

cação da rede de atenção básica e a ampliação de centros de referência possibilitou a realização de uma segunda ação de mobilização social (18/03 a 30/04); entre janeiro e dezembro foram registrados 11,9 milhões de exames citopatológicos.

A universalização do acesso vem sendo construída por meio do incremento das ações de comunicação social, garantia do financiamento dos procedimentos ambulatoriais, vinculação do fornecimento de informações em meio eletrônico (SISCOLO) ao pagamento dos exames citopatológicos e histopatológicos. O envolvimento de parceiros governamentais e do terceiro setor no planejamento vem fortalecimento da base geopolítica, com ênfase na sensibilização de gestores estaduais e municipais. A readequação da rede de coleta, diagnóstico e tratamento, a incorporação de ações de monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos e a inclusão do número de exames citopatológicos entre os indicadores municipais da atenção básica vêm contribuindo para o aprimoramento do Programa.

Autor: Luiz Claudio Thuler  
e-mail: diagprec@inca.gov.br

#### PT 1470

##### A POLÍTICA DE IMUNIZAÇÃO NO BRASIL: AVANÇOS E DILEMA NA DESCENTRALIZAÇÃO

MÁRCIA CRISTINA RODRIGUES FAUSTO (ASSISTENTE SOCIAL DO IFF/FIOCRUZ E DOUTORANDA DO IMS/UERJ).

**Introdução:** No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973, e na década 80 ganhou consistência sobretudo no controle da poliomielite. A partir dos anos 90, vem alcançando resultados alentadores em relação às doenças que fazem parte do calendário de vacinação. O PNI é considerado um programa de utilidade permanente no conceito dos formuladores de política de saúde, dos profissionais de saúde e da sociedade. **Objeto:** Discussão sobre as estratégias de implementação do PNI ao longo do processo de descentralização da política de saúde brasileira. **Objetivos:** (1) Recuperar a história do PNI no Brasil e identificar as estratégias adotadas para a sua implementação, a partir da reforma do sistema de saúde brasileiro; (2) Analisar a cobertura vacinal e a incidência das doenças imunopreveníveis entre os menores de um ano, no período de 1990 a 2001, para as quais existem vacinas consideradas de rotina no PNI. **Metodologia:** Foram utilizados dados de documentação oficial, dados disponíveis no sistema de informação do PNI (SI-PNI) e informações obtidas através de entrevistas com atores envolvidos com a política de imunização no Brasil. Analisamos as estratégias de implantação do PNI, percorrendo um período anterior e posterior à reforma sanitária brasileira. **Conclusões:** O PNI é um dos programas mais exitosos do MS, apresentando continuidade, sustentação e resolução ao longo de sua existência. Há quase trinta anos é uma das práticas mais tradicionais da atenção primária em saúde e é inegável sua contribuição na redução dos índices de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis em menores de um ano. Os desafios do PNI, foram se alterando conforme a época e o enfoque da política de saúde. Na década de 1970 a questão principal era a regulação e a organização das ações de imunização, nos anos 80 predominou o enfoque no acesso e expansão da rede de serviços de saúde capaz de executar as práticas de rotina e as campanhas de vacinação. Nos anos 90, o PNI investiu na descentralização, regulando as rotinas, descentralizando recursos, realizando convênios e orientando municípios para execução das ações de imunização. Atualmente o PNI se depara com os obstáculos na execução do programa tais como, heterogeneidade de cobertura vacinal entre os municípios brasileiros; enfrenta problemas típicos do setor saúde, a exemplo da desigualdade no acesso aos recursos de saúde disponíveis e enfrenta as questões específicas do processo de descentralização e as incertezas inerentes à política, que altera a regulação, a estratégia e a linha contidas na formulação do programa nacional a ser executado em distintos cenários.

Márcia Cristina Rodrigues Fausto  
Rua: Delgado de Carvalho, 51/403 - Tijuca  
CEP: 20.260-280 Rio de Janeiro - RJ  
E-mail: mfausto@brfree.com.br

#### PT 1471

##### PESQUISA: ANÁLISE DA EPIDEMIA DE TOXOPLASMOSE EM SANTA ISABEL DO IVAÍ, PR., SUBSÍDIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE SANEAMENTO.

