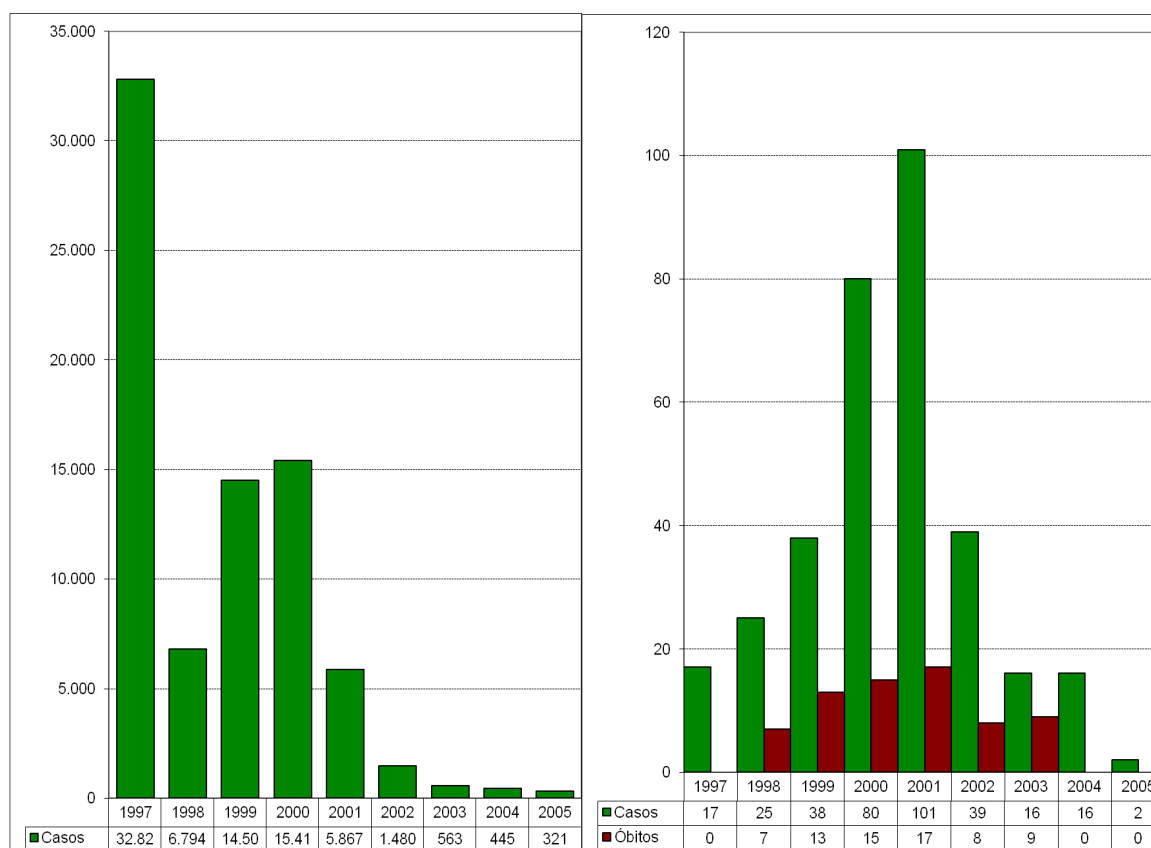
#### **Gráfico 2**

**Casos de Rubéola no Brasil (1997-2005)    Casos e óbitos de SRC no Brasil (1997-2005)**

---

<sup>44</sup> Apesar de a Série Histórica de casos e óbitos de Doenças de Notificação Compulsória no Brasil de 1980 a 2005 não apresentar os dados referentes à infecção de rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita no período de 1992 a 1996.

<sup>45</sup> Ministério da Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21905](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21905) Acesso em: 10 jul. 2007.



Gráficos extraídos de: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25340](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25340)

Dessa forma, entre os anos de 2000 e 2003, o Brasil desenvolveu diversas campanhas por todo o país a fim de imunizar mulheres em idade fértil (dos 12 aos 39 anos) contra a rubéola, com o objetivo de eliminar a Síndrome da Rubéola Congênita. Neste período, cerca de 40 milhões de mulheres receberam a vacina, chegando a cobertura a mais de 90%, nesta faixa etária. A campanha de vacinação contra a rubéola para as Mulheres em Idade Fértil (MIF) no estado do Rio de Janeiro ocorreu em 2001, na qual a cobertura vacinal chegou a 83,52% (Brasil. Ministério da Saúde, 2006b).

A grande questão é que muitas mulheres em idade fértil que não receberam a vacina na época da campanha de vacinação contra a rubéola para as MIF porque ainda não tinham atingido a faixa etária coberta, ficaram suscetíveis a contrair a doença dos grupos não imunizados - mulheres que entre 2000 e 2003 estavam acima dos 39 anos, aquelas que não se vacinaram e homens.

A partir do segundo semestre de 2006, os estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais começaram a sofrer com surtos de rubéola<sup>46</sup>. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde identificou cerca de 300 casos em Minas Gerais e 200 no Rio, demonstrando – dessa forma – que esses grupos de pessoas que não foram imunizados nas campanhas realizadas há cerca de seis anos, provavelmente, começaram a ser

<sup>46</sup> Anexo 2.



infectados. O Ministério da Saúde divulgou que havia sido registrado um aumento nos casos de rubéola, principalmente em adultos jovens, de 20 a 29 anos, com maior número de casos em indivíduos do sexo masculino<sup>47</sup>.

Diante desse quadro, no ano corrente (2007), o Ministério da Saúde desenvolveu novamente a “Campanha contra a Rubéola” - somente no estado do Rio de Janeiro – e teve como público-alvo homens e mulheres (não-gestantes) na faixa de 20 a 34 anos. Inicialmente a campanha estava prevista para ser realizada entre os dias 28 de maio e 02 de junho, porém a campanha foi estendida até o dia 22 de junho. Uma das razões que pode ser atribuída a esse fato foi a grande demanda da população pela vacina, certamente pelo desconhecimento de que esta vacina está disponível durante o ano todo nos postos de saúde e não apenas nas ocasiões de campanha.

Embora a inclusão de homens na referida campanha tenha significado um avanço em relação à campanha realizada no ano de 2001, a cobertura da população além de só abranger o estado do Rio de Janeiro também não contemplou alguns segmentos da população. Considerando que o processo de implantação da tríplice viral foi iniciado em 1992, aqueles que começaram a ser vacinados de acordo com a implantação da referida vacina, possuem – atualmente – cerca de 15 anos. Portanto, as crianças que nasceram um pouco antes desse período, que hoje possuem de 16 a 19 anos, se encontram em idade fértil e não foram incluídas nesta campanha de vacinação. O próprio Ministério da Saúde admite que ainda existem diversos coortes<sup>48</sup> de indivíduos ainda não vacinados e, portanto, suscetíveis à infecção por rubéola que poderão contribuir para a disseminação do vírus, contribuindo, dessa forma, para a ocorrência de surtos de rubéola<sup>49</sup> e da SRC.

Apesar de haver vacina contra a rubéola disponível nos postos de saúde fora do período da campanha de vacinação, essa informação não é divulgada à população pelo poder público e pelos profissionais de saúde. Devido a esse fato, a população em geral desconhece essa informação e acaba por não se imunizar contra a rubéola, o que

---

<sup>47</sup> Anexo 3.

<sup>48</sup> <sup>48</sup> “Em estatística, coorte é um conjunto de pessoas que tem em comum um evento que se deu no mesmo período; exemplo: coorte de pessoas que nasceram em 1960; coorte de mulheres casadas em 1999; etc. Em epidemiologia é definido como uma forma de pesquisa, observacional, longitudinal, analítica que objetiva estabelecer um nexos causal entre os eventos a que o grupo foi exposto e o desfecho da saúde final dessas pessoas”. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Coorte\\_%28estat%C3%ADstica%29](http://pt.wikipedia.org/wiki/Coorte_%28estat%C3%ADstica%29) Acesso em: 02 nov. 2007.

<sup>49</sup> Anexo 3.

contribui para a disseminação do vírus.

Segundo o Relatório de Situação de 2005, do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde), entre 2002 e 2004, foram notificados 78 casos de síndrome da rubéola congênita no estado do Rio de Janeiro, dos quais vinte foram confirmados. O referido documento considera que as ações de controle da rubéola se encontravam em níveis satisfatórios, dado o número de casos confirmados.

Já no Relatório de Situação de 2006 é divulgado o percentual de cobertura da vacina tríplice viral dos municípios do Rio de Janeiro. Segundo esse documento, a cobertura vacinal satisfatória foi de 65,22% em 2001 e - nesse mesmo período - foram confirmados dois casos de Síndrome da Rubéola Congênita. O Relatório coloca ainda que em 2005 o percentual de municípios do Rio de Janeiro com cobertura vacinal satisfatória da tríplice viral chegou a 68,48%. Associando esse percentual à campanha de vacinação contra a rubéola para as Mulheres em Idade Fértil em 2001, observa-se que houve um impacto significativo na redução da transmissão vertical da rubéola e nenhum caso de SRC foi confirmado em 2005.

Até a semana epidemiológica 38 (correspondente ao período de 16/09/07 a 22/09/07), foram confirmados 3.417 casos de rubéola em todo o país<sup>50</sup>. Isso demonstra que desde 2002<sup>51</sup> (quando os casos de rubéola começaram a diminuir) o país não havia registrado um número de casos de rubéola dessa magnitude (sem considerar o número de casos de 2006, para o qual não foi encontrado o número de casos confirmados da doença).

