



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica

<b>1ª Reunião Ordinária 2002</b>	<b>ATA DA REUNIÃO</b>	<b>21.02.02</b>
----------------------------------	-----------------------	-----------------

### 1. MEMBROS DA COMISSÃO

<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>			
Órgão	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>SE</b>	Barjas Negri	Titular	01/01
	Otávio Mercadante	Suplente	01/01
<b>SAS</b>	Renilson Rehem de Souza	Titular	01/01
	Maria Helena Brandão	Suplente	
<b>SPS</b>	Cláudio Duarte da Fonseca	Titular	01/01
	Tânia Lago	Suplente	
<b>ANVS</b>	Luís Carlos Wanderley Lima	Titular	
	José Agenor Alvares da Silva	Suplente	
<b>FUNASA</b>	Mauro Ricardo Machado Costa	Titular	01/01
	Jarbas Barbosa da Silva Jr.		01/01

<b>CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS</b>			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Francisco Deodato Guimarães	Titular	01/01
	Grace Mônica Alvim	Suplente	
	Marta Oliveira Barreto	Titular	01/01
<b>NE</b>	Anastácio de Queiroz e Souza	Suplente	
	José da Silva Guedes	Titular	01/01
<b>SE</b>	João Felício Scárdua	Suplente	
<b>S</b>	João José Cândido da Silva	Titular	01/01
	Armando Martinho B. Raggio	Suplente	
<b>CO</b>	Fernando Passos Cupertino	Titular	01/01
	Izaías Pereira da Costa	Suplente	

<b>CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS</b>			
Região	Representante	T/S	Frequência Acumulada
<b>N</b>	Eliana Pasini	Titular	01/01
	Márcia Helena P. Veloso	Suplente	
	Sílvio Mendes de Oliveira Filho	Titular	01/01
<b>NE</b>	Jorge José Pereira Solla	Suplente	01/01
	Valter Luís Lavinás	Titular	01/01
<b>SE</b>	José Ênio Sevilha Duarte	Suplente	01/01
	Francisco Isaias	Titular	01/01
<b>S</b>	Luciano Ducci	Suplente	
<b>CO</b>	Otaliba Libânio de Moraes Neto	Titular	01/01
	Beatriz Figueiredo Dobashi	Suplente	

## 2 - ASSESSORES E CONVIDADOS

1.	DEILDES PRADO	CIT/ST/SE
2.	Mª ELANE DE S. ARAÚJO	CIT/ST/SE
3.	Mª DE LOURDES V. DE ARAÚJO	CIT/ST/SE
4.	ÁLVARO NASCIMENTO	DOL/ENSP/FIOCRUZ
5.	CLÉCIO ESPEZIM	SES/SC
6.	SÍLVIA GIONGO	SES/SC
7.	MARIA ESTHER JANSEN	ST/CONASS
8.	FERNANDO LIMA	SESAPI/PI
9.	EDUARDO JORGE	SMS/SP
10.	JACOB KLIGERMAN	INCA/MS
11.	JORGE SOLLA	CONASEMS
12.	JOSÉ KOGUT	INCA/MS
13.	Mª JOSÉ LINGUANOTO	SES/SP
14.	RUY NEDEL	CNS/MS
15.	EUGÊNIO	CPS - PMF
16.	GISELLE BAHIA	DDGA/SAS
17.	REGINA NICOLETT	DDGA/SAS
18.	Mª ELISABETH MACIEL	DGA/SAS/MS
19.	MIRIAM VIEIRA	DDGA/SAS
20.	MARIA CRISTINA DRUMOND	DDGA/SAS
21.	LUIS MÁRCIO RAMOS	SES/MG
22.	JUSSIMAR ALMEIDA	SES/ES
23.	JOHNSON ARAÚJO	SAS/DGA
24.	HELOIZA MACHADO	SPS/DAB
25.	VERA MARIA	SES/SE
26.	MARCOS	SES/SE
27.	JOSÉ SIVAL CLEMENTE	CONASEMS
28.	RICARDO SCOTTI	CONASS
29.	JOSÉ EDUARDO GONÇALVES	SES/RS
30.	MARIA VELOSO	CONASEMS