EQUIPE:

1-MARCIO JOSÉ DE ALMEIDA-COORDENADOR, MÉDICO DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA, PROFESSOR DA UEL.

2-TALMAR TEODORICO NAVARRO-PESQUISADOR, MÉDICO-VETERINÁRIO, DOUTOR EM EPIDEMIOLOGIA EXPERIMENTAL APLICADA AS ZOONOSES, PROFESSOR DA UEL.

3-ROBERTA LEMOS FREIRE-PESQUISADORA, MÉDICA-VETERINÁRIA, DOUTORA EM EPIDEMIOLOGIA EXPERIMENTAL APLICADA AS ZOONOSES, PROFESSORA NA UEL.

4-LUZIA HERRMANN DE OLIVEIRA-PESQUISADORA, DOUTORA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, PROFESSORA DA UEL.

5-HERMANN IARK OBERDIEK-PESQUISADOR, SOCIOLOGO, MESTRE EM HISTÓRIA SOCIAL, PROFESSOR DA UEL.

Em dezembro de 2001 e janeiro de 2002, no município de Santa Isabel do Ivaí, Paraná, houve a maior epidemia de toxoplasmose que se tem notícia. Foram contaminadas 466 pessoas de um total de 4.000 exames, 425 sintomáticos e 41 assintomáticos. Algumas mulheres grávidas foram contaminadas, e em janeiro de 2003 faleceu a primeira criança com sinais clínicos da parasitose.

Segundo o relatório do Ministério da Saúde a contaminação se deu através da água servida aos municípios. Um reservatório de água, de construção inadequada, foi contaminada com oocistos eliminados por uma gata e suas crias, que viviam num depósito construído em cima do reservatório.

O objeto de trabalho desta pesquisa é, a partir da constatação da contaminação e da fonte contaminante, analisar as responsabilidades dos governos em nível local, regional e federal. O objetivo geral do trabalho é analisar a epidemia (ou seria endemia?) da toxoplasmose com um enfoque global, multidisciplinar, dando conta das dimensões epidemiológicas, médico-sanitárias, sócio-econômicas, culturais e políticas.

Com esta abrangência, a pesquisa busca tirar lições para as políticas públicas, em especial as de saneamento e meio ambiente.

O arcabouço teórico da pesquisa está sendo construído com base nas referências de vigilância epidemiológica, de atenção primária ambiental e da estratégia das cidades saudáveis. Espera-se chegar a uma compreensão maior sobre o desenvolvimento e a magnitude da epidemia, contribuindo para a formulação de políticas públicas nas áreas de saúde e saneamento básico.

Hermann Iark Oberdiek: hermann@sercomtel.com.br

#### PT 1472

##### ESTUDO COMPARATIVO SOBRE A MORTALIDADE ATRIBUÍDA A DOENÇAS CARDIOVASCULARES NOS EUA E NO BRASIL, NO ANO DE 1999.

MARIA INÊS REINERT AZAMBUJA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE.

Introdução

Uma migração da epidemia de mortalidade por doença arterial coronariana (DAC), dos países desenvolvidos para os menos desenvolvidos, tem sido crescentemente proclamada.

Objetivo

Descrever o perfil da mortalidade no Brasil e nos EUA em 1999, com ênfase na participação das doenças cardiovasculares (DCV), e especialmente da DAC e do acidente vascular cerebral (AVC).

Métodos

Utilizou-se dados primários do Brasil (SIM e IBGE) e dos EUA (CDC Wonder) para 1999 (CID-10), com ênfase nas categorias *Doenças Cardiovasculares* (I00-I99 e Q20-Q28); *Doença Arterial Coronariana* (I20-I25); *Acidente Vascular Cerebral* (I60-I69); *Causas Externas* (V01-Y98) e *Causas mal-definidas* (R00-R99). A descrição das causas específicas de óbito cardiovascular por faixa etária, sexo e cor restringiu-se à região sudeste do Brasil.