#### **SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA –**

##### **Casos confirmados ou compatíveis notificados no Sinan**

##### **Casos confirmados segundo Ano Diagnóstico Período: 2001-2006**

<b>Ano Diagnóstico</b>	<b>Casos confirmados</b>
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>
2001	101
2002	43

---

<sup>50</sup> Anexo 4.

<sup>51</sup> Anexo 5.

## SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA –

### Casos confirmados ou compatíveis notificados no Sinan

#### Casos confirmados segundo Ano Diagnóstico Período: 2001-2006

Ano Diagnóstico	Casos confirmados
2003	23
2004	18
2005	6
2006	11

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan  
Dados Extraídos de: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinan/src/bases/srubeolacbr.def> Acesso em: 02 nov. 2007.

Através da análise do quadro acima, o que se pode perceber é que o número de casos de SRC em 2001 corresponde à metade do número total de casos de SRC confirmados no período apresentado (2001 - 2006). A partir da realização das campanhas de 2000 a 2003 em MIF, observa-se a diminuição de casos de 2002 a 2005. Esse quadro, portanto, se modificou no ano de 2006 – provavelmente devido aos novos surtos da doença no país, devido à existência de coortes de indivíduos não imunizados – de forma que no período foram confirmados 11 casos de SRC, quase o dobro de casos registrados no ano anterior (2005).

Nesse sentido, quanto aos surtos do ano de 2007, ainda será necessário aguardar para ter conhecimento do número de casos de SRC, visto que em períodos de surto o número de casos de SRC pode chegar a 4,3 casos por 1.000 nascidos vivos<sup>52</sup>.

Se considerarmos ainda os casos em que a rubéola não foi sequer diagnosticada em função de que seus sintomas podem ser confundidos com outras patologias sendo a doença facilmente associada a uma intoxicação alimentar, face às péssimas condições de higiene existentes no Brasil, ou ainda a certos processos virais (Costa, 1990), se observa que a real incidência da doença na população e a ocorrência de casos de Síndrome da Rubéola Congênita acabam por ser mascarados, já que estas pessoas dificilmente irão realizar o exame sorológico para, então, ocorrer a notificação compulsória. A própria Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reconhece que “há subnotificação e a

<sup>52</sup> Anexo 3.

*verdadeira magnitude da carga patológica da rubéola continua desconhecida*” (OPAS, 2002).

Dessa forma, seria importante realizar inquéritos sorológicos em amostras representativas da população para se ter idéia da verdadeira proporção do problema. Por outro lado, constituindo as notificações um dos meios mais práticos de se saber da ocorrência de novos casos numa população, é imprescindível que as autoridades sanitárias coloquem em prática o máximo de esforços no sentido de obter a cooperação da classe médica para uma mais completa notificação dos casos de rubéola, mesmo porque se faz um dever da classe médica, como atribuição de sua prática profissional, ações nesse sentido.

Somente após a verificação do estado imunitário da população em relação à rubéola e um melhor conhecimento da incidência desta doença, através das notificações, é que se poderá determinar, com maior segurança, a sua participação sobre as malformações congênicas que se apresentam em uma localidade.

Devido ao fato de a rubéola ser considerada uma doença benigna, para a qual, geralmente, não se recorre à assistência médica, e sabendo-se que, para doenças desse tipo, a notificação deixa muito a desejar, os dados que são apresentados deverão ser sempre tomados com a devida cautela, uma vez que se acredita que eles representam apenas uma parcela da realidade. De qualquer forma, embora deficitários, acompanham as flutuações reais da incidência da doença.

No caso da rubéola, a doença pode ser prevenida através da vacinação da população, o que significaria um custo muito menor que o investimento em educação especial para portadores de deficiência e a ocorrência de óbitos, além de ser atribuição do SUS a execução de ações de vigilância epidemiológica (art. 6º, inciso I alínea b. Lei 8080/90).

Diversos estudos demonstram que – atualmente – a rubéola ainda é a maior causa de surdez congênita no Brasil (INES, 2005). A OMS estima a ocorrência de 700.000 óbitos por ano no mundo relacionados à rubéola congênita. O que se faz presente, como o grande problema desse caso, é o desconhecimento por parte das próprias mães e do público em geral, sobre a doença, suas implicações e como preveni-la, o que não deveria acontecer visto que a *“divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”* está prevista na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90, art. 7º, VI).

No Brasil, a rubéola e a SRC são doenças de notificação compulsória desde 1996 (Portarias de nº 1.100, de 24/05/1996 e nº 4.052, de 23/12/1998). Portanto, nos casos de

suspeita de rubéola, devem ser feitas as notificações e investigações (anexo 6) a fim de se identificar a fonte de infecção, coletar material para o diagnóstico laboratorial, executar as medidas de controle (vacinação de bloqueio) e notificar imediatamente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em tempo hábil, para diminuir o risco de disseminação da infecção para a população. Também estão previstos, nestes casos, ações de educação em saúde com o objetivo de *“esclarecer a população, principalmente da área de educação, sobre a doença, a importância de notificar a SMS e a vacinação de crianças e mulheres para a prevenção da SRC”*. (Brasil, 2002). Nesse sentido, o que se percebe é que essas ações de educação em saúde só são realizadas quando a doença já está se disseminando entre a população, além de ser priorizada apenas a vacinação de mulheres e crianças, como se os homens não fossem responsáveis também pela propagação da doença.

É importante destacar que, desde o ano de 2003, o Brasil é signatário do pacto para eliminação da Síndrome da Rubéola Congênita nas Américas até o ano de 2010, assim como os demais países membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Com a implantação da tríplice viral no Calendário de Vacinação e com as campanhas de vacinação para adultos, a tendência é que a rubéola seja erradicada a longo prazo. Segundo documento da OPAS (2002), *“essa estratégia de vacinação provavelmente levará mais de 20 anos para controlar a SRC”* nas Américas, isso porque existem ainda mulheres em idade fértil que permanecerão suscetíveis ao vírus da rubéola, e que poderão ter filhos com diversos tipos de malformações congênitas, no caso de infecção por rubéola na gestação. Dados da OPAS (2002) indicam que uma estratégia acelerada de controle de rubéola impediria a ocorrência de aproximadamente 20.000 casos de SRC por ano nas Américas, isso porque além dos países que implantaram recentemente programas de aceleração de controle da rubéola – como o Brasil - ainda existem países na América do Sul que não possuem nenhum programa nesse sentido.

Admitir, ainda hoje, o nascimento de crianças com SRC é um problema ético, segundo Costa (1990). Para o autor:

*um indivíduo que foi vítima da rubéola, ele é, primeiro, um indivíduo que não precisaria ter sido vítima da rubéola porque a tecnologia moderna já tem uma solução para o problema: a vacinação. Então, existe um problema ético envolvido na coisa. Nós estamos deixando nascer gente com uma série de alterações físicas, às vezes, até mentais, quando não haveria necessidade desse problema.*  
(COSTA, 1990, p.23)

Essa análise de Costa, apesar de ter sido feita há quase dezoito anos, se mostra mais atual do que nunca. Apesar das iniciativas implementadas após a essa data, o

problema da SRC ainda está presente na atualidade, comprometendo uma série de indivíduos – direta ou indiretamente – envolvidos nessa questão.

Nesse sentido, o atual modelo de atenção básica em saúde, constituído pela Política Nacional de Promoção da Saúde e pela Política Nacional de Atenção Básica, não consegue atender de forma eficaz no que se refere às ações de prevenção da rubéola e à ocorrência de novos casos de Síndrome da Rubéola Congênita.

No que se refere à ESF, priorizada na Política Nacional de Atenção Básica, tal estratégia compromete os princípios de universalidade e integralidade previstos pelo SUS, assim como apresenta um baixo grau de resolubilidade em suas ações e que, através do incentivo financeiro aos municípios para implantá-las, acabam determinando a adoção desse modelo de assistência à saúde por estes.

Dessa forma, algumas Unidades Básicas de Saúde acabam, até mesmo, sendo substituídas por essas equipes de SF, o que compromete seriamente as ações e serviços de saúde a serem prestados por essas unidades à população, inclusive os de prevenção da rubéola, como é o caso da vacinação e dos programas de planejamento familiar.

As equipes de SF, na perspectiva da democratização das informações em saúde, poderiam desempenhar um papel fundamental, através da disseminação de informações a respeito da prevenção da rubéola, orientando a população a vacinar-se contra a doença. Desse modo, as equipes de SF poderiam ter nas ações sócio-educativas em saúde uma de suas potencialidades, não funcionando substitutivamente às ações e serviços das unidades básicas de saúde, mas no sentido de enfatizar a importância de tais ações e serviços.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atual situação da Síndrome da Rubéola Congênita no país não representa nada menos do que o resultado de uma política de saúde que historicamente priorizou o modelo médico-assistencial curativo, em detrimento de ações e serviços de prevenção da saúde.

Nesse sentido, devido a essa herança da política de saúde no país - caracterizada pela forte influência do projeto privatista, onde a lógica é a mercantilização da saúde - o modelo médico-assistencial é hegemônico devido à lucratividade que proporciona à indústria farmacêutica, assim como através da utilização de equipamentos médico-hospitalares e de reabilitação, onde, inclusive, se encontram, enquanto usuários, as vítimas da SRC, que utilizam serviços de reabilitação. Nesse contexto, a atenção básica no âmbito do SUS acaba por ser prejudicada, em favor da prevalência do modelo curativo, comprometendo o princípio da integralidade proposto pelo SUS.