### **3. PAUTA**

1. *Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – INCA/SAS*
2. *Avaliação do Impacto do Incentivo de Assistência Farmacêutica – SPS/MS*
3. *Dia Mundial da Saúde – SPS/MS*
4. *Eliminação da Hanseníase – SPS/MS*
5. *Hipertensão e Diabetes – Campanha e Instrumentos – SPS/MS*
6. *Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD – FUNASA/MS*
  - 6.1- *Certificação de Municípios*
7. *Habilitação de Municípios (NOB 01/96)*
  - 7.1- *Plena de Atenção Básica*

4 - DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO - o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite - CIT Dr. Barjas Negri, conduziu a 1ª Reunião Ordinária da CIT realizada em 21 de fevereiro de 2002. Dr. Barjas procedeu à leitura da pauta da reunião e informou da inclusão de mais um item, relativo a Avaliação Atual do Combate à Dengue, solicitando que seja dada ênfase discussão desse tema.

1 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD - foram certificados com vigência de 1º de março de 2002, 03 municípios da Bahia; 04 do Ceará; 10 de Goiás; 10 do Maranhão; 07 de Pernambuco; 02 de Roraima e 04 de São Paulo.

2 - Habilitação de Municípios - foram habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica de acordo com a NOB 01/96, os municípios de Senador Guiomar e Plácido de Castro no Acre, e o município de Santo Antônio do Leste, no Mato Grosso.

3 - Qualificação do Estado do Ceará na NOAS/2001 – O Secretário de Assistência à Saúde Dr. Renilson Rehem disse de sua satisfação em trazer para apreciação da Tripartite a proposta da qualificação do Estado do Ceará em condições de ser aprovada, que isso se constitui um marco muito significativo, e parabenizou o Secretário Estadual de Saúde, Dr. Anastácio, pelo trabalho. A Diretora do Departamento de Descentralização da Assistência, M<sup>a</sup> Helena Brandão esclareceu que essa qualificação se dará pelas normas da NOAS/2001, e solicitou que a Secretaria de Políticas de Saúde fizesse uma exposição sobre a situação dos municípios habilitados à NOAS, porque junto com o processo de qualificação em que entra o PDR, PPI e o PDI, vem também a avaliação dos municípios em plena. Quando esses municípios são positivamente avaliados, eles passam a estar habilitados à NOAS em vigor, e portanto, a ter direito ao PAB Ampliado. Leu também a Nota Técnica sobre a análise da proposta que trata da qualificação de 29 municípios que se encontram em Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB01/96, para Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOAS/2001. Na análise da documentação enviada pela SES/CE, verificou-se que a SES apontou claramente os eixos norteadores para a organização da atenção básica em todo o estado. O PDI contempla investimentos no sentido do aumento