Resultados

Do total de óbitos, 40,1% nos EUA e 26,6% no Brasil foram atribuídos às DCV. As contribuições isoladas da DAC e do AVC foram respectivamente de 23,8% e 7,0% nos EUA e de 7,8% e 8,5% no Brasil. Nos EUA, 67,6% das mortes atribuídas a DCV ocorrem após os 75 anos de

idade contra apenas 38,1% no Brasil. Explica a diferença o fato de a população norte-americana com mais de 75 anos ser 4,5 vezes maior que a brasileira, embora seja apenas 1,2 vezes maior na faixa dos 20-24 anos. A mortalidade proporcional feminina por DCV na faixa 45-64 anos é maior no Brasil que nos EUA, mas em ambos os países é maior nas negras (Brasil 42% X 40% EUA) do que nas brancas (Brasil 37% X 31% EUA), resultado de diferenças na sobrevivência por sexos entre os estratos sócio-demográficos. Na região sudeste, na faixa dos 15-49 anos, 48% dos óbitos masculinos nos brancos e 54% nos pretos e pardos são atribuídos a Causas Externas. Nas mulheres estas proporções são, respectivamente 17 e 15%. Pelo menos na região sudeste, e especialmente na população negra, a mortalidade por AVC é mais significativa do que a por DAC.

#### Conclusões

Não há evidências de uma expressiva mortalidade por DAC no Brasil. A dita "antecipação da mortalidade" e o aparente "maior risco para as mulheres" nos países menos desenvolvidos devem ser atribuídos, respectivamente, 1) a baixa expectativa de vida – que faz com que, proporcionalmente, as mortes se re-distribuem numa menor faixa de variação – e 2) o déficit relativo de homens – secundário à elevada mortalidade por causas externas em nossos países (e entre os negros americanos). Recomenda-se priorizar ações que reduzam a morbi-mortalidade que acomete precocemente a população brasileira (e que tem "prevenido" a morbi-mortalidade tardia por doenças cardiovasculares em nossa população).

#### PT 1473

##### RIBEIRA MUNICÍPIO SAUDÁVEL: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA ATRAVÉS DO USO DE BIOMAPAS

AUTORES: PRIMEIRA COMISSÃO DO PROJETO RIBEIRA MUNICÍPIO SAUDÁVEL.  
INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRA E CEPEDOC – CIDADES SAUDÁVEIS / FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP

#### Introdução

O município de Ribeira localiza-se na região do Alto Vale do Ribeira, ao sul do Estado de São Paulo. Possui uma população de 3507 habitantes (IBGE 2000), e sua atividade econômica principal é a agropecuária. Em agosto de 2002 o CEPEDOC (Centro de Pesquisa, Estudo e Documentação de Municípios/Cidades Saudáveis) ligado à Faculdade de Saúde Pública USP iniciou o projeto Ribeira Município Saudável que faz parte do projeto Ampliação do Movimento por Municípios Saudáveis no Estado de São Paulo, cujo objetivo geral é o de desenvolver uma metodologia de gestão municipal, voltada para o desenvolvimento econômico, político e social visando a melhoria da qualidade de vida da população. Outros municípios que integram este projeto são Itaoca, Lins, Motuca e Bertiooga.

#### Objeto

O objeto deste trabalho é o potencial do biomapeamento como método de diagnóstico e estímulo à um sentido de pertencimento de seus participantes com relação ao território mapeado.

#### Objetivos

O trabalho de elaboração de biomapas fez parte de um ciclo de cinco oficinas de apoio à elaboração do plano diretor de Ribeira que teve como objetivo:

Realizar um diagnóstico participativo no município de Ribeira através da elaboração de biomapas;

#### Metodologia

Baseado nos pressupostos de um município saudável que são a participação social, a inter-setorialidade, a equidade social e a sustentabilidade foram desenvolvidas atividades de mobilização social e diagnóstico participativo. As atividades desenvolvidas no ciclo de oficinas foram: (1) Desenho livre das casas, estradas e rios; (2) Levantamento de temas de interesse a serem mapeados tais como estradas, pontes, áreas de interesse turístico, infraestrutura, áreas preservadas; (3) Elaboração de legendas e finalmente (4) Localização dos temas nos mapas.

#### Conclusões

Os resultados desse trabalho foram a elaboração de dois biomapas, a realização de um diagnóstico visual do município, um maior envolvimento e um sentido de pertencimento com relação ao município de lideranças comunitárias e técnicos da prefeitura. As próximas etapas prevêem a realização de um seminário municipal e um regional para discussão das condições de vida da população e do desenvolvimento da agropecuária, um curso para

elaboração de projetos sociais, um curso para capacitação de professores para escolas saudáveis e um curso para agentes jovens para estimular o surgimento de iniciativas saudáveis. O projeto terá duração até dezembro de 2003.