Após quase quarenta anos do início da fabricação da vacina contra a rubéola, no Brasil continuam ocorrendo surtos da doença e, mais grave, casos de Síndrome da Rubéola Congênita. Uma das razões que pode ser atribuída a esse fato, foi a incorporação tardia da vacina pelo país para crianças e, mais tardiamente ainda, campanhas para as mulheres em idade fértil (que representam o grupo de maior risco de infecção). Isso sem levar em consideração a incorporação dos homens em tais campanhas, que só aconteceu neste ano (2007) e só foi realizada no estado do Rio de Janeiro.

Neste ano, conforme documento do Ministério da Saúde contido neste trabalho, até a semana epidemiológica 38 (correspondente ao período de 16/09/07 a 22/09/07), foram confirmados 3.417 casos de rubéola em todo o país - sem considerar os casos não notificados, pois o problema da subnotificação já é conhecido - o que resulta em novos surtos da doença e, conseqüentemente, em novos casos de SRC.

Como apresentado no trabalho, no último ano (2006) os casos de SRC quase

dobraram em relação ao ano anterior (2005). Ao considerar que neste ano o número de casos de rubéola foi superior ao ano passado (apesar dos dados não terem sido disponibilizados ainda, os surtos de rubéola em 2006 só foram identificados nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro e somente a partir do segundo semestre), provavelmente o número de casos de SRC poderá aumentar consideravelmente.

Como medida de prevenção da rubéola, não é suficiente que a vacina esteja disponível nos postos de saúde e a realização de campanhas somente após períodos de surto (e sem abranger a totalidade de coortes ainda não imunizados), é necessário, nesse sentido, que o poder público invista o máximo de esforços na ampla divulgação da importância da prevenção da doença através da mídia, assim como a divulgação nas escolas e universidades, além da divulgação nas unidades de saúde pelos profissionais da área, particularmente nos programas de planejamento familiar e voltados para adolescentes e jovens.

Nessa perspectiva, se faz particularmente importante também que os profissionais dos programas de planejamento familiar além, de transmitir e discutir métodos contraceptivos, de fato, orientem os usuários a realizar os exames necessários antes da gestação, inclusive o da sorologia da rubéola. Neste caso, se a usuária não tiver a comprovação sorológica da doença, deverá ser orientada a se vacinar. Nesse sentido, esses usuários poderão também contribuir para a disseminação de tal informação.

Sendo assim, é importante considerar o princípio da integralidade proposto pelo SUS e a importância das ações e serviços de prevenção da saúde serem amplamente assumidas não só nos postos de saúde, mas nas demais unidades, serviços e programas da atenção básica, através de ações sócio-educativas que garantam, de fato, a socialização das informações em saúde. As equipes de SF, nesse sentido, também poderiam constituir um canal importante no sentido de difundir informações referentes à prevenção da rubéola, enfatizando a importância da vacinação contra a doença. Da mesma forma, essas ações precisam acontecer de maneira coordenada e planejada para alcançarem uma maior efetividade. .

Igualmente importante, as campanhas como as de prevenção da rubéola e, conseqüentemente, da SRC não podem ficar restritas às regiões onde o surto é mais elevado - como foi visto através da análise deste trabalho - pois a sua erradicação depende de um alcance territorial maior, de âmbito continental e por isso as campanhas devem ocorrer em todo o território nacional, de maneira simultânea e abrangendo todos os coortes de indivíduos ainda não imunizados.

Se o Brasil não priorizar a ampla divulgação de ações e serviços de saúde para a



prevenção da rubéola e, conseqüentemente, da SRC, dificilmente conseguirá cumprir a meta de erradicação da SRC até o ano de 2010, visto que o país está em período de surto e aguardando as conseqüências deste.

É importante ainda destacar a importância de serem realizados mais estudos nesse sentido, que possam aprofundar a análise dos motivos que, de fato, levaram essas mulheres a contraírem rubéola durante a gestação, mesmo após a realização de campanhas de vacinação contra a rubéola em todo o país e após a disponibilização da vacina nos postos de saúde.

## Referências Bibliográficas

BARBOSA, Bia. A comunicação como um direito humano. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01\\_miolo.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01_miolo.pdf) Acesso em: 15 ago. 2007

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232002000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000300002&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 04 set. 2007.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC DO SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde: 1990. Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/geosc/babcsus.pdf> Acesso em: 04 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de set. 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. In: CRESS 7ª R – RJ. **Assistente Social: Ética e Direitos**. 4. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª R – RJ, 2004. (Coletânea de Leis e Resoluções)

\_\_\_\_\_. Lei 8142, de 28 de dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: CRESS 7ª R – RJ. **Assistente Social: Ética e Direitos**. 4. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª R – RJ, 2004. (Coletânea de Leis e Resoluções)

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, 1995. Disponível em: <http://www.prodepa.psi.br/sqp/pdf/pdrae.pdf> Acesso em: 15 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília: MARE, 1998. (Cadernos MARE da reforma do estado; c.13). Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf> Acesso em 07 out. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001. Disponível em: <http://www.vacinaonline.fmb.unesp.br/docs/norma%20de%20vac.ms.pdf> Acesso em: 12 de set. 2007.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: FUNASA, v.2, 5. ed., 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia\\_vig\\_epi\\_vol\\_II.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_II.pdf) Acesso em: 17 ago. 2007

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações - 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/livro_30_anos_pni.pdf) Acessado em: 01 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 5. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia\\_bolso\\_5ed2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_bolso_5ed2.pdf) Acesso em 25 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Relatório de Situação: Rio de Janeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rj1.pdf> Acesso em: 17 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Relatório de Situação: Rio de Janeiro**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_snvs\\_rj\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_snvs_rj_2ed.pdf) Acesso em: 17 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fev. 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria399\\_22\\_02\\_06.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf) Acesso em: 20 de ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 687, de 30 de mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica\\_nacional\\_%20saude\\_nv.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf) Acesso em: 20 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 648, de 28 de mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/webpacto/text\\_atencao.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf) Acesso em: 20 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1696, de 17 de jul. 2007. Atualiza os valores do Piso da Atenção Básica - (PAB) para Municípios e o Distrito Federal para o ano de 2006, constante da Resolução nº 2, de 28 de agosto de 2006, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acrescida do quantitativo de população assentada entre os anos 2000 e 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1696.htm> Acesso em: 14 de out. 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores, livro 8). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf) Acesso em: 25 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores, livro 1). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf) Acesso em: 02 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007c. (Coleção Progestores, livro 6). Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/colecao\\_progestores/livro6\\_tomo2.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/colecao_progestores/livro6_tomo2.pdf) Acesso em: 25 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01\\_miolo.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01_miolo.pdf) Acesso em: 15 ago. 2007

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez, 2001. Cap. 4, p. 197-214.

\_\_\_\_\_. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o

debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de (orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2004a, p. 25-47.

\_\_\_\_\_. Desafios para o Serviço Social na Saúde – Implementação da Reforma Sanitária e do Projeto Ético- Político da Profissão. In: CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 11, 2004b, Fortaleza. O Serviço Social e a Esfera Pública no Brasil: o desafio de construir, afirmar e consolidar direitos. CD-ROM.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. A Saúde na década de 1990. In: BRAVO, Maria Inês Souza; CASTRO, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, v. 1, 2001, p. 29-32.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta. Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez Ed., 2006a.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 88, p.75-100, nov. 2006b.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Seminário Estadual do Rio de Janeiro, 1, 2006c. Serviço Social – Interfaces com a Saúde. CD-ROM.

CAVALCANTI, Ludmila; ZUCCO, Luciana. Política de Saúde e Serviço Social. In: CAVALCANTI, Ludmila. Serviço Social e Políticas Sociais. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006, p. 67-82.

COHN, Amélia; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 11 ago. 2007.

COSTA, Orozimbo. Aspectos Preventivos na Audição. In: Encontro Nacional

Interdisciplinar na Área da Deficiência Auditiva - Política de Prevenção da Surdez, 1, 1989, Rio de Janeiro, **Anais...**Brasília: MEC, 1990, p. 19-24.

COTILLO Z. Luís G.; SANTOS, José Antonio Alves dos. Algumas considerações sobre o problema da rubéola no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.1, n.2, 1967. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101967000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101967000200008&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 12 fev. 2007.

DEL NERO, Carlos. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANA, S.M.. **Economia da saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. Cap.1, p.5-21. Disponível em: <http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/2/nero-2002.pdf> Acesso em: 24 set. 2007.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações dos serviços. São Paulo: Cortez, 1999, p. 60-119.

FRANÇA, Susete Barboza. A presença do Estado no setor de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília, ano 49, n.3, p.83-98, jul.-set. 1998. Disponível em: [http://bvssp.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/3/0/003-07revista\\_3\\_98.pdf](http://bvssp.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/3/0/003-07revista_3_98.pdf) Acesso em: 27 jul. 2007.

GOODE; William J; HATT, Paul K. Como construir um questionário. In: GOODE; William J; HATT, Paul K. Métodos em Pesquisa Social. 3. ed. São Paulo: Nacional, 1969. Cap. 11, p.171-218.

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS. **Série Audiologia**. Edição revisada. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Educação de Surdos, 2005.