da capacidade resolutiva da atenção básica para todas as microrregiões do estado. São evidentes os avanços percebidos na discussão da atenção básica no estado, que apesar das dificuldades de sua extensão territorial e grande número de municípios com realidades muito diversas, vem apresentando melhoria contínua de indicadores, o que reflete uma organização da Atenção Básica. Todos os 29 municípios avaliados e aprovados pela CIB, foram também avaliados pela SES/CE, apresentaram a documentação pertinente e tem parecer favorável à qualificação em Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOAS/2001. Na análise dos 04 componentes de avaliação regulamentados pela PRT 2215/2001, segundo os bancos de dados nacionais correspondentes, foi detectado ausência de informações suficientes para aprovação do pleito em 17 municípios, o que deverá ser rediscutido com a SES e COSEMS, a fim de que sejam sanadas as pendências. Os demais municípios estão aptos. Dr. Renilson colocou que o que está sendo proposto é a qualificação do Estado do Ceará pela NOAS/2001, com aprovação imediata da habilitação de 12 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, ficando 17 municípios com pendências que podem ser resolvidas até a próxima reunião da CIT. Dr. Barjas passou a palavra ao Dr. Anastácio, que falou de sua satisfação em poder encaminhar a documentação, que o grupo da SES trabalhou de uma maneira muito intensa junto com os municípios. Disse que tem havido um esforço muito grande do governo do estado e dos municípios com relação a microrregionalização. Informou que contou com a cooperação com o Governo do Reino Unido através de seu Departamento de Desenvolvimento Internacional, o que muito ajudou nesse processo. No final de dezembro, foi concluído o treinamento dos secretários e técnicos na lógica da microrregionalização, em 184 municípios. A Diretora do Departamento de Atenção Básica Heloísa Machado disse que é evidente o avanço que o plano apresenta com relação à Atenção Básica.

4 - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - Dr. Jacob Klingerman, Diretor do INCA, colocou que desde 1930 um grupo de médicos já tinha a preocupação no combate ao câncer, de instituir uma política sanitária ampla, visando corrigir o enfoque exclusivamente terapêutico. Em 1986, já no bojo da campanha nacional de controle do câncer que tinha

sido feita pelo INAMPS/MS, algumas ações descentralizadas começaram a ser feitas na área da informação, na criação dos registros na educação e na área da prevenção com as campanhas do colo do útero e no combate ao tabagismo com a promulgação da Constituição de 1998, e a criação do SUS. Novas diretrizes começaram a ser colocadas, e a partir de então formou-se um grupo de especialistas do INCA e de fora do INCA. Partindo das experiências pessoais do grupo na SPS, começou-se a elaborar um esboço dessa política nacional, definindo algumas diretrizes e prioridades, a partir de uma análise realista da situação. Em 1998, a SAS determinou ao INCA que fizesse a revisão e atualização da política. Esse panorama geral mostrou alguns problemas graves: o câncer seria a segunda causa de mortalidade por doença, crescendo progressivamente na faixa etária abaixo dos 50 anos, serviços insuficientes, inadequados e distribuídos geograficamente de maneira a atender a oferta e não a demanda, e na verdade, muitos óbitos poderiam ser evitados pela prevenção e pela detecção precoce. Agravando ainda mais esse panorama há uma absoluta falta de qualificação técnica e científica, que empurra para incorporações tecnológicas que são sempre baseadas em resultados objetivos, uma informação gerencial e epidemiológica insuficientes, e recursos humanos insuficientes em quantidade e em qualidade. Conclui-se que câncer é problema de saúde pública que requer uma política nacional para seu controle. Toda a ênfase nessa política seria a redução da incidência, pelo reconhecimento dos fatores de risco, exemplificando o tabaco na área do câncer de pulmão, de laringe e da boca, e a diminuição da mortalidade pela detecção precoce e pela terapêutica em estádios iniciais, quando se consegue resultados muito promissores. A situação desejada é aquela que se tem para atingir o objetivo, que seria um conjunto de ações contínuas com intensificações que levem à conscientização da população quanto aos fatores de risco, fazendo a detecção precoce e dando acesso equitativo ao tratamento com qualidade para todo o Brasil. As diretrizes são aquelas que se quer para atingir o objetivo: a) estabelecer em âmbito nacional ações de prevenção, detectando precocemente os cânceres, para aumentar a probabilidade de cura e melhorar a qualidade de vida dos doentes; b) consolidar e expandir os serviços de assistência oncológica com