Autora: Maria Angélica Tomáz Dias Batista

E-mail: zangel@ig.com.br

sisnbeira@ig.com.br

vjarai@usp.br

#### PT 1474

##### A POLÍTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 90: UM BALANÇO

MARIA INÊSSOUZA BRAVO (FSS/UERJ), MAURÍLIO CASTRO DE MATOS (FSS/UERJ)

INTRODUÇÃO: A comunicação é resultado de uma pesquisa sobre as características da política de saúde no Brasil na década de noventa. Pretende-se caracterizar a Política de Saúde no Brasil, na década de 90, ressaltando as tensões e propostas entre os dois grandes projetos em confronto: o **Projeto de Reforma Sanitária** - construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e o **Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista**, hegemônico na segunda metade da década de 90.

OBJETO: Política de saúde na década de noventa

OBJETIVOS: Sistematizar e refletir sobre a política de saúde no Brasil

METODOLOGIA: Análise bibliográfica

CONCLUSÕES: Concatenada com a política nacional, pode-se identificar nesta década *quatro momentos* no setor saúde. O *primeiro*, situado na era Collor, é marcado pelo aprofundamento do retrocesso iniciado com o giro conservador do governo Sarney. Neste período, não houve uma apresentação sobre o projeto de política de saúde do governo federal e sim um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS. Apesar disto consegue-se obter alguns avanços neste período, como a aprovação das leis 8.080/90 e 8.142/90. O *segundo momento* refere-se a era Itamar com duas diferenciações. A primeira compreende a gestão de Jamil Haddad, que significa um freio ao sucateamento do setor saúde, apresentando proposições de fortalecimento do SUS. Já a gestão de Henrique Santillo é marcada pela ausência de iniciativas operacionais no avanço do SUS. A saída de Haddad do governo tem ligação com o êxito do plano real e a primazia já daí - que vai se acirrar no governo FHC -, da área econômica sobre a social. O *terceiro momento* é referente a gestão do ministro Adib Jatene e compreende basicamente os dois primeiros anos do governo FHC em que o descaso foi evidente, na medida em que o presidente da república nada fez para intervir nesta política setorial. O que se observou foi a cruzada solitária do ministro Jatene, para aprovação do CPMF. O *quarto momento* compreende as gestões no ministério da saúde de José Carlos Seixas, de Carlos César Albuquerque, de José Serra e de Barjas Negri, é o período no qual, pela primeira vez, se apresenta de forma sistematizada uma outra proposta de saúde, que é contrária ao SUS, com a apresentação de normatizações visando consolidar a contra-reforma do Estado defendida pelo governo FHC.

Maurílio Castro de Matos

E-mail: mauriliosmatos@ig.com.br e maurilio@nitnet.com.br

#### PT 1475

##### A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS

AUTORA: MARIA DE BETANIA G. CHAVES

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS - RJ

INTRODUÇÃO: Em 1991, consolidou-se no Sistema Único de Saúde (SUS) uma política de Saúde Indígena. No ano anterior (1990), a Prefeitura Municipal de Angra dos Reis promoveu seu primeiro concurso público para ocupar os cargos da Saúde. Desde então, vem-se desenvolvendo extenso trabalho em diversos campos, pretendendo-se atingir melhores níveis de saúde e qualidade de vida para a sua população, incluindo a comunidade indígena Guarani da Aldeia Sapukai, localizada no 4º distrito sanitário (Sertão do Bracu), próxima à Usina Nuclear. A área da aldeia compreende 2106 ha na Mata Atlântica, fazendo divisa com São Paulo através do Rio Parado. Gradativamente, a comunidade indígena foi sendo integrada ao Sistema de Saúde local.

OBJETIVOS: Avaliar a implementação da Política de Saúde Indígena no município de Angra dos Reis no período de 1991 a 1999 e a inserção da população indígena no SUS.

METODOLOGIA: O presente trabalho pretende realizar um Estudo de Caso do processo de implementação das principais ações sanitárias e sociais direcionadas à população indíge-