MARCOLINO, Heloisa. **Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS**: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06\\_0132\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0132_M.pdf) Acesso em 30 jul. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de. **Pesquisa Social** – Teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAES, Nilson Alves de. Comunicação, Sentidos e Saúde. . In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01\\_miolo.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01_miolo.pdf) Acesso em: 15

ago. 2007

NETO, Eleutério Rodriguez. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens suas propostas e sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: **Incentivo a participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

NOGUEIRA, Vera M.; Mito, Regina. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta. **Serviço Social e Saúde** – Formação e Trabalho Profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez Ed., 2006.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 11 ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Conferência Sanitária Pan-Americana, 26, 2002, Washington. Tema 4.3 da agenda provisória. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp26-8-p.pdf> Acesso em 14 mar. 2007.

PEREIRA, Potyara A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Ser Social**, Brasília, n. 10, p. 33-55, jan.-jun. 2002.

PITTA, Áurea Maria da Rocha; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, jul.-dez. 2006, p.395-410. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/09.pdf> Acesso em: 25 ago. 2007.

RAMOS, N.R. Saúde como qualidade de vida. In: **Medicina Social 1** – Aspectos Conceituais Básicos. Vila Velha: [s.n], 1996, p. 1-8.

SILVA, Eduardo; PINTO, Rita; LIMA, Roberta; MAIA, Rosária; SILVA, Vera; LIMA, Hilda; FULCO, Cláudia; GOMES, Márcia; OLIVEIRA, Joana; LIMA, Edna; GRINER, Ana; PIMENTA, Ednéa. Características de uma população com múltiplas deficiências associadas à surdez: um estudo piloto. **Espaço: informativo técnico-científico do INES**, n.23, p. 3-7, jan.-jun. 2005.

SOUZA, Rodriane de Oliveira; ARAÚJO, Patrícia. Questões sobre o financiamento e o orçamento da saúde no Brasil – anos 80 e 90. In: BRAVO, Maria Inês Souza; CASTRO, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, v. 1, 2001,

p.45-56.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Modelo assistencial no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; CASTRO, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, v. 1, 2001, p. 57-62.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

TEMPORAO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 fev 2007.

TRALDI, Maria Cristina; DIAS, Reinaldo. **Monografia passo a passo**. 5.ed. Campinas: Alínea, 2006.

ZAMBONATO, Ticiania Cristina De Freitas; BEVILACQUA, Maria Cecília; AMANTINI, Célia Bortoleto. Síndrome da rubéola congênita relacionada ao período gestacional de aquisição da doença: características audiológicas. **Revista Acta ORL**, v.24, 4. ed., out.-nov.-dez. 2006. Disponível em: [http://www.actaorl.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=148](http://www.actaorl.com.br/detalhe_artigo.asp?id=148) Acesso em: 27 mar. 2007.

## Hemerografia

RUBÉOLA. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22343](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22343) Acesso em: 13 fev. 2007.

DOENÇAS e tratamentos – Rubéola Congênita. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22939#rubeola](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22939#rubeola) Acesso em: 13 fev. 2007.

VACINE-SE contra a rubéola. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=12630](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=12630) Acesso em: 13 fev. 2007.

VACINAS oferecidas pelo SUS ajudam na prevenção de doenças perigosas. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25550](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25550) Acesso em: 13 fev. 2007.

RUBÉOLA. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?)



idtxt=21905 Acesso em: 10 jul. 2007.

CAMPANHA contra a rubéola 2007. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas\\_publicitarias/campanha\\_detalhes.cfm?co\\_seq\\_campanha=804](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?co_seq_campanha=804) Acesso em: 24 mai. 2007.

CALENDÁRIO de notificação para o ano 2007. Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/calendario2007.pdf> Acesso em 27 mar. 2007.

SURTOS de rubéola no Brasil – Atualização. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rubeola\\_2209.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rubeola_2209.pdf) Acesso em 05 out. 2007.

SURTOS de rubéola no Brasil – Alerta. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_rubeola\\_1708.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_rubeola_1708.pdf) - Acesso em 07 out. 2007.

RISCO de surto de rubéola nos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Nota\\_Rubeola\\_RJ\\_e\\_MG%2028\\_12\\_06.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Nota_Rubeola_RJ_e_MG%2028_12_06.pdf) Acesso em: 13 fev. 2007.

SÍNDROME da Rubéola Congênita - Casos confirmados ou compatíveis notificados no Sinan (ano 2001 - 2006). Disponível em:  
<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinan/src/bases/srubeolacbr.def>  
Acesso em 02 nov. 2007.

GESTÃO estratégica e participativa. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=983](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=983) Acesso em 10 set. 2007.

APRESENTAÇÃO: SI – PNI. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>  
Acesso em: 19 jul. 2007.

GRÁFICOS de evolução das doenças. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25340](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25340) Acesso em: 31 ago. 2007.

SÉRIE histórica de casos e óbitos de Doenças de Notificação Compulsória no Brasil (1980 – 2005). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25340](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25340) Acesso em: 31 ago. 2007.

DESVINCULAÇÃO de Receitas da União (DRU). Disponível em:

<http://www2.camara.gov.br/homeagencia/materias.html?pk=102045> Acesso em: 09 out. 2007.

RUBÉOLA. Disponível em: <http://www.cives.ufrj.br/informacao/rubeola/rubeola-iv.html> Acesso em: 12 fev. 2007.

ESCARLATINA. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Escarlatina> Acesso em: 27 mar. 2007.

COFINS. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/COFINS> Acesso em: 10 ago. 2007.

COORTES. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Coorte\\_%28estat%C3%ADstica%29](http://pt.wikipedia.org/wiki/Coorte_%28estat%C3%ADstica%29) Acesso: em 02 nov. 2007.

CAMPANHA de vacinação contra a rubéola para mulheres de 15 a 29 anos. Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/rub\\_pergunta.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/rub_pergunta.htm) Acesso em: 13 fev. 2007.

PREVENÇÃO da deficiência auditiva causada pela rubéola durante o ciclo gravídico-puerperal. Disponível em: <http://www.entreamigos.com.br/textos/convprev/praurub.htm> Acesso em: 13 fev. 2007.

PALAVRA consultada – “infecto-contagioso”. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx> Acesso em: 15 fev. 2007.

PALAVRA consultada – “rubéola”. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/> Acesso em: 01 jun. 2007.

PALAVRA consultada – “pni”. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/> Acesso em: 01 jun. 2007.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – CALENDÁRIOS DE VACINAÇÃO

## ANEXO 2 – INFORME TÉCNICO – RISCO DE SURTO DE RUBÉOLA

## ANEXO 3 – SURTOS DE RUBÉOLA NO BRASIL – ALERTA

## ANEXO 4 – SURTOS DE RUBÉOLA NO BRASIL – ATUALIZAÇÃO

## ANEXO 5 – SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS E ÓBITOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – BRASIL, 1980 A 2005

## ANEXO 6 – ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA RUBEÓLA

### ANEXO 1

#### Calendário Básico de Vacinação da Criança

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG - ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3)	1ª dose	Diarréia por Rotavírus
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4)	2ª dose	Diarréia por Rotavírus
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Vacina contra febre amarela (5)	dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	dose única	Sarampo, rubéola e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 - 6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SRC (tríplice viral)	reforço	Sarampo, rubéola e caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

(1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose

e 180 dias da primeira para a terceira dose.

**(2)** O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

**(3)** É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

**(4)** É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

**(5)** A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

#### Calendário de Vacinação do Adolescente (1)

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
<b>De 11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde)</b>	Hepatite B	1ª dose	Contra Hepatite B
	dT (Dupla tipo adulto) <b>(2)</b>	1ª dose	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela <b>(3)</b>	Reforço	Contra Febre Amarela
	SCR (Tríplice viral) <b>(4)</b>	dose única	Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
<b>1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B</b>	Hepatite B	2ª dose	contra Hepatite B
<b>6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B</b>	Hepatite B	3ª dose	contra Hepatite B
<b>2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano</b>	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
<b>4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano</b>	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
<b>a cada 10 anos, por toda a vida</b>	dT (Dupla tipo adulto) <b>(5)</b>	reforço	Contra Difteria e Tétano
	Febre amarela	reforço	Contra Febre Amarela

**(1)** Adolescente que não tiver comprovação de vacina anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.

**(2)** Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 5 anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

**(3)** Adolescente que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

**(4)** Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.

**(5)** Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

**Calendário de Vacinação do Adulto e do Idoso**

IDADE  
VACINAS  
DOSES  
DOENÇAS EVITADAS

**A partir de 20 anos**

dT (Dupla tipo adulto) **(1)**

1ª dose

Contra Difteria e Tétano

Febre amarela **(2)**

dose inicial

Contra Febre Amarela

SCR (Tríplice viral) **(3)**

dose única

Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola

**2 meses após a 1ª dose contra**

**Difteria e Tétano**

dT (Dupla tipo adulto)

2ª dose

Contra Difteria e Tétano

**4 meses após a 1ª dose contra**

**Difteria e Tétano**

dT (Dupla tipo adulto)

3ª dose

Contra Difteria e Tétano

**a cada 10 anos, por toda a vida**

dT (Dupla tipo adulto) **(4)**

reforço

Contra Difteria e Tétano

Febre amarela

reforço

Contra Febre Amarela

**60 anos ou mais**

Influenza **(5)**

dose anual

Contra Influenza ou Gripe

Pneumococo **(6)**

dose única

Contra Pneumonia causada pelo pneumococo

**(1)** A partir dos 20 (vinte) anos, gestante, não gestante, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

**(2)** Adulto/idoso que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial

(alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

**(3)** A vacina tríplice viral - SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 (trinta e nove) anos.

**(4)** Mulher grávida que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 05 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deverá ser antecipada para cinco anos após a última dose.