equidade em todo o país e de forma integrada; c) promover o desenvolvimento de recursos humanos, de estudos e pesquisas e outras ações indispensáveis à qualidade desejada de serviços e ações de prevenção e controle do câncer. Quanto à estratégia de execução do plano, nos países desenvolvidos em que praticamente não tem assistência pública, a coordenação é tênue e há uma descentralização sempre voltada para a demanda e para a tecnologia. Nos países em estágios iniciais de desenvolvimento há necessidade de uma forte política de centralização, lideranças pessoais fortes e recursos governamentais externos e internos. É o que ocorre na África em que o câncer não é problema de saúde pública, porque na faixa etária mais prevalente de 40 a 60 anos, a população é pequena devido as mortes pela AIDS e pelas guerras. O Brasil está no meio dessas duas situações: com a coordenação centralizada, que é necessária dada a heterogeneidade regional, pela distribuição desigual de serviços de saúde e por isso o MS através do Decreto 109 de 02/5/91 e em mais dois Decretos, sendo o último de 01/7/2000, colocou o INCA como órgão setorial em controle e prevenção do câncer, para que apoiado em sua base técnica se ocupe dos serviços e programas, e assessorie o Ministro da Saúde em todas as ações na área de câncer. Daí ser coordenação centralizada e as ações descentralizadas. Com a criação da estrutura pública de saúde se tornou mais fácil, porque foram delimitados os vários níveis de gestão e a responsabilidade dos gestores. Assim, o INCA coordena as ações, mas a responsabilidade é dos Secretários Estaduais. A descentralização das ações favorece as parcerias em todas as áreas, favorece a interiorização para os municípios, obedecendo a lógica do SUS, visando uma integralidade das ações de prevenção, de tratamento, de cuidados paliativos e ações de ensino, bem como a integração dos serviços de cirurgia, de diagnóstico, radioterapia e cuidados paliativos. O objetivo da política nacional de controle de câncer é a integralidade das ações. Cerca de 80% das despesas com o tratamento do câncer no Brasil é pago pelo governo federal, então há uma necessidade absoluta de uma coordenação central e uma ação descentralizada. Isso se faz através de ações normativas, que nesses últimos 10 anos vem sendo reorganizadas. Dentro das ações normativas, temos as funções de legislar,

regular, acompanhar e avaliar. As prioridades seriam: na área de prevenção - estabelecimento de um programa de controle de fatores de risco; detecção precoce - estabelecer programa de detecção do CA de colo de útero, mama e reto e outros quando julgar pertinente; assistência oncológica - propondo condições para prestação de serviços assistenciais integrados e expandi-los nacionalmente; estatísticas e informação, educação e pesquisa. A estrutura programática da Política Nacional de Controle do Câncer, em que ela é um instrumento de estado que vem atender as aspirações da sociedade de maneira duradoura é o plano plurianual, que é o instrumento de governo que traduz em ações, custos e prazos as prioridades da política nacional de controle do câncer, que vai ser executada pelo INCA, nas áreas de prevenção, assistência, informação, ensino e pesquisa. Como exemplo desse tipo de estrutura programática, temos o Plano Nacional de Controle do Câncer Cérvico Uterino, em que o INCA coloca todo o material didático, coordena o programa, faz toda a articulação externa e avalia o tratamento, com referência, fluxo e contra fluxo. O projeto se expande, visando aumentar o acesso da população ao tratamento integral e integralizado. Tem o SISCOB que é o sistema de informação da campanha, a área de vigilância, a área de pareceres, a gerência, o planejamento e a capacitação de recursos humanos, e na área de pesquisa têm-se o Projeto HBV que vem correndo, o inquérito populacional e a pesquisa clínica. O Presidente do CONASEMS, Dr. Sílvio Mendes solicitou informações sobre a próxima campanha. O Secretário de Políticas de Saúde Dr. Cláudio disse que a idéia é de implementar a 2ª fase de intensificação da estratégia de controle do câncer cérvico uterino, começando uma campanha no dia 18 de março, e o material da coleta já se encontra nos municípios. O material educativo e o material impresso estará nos municípios até o dia 18. A campanha tem caráter nacional e se estenderá até o dia 12 de abril. Há uma solicitação do Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro de que ele possa planejar essa campanha em outra data, em função do problema do dengue. 5 - Assistência Farmacêutica Básica - Dr. Cláudio Duarte sugeriu que o assunto fosse apresentado na próxima reunião da CIT, para que seja feita uma avaliação da assistência farmacêutica básica. 6 - Eliminação da Hanseníase - envolve os 12 países do