**(5)** A vacina contra Influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

**(6)** A vacina contra pneumococo é aplicada durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como casas geriátricas, hospitais, asilos e casas de

repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial.

## **ANEXO 2**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, Ala Sul sala 141  
70.058-900 Brasília-DF - Tel. 3315.2750/3315.3461

## INFORME TÉCNICO

Assunto: Risco de Surto de Rubéola.

1. Considerando a situação de surto epidêmico de Rubéola nos Estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais;
2. Que a Rubéola é uma doença de alto risco para gestante, pois causa em 10 a 60% das gestantes acometidas, a infecção congênita dos fetos, determinando a síndrome da Rubéola Congênita, na qual pode-se observar desde o aborto fetal, até seqüelas extremamente graves como surdez, amaurose, retardo mental severo, malformações cardíacas, dentre outras;
3. Que cerca de 25% dos casos de Rubéola são assintomáticos, fato que dificulta a identificação de casos índices e facilita a disseminação do vírus;
4. Que teve início, na cidade do Rio de Janeiro, no final de julho do corrente ano, um surto de Rubéola, na semana epidemiológica (nº 30) e que o número de casos vem crescendo semanalmente;
5. Que atualmente, além da cidade do Rio de Janeiro, que já conta com 247 casos confirmados, existem casos também confirmados nos municípios de Angra dos Reis, Mesquita, Petrópolis, São Gonçalo, Belford Roxo, São João do Meriti, Niterói, Nova Friburgo, Maricá, Nilópolis, Nova Iguaçu, Itaguaí, Teresópolis, São João do Vale do Rio Preto, Itaboraí e Duque de Caxias, fato que revela estar o surto ampliando-se em todo o estado;
6. Que em Belo Horizonte – MG, praticamente no mesmo período, iniciou-se outro surto, já tendo sido confirmados mais de 239 casos. Apesar do número de casos estar em franca regressão na capital mineira, vem-se observando a ocorrência de casos recentes em outros municípios da Região Metropolitana, o que indica alto risco de disseminação da doença;
7. Que durante estes períodos de festividades de final de ano, o número de pessoas que pode se deslocar de outros municípios e estados para as regiões em situação epidêmica é muito elevada, o que determinando alto risco de disseminação desta doença para outros estados da união e outros países não afetados;
8. Que a disseminação deste vírus para outras regiões do país é um risco eminente neste momento, em função do grande número de pessoas susceptíveis e da possibilidade da

GAB/CGDT



(Fls 2 Nota Técnica nº CGDT/DEVEP/SVS/MS de de dezembro de 2006.

existência de grande número de portadores assintomáticos, pelo longo período de incubação da doença;

9. Que tal situação além dos inestimáveis danos que causa para as pessoas, pode determinar elevados gastos em função do altos custos necessários à execução das ações de controle

10. Que o Brasil é signatário junto aos demais países membros da Organização Panamericana de Saúde do pacto para a Eliminação da Rubéola Congênita nas Américas;

11. Faz-se necessário que neste momento, todos estados e municípios do país, fiquem alerta às suspeitas de casos de Rubéola após o período das festas, definindo mecanismos locais para o aumento da sensibilidade para a detecção de casos suspeitos e para a realização do diagnóstico precoce de possíveis casos que possam surgir em regiões ainda indenes.

12. Somente com a identificação precoce dos casos, com o bloqueio vacinal eficiente dos comunicantes relacionados e uma rápida e eficiente resposta das equipes de vigilância em saúde Estaduais e Municipais, é que se poderá manter o surto restrito às áreas já acometidas e em breve contê-lo.

Brasília, 28 de dezembro de 2006.

### **ANEXO 3**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

## **SURTOS DE RUBÉOLA NO BRASIL ALERTA**

Mesmo com a importante redução na incidência de casos de rubéola, fruto das ações de vigilância e imunização, particularmente os esforços de vacinação contra rubéola dirigidos às mulheres em idade fértil, o Brasil ainda apresenta a transmissão do vírus e surtos de grande importância em diversas unidades federadas. A partir de 2006 e até o momento os seguintes estados já notificaram a ocorrência de surtos: Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Ceará, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Paraíba, Goiás, Santa Catarina e Paraná.

Até a semana epidemiológica 31 de 2007, foram confirmados os seguintes números de casos de rubéola por unidade federada: 918 no Rio de Janeiro, 91 em Minas Gerais, 48 no Distrito Federal, 167 no Ceará, 29 no Espírito Santo, 236 no Rio Grande do Sul, 28 na Paraíba, 17 em Goiás, 117 em São Paulo, 6 em Santa Catarina e 8 no Paraná (Tabela 1).

Em todos os estados os casos ocorreram com maior frequência no sexo masculino, na faixa etária de 20 a 29 anos e em indivíduos não vacinados. O genótipo viral 2B foi identificado nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Ceará e Rio Grande do Sul.

A meta da eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita até 2010 é um compromisso do Brasil e demais países da região das Américas, assumido em 2003. Para tanto, devem ser implementadas estratégias de vigilância de rubéola e síndrome da rubéola congênita e vacinação. As ações de vacinação incluem administração da vacina tríplice viral na rotina aos 12 meses de idade com uma segunda dose entre 4 e 6 anos de idade, além de campanhas de vacinação de seguimento a cada 4 anos dirigidas a crianças de 1 a 4 anos e campanhas de vacinação de adolescentes e adultos.

No Brasil, a implantação da vacina contra rubéola na rotina foi realizada de maneira gradativa entre 1992 e 2000. Campanhas de vacinação de seguimento foram realizadas em 2000 e 2004 e a vacinação de mulheres em idade fértil foi concluída em todas as unidades federadas em 2002. Estas estratégias contribuíram para a redução do número de casos nos últimos anos. No entanto, em função do acúmulo de coortes de indivíduos não vacinados ao longo do tempo, ainda há condições que permitem a circulação do vírus da rubéola no país, o que vem contribuindo para a ocorrência de surtos de rubéola, sobretudo a partir de 2006.

A vacina contra a rubéola utilizada no país apresenta-se na forma combinada com a vacina contra o sarampo (dupla viral), ou com as vacinas contra o sarampo e a caxumba (tríplice viral). É uma vacina de vírus vivos atenuados, cultivada em células diplóides humanas, sendo utilizada atualmente a cepa RA 27/3. A vacina é altamente segura e eficaz.

Em situações de surto de rubéola, existe um risco aumentado de ocorrência da síndrome da rubéola congênita (SRC) em recém-nascidos de mulheres expostas ao vírus durante o período gestacional. Evidências recentes de surtos ocorridos no país demonstram um risco de até 4,3 casos de SRC por 1.000 nascidos vivos.

Considerando a ocorrência destes surtos de rubéola de importante magnitude nos estados acima citados, a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS orienta que todas as Secretarias da Saúde permaneçam em estado de **ALERTA**, visando a detecção precoce de novos surtos, para a adoção **IMEDIATA** das medidas de controle cabíveis.

Para a intensificação das ações de vigilância e controle da rubéola no momento atual orienta-se:

1. Além do risco de transmissão de rubéola por meio de viajantes que utilizam transporte aéreo, a propagação da doença pode ocorrer de forma importante via terrestre, por isso devem ser consideradas como áreas de maior risco para a disseminação desta doença as regiões metropolitanas dos estados e os municípios fronteiriços com os estados onde estão ocorrendo os surtos, principalmente os que compartilham rodovias com grande fluxo de caminhões e ônibus de transporte de cargas e passageiros intermunicipais e interestaduais.
2. Cada unidade federada deverá priorizar as regionais e ou municípios para intensificar a vigilância, levando em consideração, particularmente aqueles que

recebem imigrantes com maior frequência e quantidade como turistas, trabalhadores, romeiros, etc. de outras regiões do país.

3. Um caso suspeito de rubéola é definido como “todo indivíduo que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular e ou occipital e ou cervical independente da idade e situação vacinal”.
4. A notificação dos casos que se enquadrem na situação referida no item 3 deve ser feita de forma IMEDIATA para as autoridades de saúde locais e estaduais e destas para o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS), por meio do telefone 0800 644 6645 ou do e-mail [notifica@saude.gov.br](mailto:notifica@saude.gov.br).
5. Recomendar aos casos suspeitos ou confirmados que evitem o contato com indivíduos sem a doença durante o período do início do exantema até 7 dias após, para reduzir o risco de transmissão viral.
6. Identificar os contatos de casos suspeitos ou confirmados (pessoas que estiveram em contato com um caso suspeito ou confirmado de rubéola, no período compreendido entre 10 dias antes e 10 dias após o início do exantema ou sintomas) e fazer o seguimento até 30 dias a partir da data de exantema ou início dos sintomas do caso ao qual foram expostos, para verificar se não desenvolvem a doença; e vaciná-los conforme orientações abaixo.
7. Realizar busca ativa IMEDIATA de outros casos suspeitos de rubéola em todas as unidades de saúde na região de ocorrência de um caso e na vizinhança destes, coletando sangue para diagnóstico laboratorial e espécimes clínicos (*swab* da nasofaringe) para identificação viral.
8. Realizar bloqueio vacinal oportuno (em até 72 horas), administrando uma dose para todos os indivíduos não vacinados (sem registro de vacinação) e sem evidência de rubéola anteriormente (exame laboratorial que confirme) na faixa etária de **6 meses até 39 anos de idade para homens e até 49 anos de idade para mulheres** que tiveram algum contato com um caso suspeito ou confirmado de rubéola (intradomiciliar, creches, locais de trabalho, estudo, lazer, ou em outros ambientes fechados) no período compreendido entre 10 dias antes e 10 dias após o início do exantema. Utilizar para o grupo de idade de 6 meses a 12 anos, a vacina tríplice viral, e para as demais faixas etárias a vacina dupla viral.

9. Com vistas à consolidação da eliminação do sarampo, todo indivíduo com até 19 anos de idade que só tiver uma dose da vacina comprovada deve receber uma segunda dose, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Se o indivíduo já possui comprovação de 2 doses, não precisa da administração de outra dose.
10. Doses de vacinas administradas às crianças de 6 meses até menores de 1 ano de idade devem ser registradas como doses de bloqueio e portanto não consideradas como parte do esquema vacinal. Estas crianças devem iniciar o esquema preconizado no Calendário de Vacinação da Criança aos 12 meses de idade, recebendo mais 2 (duas) doses da vacina tríplice viral, aos 12 meses de idade e a segunda dose entre 4 e 6 anos de idade.
11. As doses aplicadas durante o bloqueio devem ser registradas no cartão de vacinação, no SI-API por faixa etária e sexo, considerando a nova versão 9.7 do SI-API que contempla registro de doses específico para situação de surto.
12. Apesar da existência de evidências acerca da segurança da vacina contra rubéola aplicada inadvertidamente às mulheres gestantes, o PNI não recomenda a administração das vacinas tríplice e dupla viral a gestante em rotina. Esta recomendação é para evitar que se atribua à vacina a ocorrência de eventuais malformações congênitas que ocorrem normalmente na população.
13. Considerando que em situação de surto de rubéola o risco de ocorrência de síndrome da rubéola congênita é aumentado e que mulheres gestantes, que têm contato com casos confirmados, estão expostas ao vírus selvagem da rubéola, se recomenda a avaliação epidemiológica e de risco caso a caso.
14. As gestantes com suspeita de infecção por rubéola ou que tiveram contato com um caso confirmado de rubéola devem ser investigadas e acompanhadas pela equipe de vigilância municipal e estadual até o encerramento adequado do caso. Toda gestante com confirmação de diagnóstico de rubéola deve ser investigada e acompanhada pela equipe de vigilância municipal e estadual até o término da gestação, assim como seu recém-nascido, uma vez que nestes casos, há risco real de ocorrência da síndrome da rubéola congênita.
15. Para se atingir a meta de eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita no Brasil, além de se fortalecer a vacinação de rotina com coberturas vacinais de

95% em crianças de 1 ano de idade nos 5.564 municípios; campanhas de vacinação contra rubéola dirigidas prioritariamente a adultos jovens de ambos os sexos deverão ser realizadas. Estas campanhas de eliminação da rubéola estão sendo planejadas para 2008.

O Ministério da Saúde conta com o empenho das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde na adoção das medidas necessárias para o controle de surtos de rubéola e atividades com vistas à sua eliminação.

**Tabela 1: CASOS CONFIRMADOS DE RUBÉOLA POR MUNICÍPIO  
DE RESIDÊNCIA, BRASIL, 2007\***

UNIDADE FEDERADA	MUNICÍPIO	Nº DE CASOS
<b>Ceará</b>	Fortaleza	27
	Horizonte	107
	Pacajus	24
	Chorozinho	2
	Pacatuba	1
	Maracanau	4
	Cascavel	1
	Caucaia	1
<b>Paraíba</b>	Campina Grande	48
	Patos	1
	Santo André	1
<b>Minas Gerais</b>	Belo Horizonte	11
	Bom Jardim de Minas	13
	Guarani	2
	Juiz de Fora	31
	Mercês	1
	Morada Nova de Minas	1
	Nazareno	1
	Paracatu	2
	Paula Cândido	1
	Ponte Nova	1
	Pouso Alegre	6
	Rio Pomba	2
	Santa Bárbara	1
	Santa Cruz de Minas	1
	Santa Rita Jacutinga	1
	Santana do Garambéu	6
	Santos Dumont	1
	São Lourenço	4
	Viçosa	5
<b>Espírito Santo</b>	Apiacá	1
	Cariacica	2
	Conceição da Barra	1
	Guarapari	2
	Iconha	1
	Muqui	1
	Piúma	1
	Santa Tereza	1
	Serra	6
	Vargem Alta	1
	Vila Velha	3
	Vitória	9
<b>Rio de Janeiro**</b>	Angra dos Reis	35
	Armação de Búzios	1
	Arraial do Cabo	1
	Barra Mansa	1
	Belford Roxo	28

UNIDADE FEDERADA	MUNICÍPIO	Nº DE CASOS
	Cabo Frio	4
	Carmo	1
	Casemiro de Abreu	1
	Cordeiro	4
	Duque de Caxias	22
	Iguaba Grande	6
	Itaboraí	4
	Itaguaí	13
	Macaé	4
	Magé	2
	Mangaratiba	2
	Maricá	2
	Mesquita	6
	Miguel Pereira	2
	Nilópolis	3
	Niteroi	82
	Nova Iguaçu	12
	Nova Friburgo	2
	Paraty	1
	Paty de Alferes	1
	Petropolis	17
	Quatis	1
	Resende	4
	Rio Bonito	2
	Rio Claro	2
	Rio das Flores	1
	Rio das Ostras	2
	Rio de Janeiro	583
	São Gonçalo	7
	São João do Meriti	20
	São Pedro da Aldeia	2
	Saquarema	1
	São Francisco do Itabapoana	1
	Seropédica	4
	Silva Jardim	1
	Tanguá	1
	Teresópolis	6
	Valença	1
	Volta Redonda	2
	em investigação	20
São Paulo	Aruja	2
	Barueri	2
	Caçapava	1
	Campinas	1
	Carapicuíba	1
	Diadema	2
	Francisco Morato	2
	Guarulhos	1
	Itapeçerica Da Serra	1
	Itu	1
	Jundiaí	1
	Lorena	2
	Mairiporã	1



UNIDADE FEDERADA	MUNICÍPIO	Nº DE CASOS
	Maua	1
	Mogi Das Cruzes	1
	Osasco	5
	Pirajui	1
	Poa	1
	Ribeirão Preto	1
	Santo Andre	1
	São Bernardo Do Campo	1
	São Caetano Do Sul	4
	São José Do Rio Preto	1
	São José Dos Campos	10
	São Paulo	70
<b>Paraná</b>	Curitiba	4
	Cascavel	4
<b>Santa Catarina</b>	Itajaí	3
	Joinville	3
<b>Rio Grande do Sul</b>	Arroio Grande	1
	Candiota	1
	Capão do Leão	8
	Gravataí	2
	Jaguarão	6
	Pedro Osório	1
	Pelotas	181
	Porto Alegre	2
	Rio Grande	29
	Santa Maria	1
	São Leopoldo	1
	São Lourenço do Sul	1
	Turuçu	1
	Viamão	1
<b>Goiás</b>	Luziania	14
	Aparecida de Goiania	2
	Orizona	1
<b>Distrito Federal</b>	Brasília	48

**FONTE: SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE**

\* Dados sujeitos à revisão

\*\* Dados atualizados pela Secretaria Estadual do Rio de Janeiro



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

## **SURTOS DE RUBÉOLA NO BRASIL ATUALIZAÇÃO**

Até a semana epidemiológica 38 de 2007, foram confirmados os seguintes números de casos de rubéola por unidade federada: 1468 no Rio de Janeiro, 143 em Minas Gerais, 123 no Distrito Federal; 258 no Ceará, 42 no Espírito Santo, 718 no Rio Grande do Sul, 206 na Paraíba, 59 em Goiás, 313 em São Paulo, 28 em Santa Catarina, 19 no Paraná, 3 no Rio Grande do Norte, 31 em Pernambuco, 2 no Maranhão e 4 em Alagoas, totalizando 3.417 casos (tabela 1). O estado do Maranhão não apresentou casos novos na última semana.

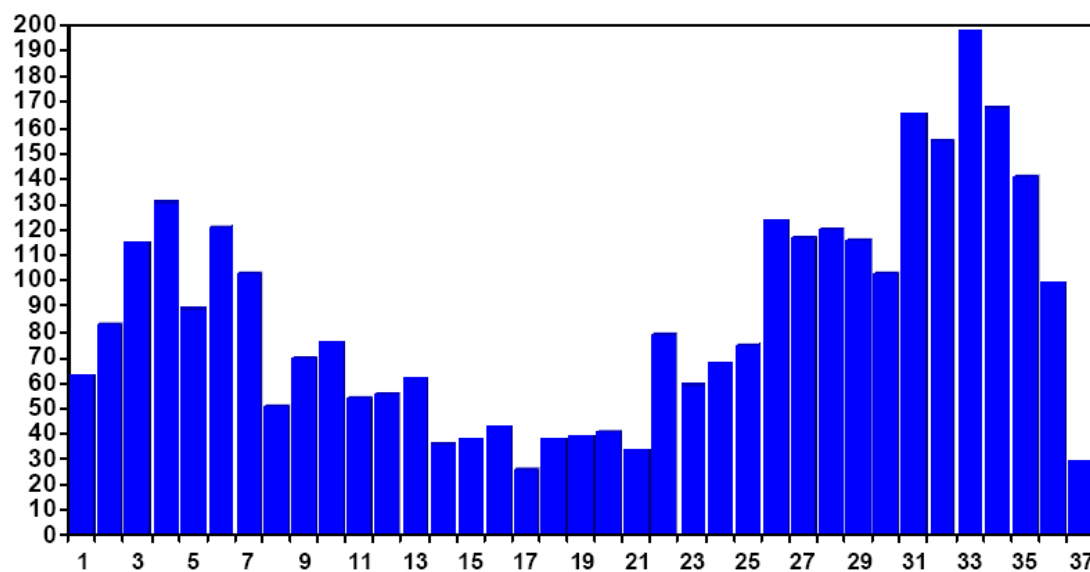
Em todos os estados os casos ocorrerem com maior frequência no sexo masculino, na faixa etária de 20 a 29 anos e em indivíduos não vacinados. O genótipo viral 2B foi identificado nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Ceará e Rio Grande do Sul. Mesmo sem a ocorrência de surtos de rubéola nos estados do Mato Grosso do Sul e Bahia, foi identificado o vírus 2B, o mesmo identificado nos outros estados.

1. Para a intensificação das ações de vigilância e controle da rubéola no momento atual, todas as estratégias estão disponíveis no ALERTA 1 do site [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs).

O Ministério da Saúde conta com o empenho das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde na adoção das medidas necessárias para o controle de surtos de rubéola e atividades com vistas à sua eliminação.

Brasília, 28 de setembro de 2007.

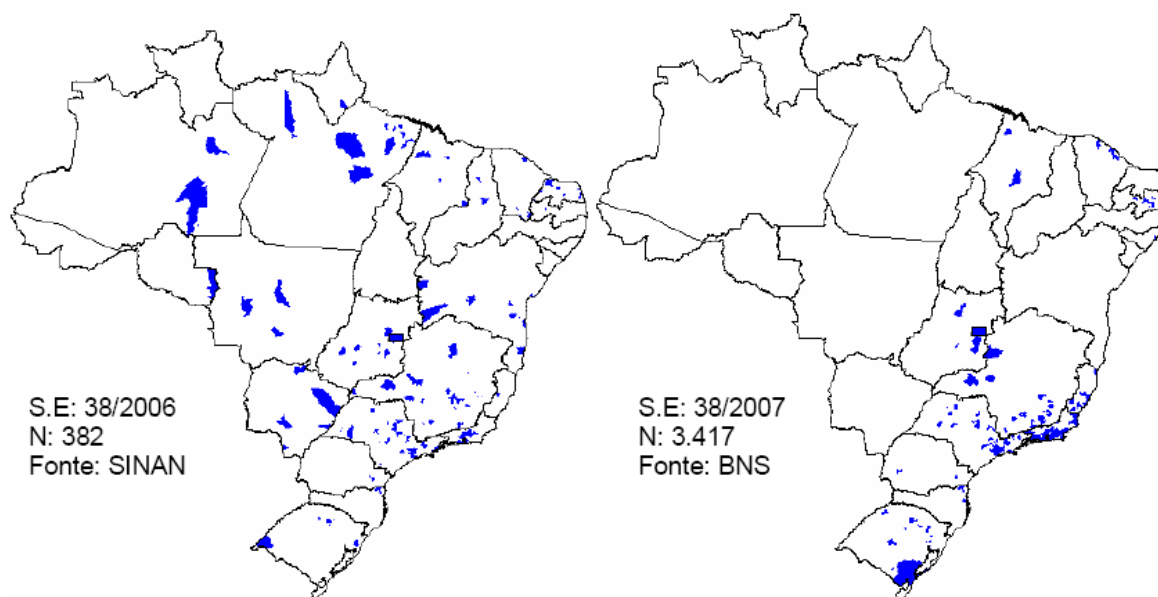
## Distribuição dos casos confirmados de rubéola por semana epidemiológica, Brasil, 2007



Fonte: COVERCGDT/DEVEP/SVS/MS

\*Dados preliminares

## Casos Confirmados de Rubéola por Município, Brasil, 2006 e 2007\*



**Tabela 1: CASOS CONFIRMADOS DE RUBÉOLA POR MUNICÍPIO  
DE RESIDÊNCIA, BRASIL, 2007\***

<b>Unidade Federada</b>	<b>Município</b>	<b>Nº de Casos</b>
Maranhão	Barra do Corda	1
	Santa Luzia do Paruá	1
Ceará	Caucaia	2
	Itapipoca	2
	Pacatuba	3
	Horizonte	30
	Pacajus	163
	Cascavel	4
	Fortaleza	53
	Maracanau	1
Rio Grande do Norte	Parnamirim	1
	Natal	2
Paraíba	Alagoa Grande	2
	Areia	2
	Boa Vista	5
	Boqueirão	1
	Cabedelo	1
	Campina Grande	129
	Cuité	1
	Guarabira	1
	João Pessoa	13
	Juarez Távora	1
	Juazeirinho	5
	Lagoa Seca	4
	Patos	4
	Pedras de Fogo	9
	Pilar	1
	Queimadas	10
	Remígio	3
	Santa Rita	5
	Santo André	1
	São Mamede	1
	Soledade	5
	Triunfo	2
Pernambuco	Jaboatão	1
	Olinda	1
	Recife	29
Alagoas	Maceió	4

<b>Unidade Federada</b>	<b>Município</b>	<b>Nº de Casos</b>
Minas Gerais	Belo Horizonte	9
	Bom Jardim de Minas	11
	Coronel Pacheco	1
	Guarani	2
	Itutinga	1
	Juiz de Fora	46
	Lavras	1
	Matias Barbosa	1
	Mercês	1
	Nazareno	1
	Paracatu	23
	Passa Quatro	1
	Patrocínio	1
	Paula Cândido	1
	Poços de Caldas	1
	Ponte Nova	1
	Pouso Alegre	6
	Rio Pomba	2
	Santa Bárbara	1
	Santa Cruz de Minas	1
	Santana do Garambéu	6
	Santa Rita de Jacutinga	1
	Santos Dumont	1
	São Lourenço	4
	Ubá	2
	Uberlândia	4
	Varginha	1
	Viçosa	12
Espírito Santo	Muniz Freire	1
	Apiacá	1
	Cariacica	2
	Conceição da Barra	1
	Guarapari	2
	Iconha	1
	Muqui	1
	Piúma	1
	Santa Tereza	1
	Serra	6
	Vargem Alta	1
	Vila Velha	9
	Vitória	15

Unidade Federada	Município	Nº de Casos
Rio de Janeiro	Angra dos Reis	40
	Armação de Búzios	1
	Arraial do Cabo	1
	Barra Mansa	2
	Belford Roxo	43
	Cabo Frio	4
	Cachoeiras de Macacu	2
	Campos dos Goytacazes	2
	Carmo	1
	Casimiro de Abreu	2
	Cordeiro	3
	Duque de Caxias	33
	Iguaba Grande	5
	Itaboraí	5
	Itaguaí	13
	Macaé	5
	Magé	1
	Mangaratiba	2
	Maricá	2
	Mesquita	7
	Miguel Pereira	2
	Nilópolis	3
	Niterói	90
	Nova Friburgo	2
	Nova Iguaçu	22
	Parati	2
	Petrópolis	16
	Quatis	1
	Resende	5
	Rio Bonito	4
	Rio Claro	2
	Rio das Flores	1
	Rio das Ostras	3
	Rio de Janeiro	1082
	São Francisco de Itabapoana	1
	São Gonçalo	12
	São João da Barra	1
	São João de Meriti	24
	São Pedro da Aldeia	2
	Seropédica	4
	Silva Jardim	1
	Tanguá	4
	Teresópolis	8
	Volta Redonda	2

Unidade Federada	Município	Nº de Casos
São Paulo	Araraquara	1
	Aruja	4
	Barueri	2
	Bragança Paulista	2
	Brodosqui	1
	Cacapava	1
	Cajamar	1
	Campinas	2
	Carapicuíba	1
	Diadema	3
	Ferraz De Vasconcelos	1
	Francisco Morato	3
	Guarulhos	1
	Indaiatuba	1
	Itapeçerica Da Serra	1
	Itu	2
	Jacareí	3
	Jundiaí	1
	Lorena	2
	Mairipora	1
	Mauá	3
	Mirandópolis	1
	Moji Das Cruzes	2
	Moji-Guaçu	1
	Monte Aprazível	2
	Osasco	6
	Pindamonhangaba	1
	Pirajui	1
	Poa	1
	Ribeirão Preto	2
	Santo André	3
	São Bernardo Do Campo	4
	São Caetano Do Sul	10
	São Carlos	1
	São José Do Rio Preto	1
	São José Dos Campos	40
	São Paulo	187
	São Sebastião	1
	São Vicente	1
	Sorocaba	3
	Suzano	2
	Taboão Da Serra	1
	Tupã	1
	Ubatuba	1
	Valinhos	1
	Vargem Grande Paulista	2
Paraná	Curitiba	5
	Cascavel	6
	Céu Azul	2
	Quedas Do Iguaçu	1
	Medianeira	2
	Foz Do Iguaçu	2
	Douradina	1

Unidade Federada	Município	Nº de Casos
Santa Catarina	Balneário Camboriú	1
	Marema	1
	Itajaí	4
	Joinville	5
	Florianópolis	9
	São José	2
	Campo Erê	1
	Palhoça	1
	Blumenau	1
	Criciúma	1
	Governador Celso Ramos	2
Rio Grande do Sul	Antônio Prado	5
	Arroio do Padre	4
	Arroio Grande	2
	Bagé	3
	Cachoeirinha	5
	Candiota	1
	Canguçu	4
	Canoas	2
	Capão da Canoa	2
	Capão do Leão	19
	Carazinho	1
	Cerrito	3
	Chuí	4
	Dois Irmãos	2
	Dom Pedrito	2
	Herval	4
	Espumoso	1
	Gravataí	3
	Imbé	3
	Ipê	2
	Itaara	1
	Jaguarão	14
	Jaguari	1
	Mato Castelhano	1
	Morro Redondo	7
	Nova Araçá	1
	Nova Bassano	1
	Nova Petrópolis	1
	Nova Roma do Sul	28
	Nova Santa Rita	3
	Novo Hamburgo	1
	Passo Fundo	29
	Pedro Osório	1
	Pelotas	299
	Piratini	5
	Porto Alegre	98
	Rio Grande	128
	Santa Maria	1
	Santana do Livramento	1
	Santa Rosa	1
	Santa Vitória do Palmar	3
	São José do Norte	5



	São Leopoldo	4
	São Lourenço do Sul	3
	Serafina Corrêa	1
	Tapejara	1
	Terra de Areia	3
	Três de Maio	2
	Triunfo	1
	Turuçu	1
Goiânia	Luziania	41
	Aparecida de Goiânia	2
	Orizona	1
	Goiânia	3
	Uruaçu	4
	Valparaíso	4
	Novo Gama	2
	Anápolis	2
Distrito Federal	Brasília	123

**FONTE: SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE**

**\* Dados sujeitos à revisão**

## ANEXO 5

Doença/Ano	1980		1981		1982		1983	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Aids**	1	1	0	1	10	1	39	1
Botulismo	...	...	...	...	...	...	...	...
Cólera	...	...	...	...	...	...	...	...
Coqueluche	45.749	394	42.247	339	54.766	391	26.298	166
Dengue	0	...	0	...	11.000	...	0	...
Difteria	4.646	518	3.848	476	3.297	448	3.345	413
Doença Meningocócica	1.575	...	1.229	...	1.226	...	1.388	297
Febre Amarela	25	22	22	21	24	21	6	6
Febre Tifóide	4.696	91	3.967	100	3.825	111	3.886	75

[illegible]

18.854	...	19.265	...	18.476	...	19.685	...	26.578	...	27.837	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	1.852	265	1.924	235	1.594	330	3.077	404	2.508	278
6.161	...	13.654	...	15.545	...	26.253	...	25.153	...	21.129	...
2.224	124	2.489	78	1.794	90	1.035	53	816	53	1.869	88
378.257	897	399.462	943	443.627	1.053	508.864	1.150	559.535	1.168	577.520	1.014
848	180	813	158	742	148	971	167	1.190	212	1.405	262
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
37	0	71	0	76	1	45	0	25	0	26	0
130	15	329	15	612	33	196	23	106	19	35	10
88	88	53	53	39	39	57	57	36	36	58	58
...	...	32.825	3	6.794	3	14.502	2	15.413	0	5.867	1
791	7	53.664	61	2.781	1	908	2	36	0	1	0
...	...	17	...	25	7	38	13	80	15	101	17
2.198	723	2.036	654	2.078	678	1.852	614	1.852	604	1.720	559
621	339	559	323	507	272	413	254	395	219	392	202
88.366	5.589	84.310	5.140	83.731	5.192	81.826	5.124	82.395	5.305	80.375	5.346

1990		1991		1992		1993		1994		1995	
Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
9.052	5.383	12.042	7.367	15.186	9.020	17.014	11.469	18.642	13.391	21.000	15.156
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	2.103	33	37.572	462	60.340	670	51.324	542	4.954	96
15.329	105	7.252	307	5.155	41	5.388	35	4.098	48	3.798	42
39.322	8	104.398	0	1.658	0	7.388	0	56.584	11	137.308	2
640	64	495	18	276	19	252	23	245	20	171	18
4.976	996	4.855	914	4.928	964	5.931	1.248	6.368	1.269	7.195	1.415
2	1	15	8	12	8	83	19	19	6	4	2
1.990	48	2.262	39	1.825	30	2.033	24	2.067	21	2.380	21
...	...	...	...	...	...	3	2	0	0	1	1
28.482	...	30.094	...	33.396	...	34.251	...	33.190	...	36.263	...
...	...	...	...	...	...	...	...	639	...	1.229	...
...	...	...	...	...	...	...	...	1.275	...	1.423	...

...	...	...	...	...	...	...	...	130	...	266	...
2.409	290	3.014	301	2.094	289	1.728	215	2.893	325	4.293	313
24.753	...	28.450	...	24.668	...	27.454	...	35.103	...	35.748	...
1.944	100	1.510	71	1.870	74	2.570	122	3.426	109	3.885	129
560.396	927	541.927	743	572.993	557	483.367	485	555.135	436	564.570	355
1.568	281	1.508	239	1.564	284	1.496	272	1.638	309	2.005	345
...	...	...	...	...	...	517	...	538	...	419	...
18	0	10	0	25	0	14	0	18	0	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	73	70	70	60	60	50	50	22	22	31	31
1.480	0	563	2	...	...	...	...	...	...	...	...
1	0	2	0	7.934	29	2.396	18	1.262	7	972	7
39	8	16	9	...	...	...	...	...	...	...	...
1.517	461	1.460	468	1.312	441	1.282	400	1.043	397	970	369
295	141	272	124	234	123	215	124	171	111	131	93
74.570	5.247	84.990	5.342	85.955	5.379	75.453	5.753	75.759	5.998	91.013	5.977

1996		1997		1998		1999		2000		2001	
Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
23.586	15.017	26.185	12.078	28.318	10.770	25.909	10.521	26.245	10.730	25.611	10.948
...	...	...	...	...	...	1	0	0	0	5	0
1.017	26	3.044	54	2.745	39	4.759	93	733	20	7	0
1.245	18	1.789	18	1.337	23	1.369	24	1.245	27	888	12
183.762	1	249.239	9	528.388	10	209.668	3	239.870	5	428.117	29
181	19	134	13	81	13	56	6	58	5	32	5
7.321	1.387	6.325	1.315	6.061	1.161	5.235	1.008	5.019	941	4.228	850
15	13	3	3	34	15	76	28	85	40	41	22
1.358	24	996	16	523	6	757	14	886	11	705	9
3	3	0	0	11	8	29	15	55	19	79	32
40.505	...	45.125	...	42.444	...	42.389	...	41.305	...	44.609	...
915	...	672	...	1.649	...	8.210	...	16.661	...	20.671	...
1.672	...	2.028	...	1.831	...	4.204	...	7.537	...	7.111	...
1.217	...	3.130	...	3.157	...	4.848	...	6.839	...	5.134	...
5.579	368	3.298	280	3.449	439	2.433	310	3.487	351	3.638	430
30.030	...	31.303	...	21.801	...	32.439	...	33.720	...	37.713	...

3.246	130	2.570	95	1.977	138	3.624	224	4.858	151	3.646	214
444.049	224	405.051	147	471.894	170	637.474	203	615.247	242	389.775	142
1.826	307	1.780	342	1.979	301	1.616	233	580	87	408	79
453	...	432	...	369	...	437	...	528	...	678	...
5	0	16	0	4	0	6	0	2	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	25	25	25	29	29	26	26	26	26	21	21
...	...	32.825	3	6.794	3	14.502	2	15.413	0	5.867	1
791	7	53.664	61	2.781	1	908	2	36	0	1	0
...	...	17	...	25	7	38	13	80	15	101	17
1.025	343	889	301	679	260	683	233	628	225	584	170
93	54	101	54	74	18	66	50	41	27	34	27
85.860	5.708	83.309	5.881	82.931	6.422	84.337	6.236	75.925	4.812	78.984	4.780

2002		2003		2004		2005*	
Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
30.843	11.055	33.904	11.283	30.886	10.895	11.940	-
7	2	1	0	5	4	8	1
0	0	0	0	21	0	5	0
782	7	1.014	26	1.254	12	1.018	3
794.219	150	346.118	38	117.519	8	214.171	43
54	6	50	6	18	2	18	4*
3.872	731	3.363	676	3.739	755	2.983	617
15	6	64	23	5	3	3	3
851	10	873	10	575	8	397	3
74	32	84	40	163	61	167	57
47.506	...	49.026	...	49.366	...	38.410	...
14.252	...	14.614	51	20.300	64	18.318	...
8.805	...	12.204	433	13.441	425	9.523	...
7.660	...	9.699	1.065	12.759	1306	7.998	...
2.620	320	2.952	349	3.033	385	2.698	301
34.156	...	31.379	...	28.712	...	24.291	...
3.102	185	3.178	202	3.366	251	3.220	223
349.965	92	405.017	89	465.657	100	597.907	95
232	42	170	28	163	29	101	19

637	...	654	...	642	...	601	...
0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0
10	10	17	17	30	30	44	44
1.480	0	563	2	445	0	326	...
1	0	2	0	0	0	6	...
39	8	16	9	16	4	2	...
637	213	501	161	479	189	391	133
33	24	15	10	14	8	10	8
82.727	5.044	82.821	5091	80.515	4528	49.814	1990

## ANEXO 6

### ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA RUBÉOLA