mundo que têm mais casos da doença e o Brasil assumiu a coordenação dessa aliança nos próximos 12 meses. O desafio é eliminar a Hanseníase até 2005. A proposta é de que o MS, CONASS e CONASEMS possam fazer um acerto de fechar os bancos de dados de Hanseníase e Tuberculose de 2001 até o dia 31 de março, para que se possa ter a capacidade de fazer uma análise da situação dessas doenças no país, no sentido de subsidiar a estratégia de controle. O CENEPI e FUNASA já disponibilizaram o Windows para os municípios e estados. Para os 329 municípios prioritários que tenham algum problema operacional para fechar os bancos de dados, está sendo proposto que se possa ter algumas informações em planilhas eletrônicas enviadas ao MS, para que se possa avaliar o estágio de desenvolvimento das ações de controle.

7 - Dia Mundial da Saúde – O Representante do CONASS para a Região Sudeste Dr. José da Silva Guedes falou que o dia Mundial da Saúde este ano foi consagrado à atividade física e saúde, e inicialmente também à alimentação saudável, tema esse que se perdeu um pouco no material que a OMS soltou nos últimos momentos. Está programada a vinda da Diretora Geral da OMS ao Brasil no dia 05 de abril. A coordenação é no dia 07, mas como a Diretora tem outros compromissos, ela começa a comemoração no dia 05, em São Paulo, numa cerimônia que está sendo preparada em conjunto pelo MS, pelo cerimonial do Presidência da República, outros Ministérios e uma série de Associações Médicas e entidades que lidam com diferentes fatores de risco. Haverá uma sessão oficial em recinto fechado com a presença do Presidente da República, Ministros e a Diretora da OMS. No dia 06, haverá manifestações nos estados, especialmente na Bahia, que lançara o Agita Bahia. No dia 07 haverá uma movimentação interna no Parque do Ibirapuera incluindo academias de ginástica, entidades como SESI e SESC e tendas enfocando os fatores de risco. Serão realizadas dosagens de glicose, colesterol, etc. A idéia é de transformar o dia 06 de abril em Dia da Atividade Física. A TV Bandeirantes programou fazer uma cobertura mundial do dia. Disse achar que nesse momento estamos entrando num outro patamar da luta de saúde no mundo, que houve momento em que se queria saber se teria vacinas para todos, se teria água tratada, se a morte por diarreia poderia ser evitada e hoje estamos entrando

em outro modelo mundial, onde vamos discutir sobre aquilo que está nos matando no momento, o que vai nos matar no futuro e como é que mundialmente vamos ter uma proposta para enfrentar isso. Sabemos que estamos lidando nesse momento com uma coisa muito mais difícil do que democratizar vacinas para o conjunto da população. Então essas são as expectativas que estão sendo lançadas, e estão sendo acertados os últimos dados financeiros relativos ao patrocínio e o MS está aumentando a sua participação. Dr. Cláudio Duarte disse que está sendo enviado uma mala direta para os municípios, no sentido de que se possa mobilizar o maior número possível de pessoas e aproveitar esse dia para lançar programas de atividades físicas. Dr. Sílvio Mendes solicitou que fosse repassado material sobre a Hanseníase e o SIACOLO, para que sejam colocados no Jornal do CONASEMS. 8 - Hipertensão e Diabetes - Dr. Cláudio Duarte falou que segundo as informações recebidas dos estados e municípios até o dia 20/02/2002, 8.000.327 pessoas participaram da etapa de detecção de hipertensos, número bem inferior à participação da Campanha do Diabetes. O sistema para o cadastramento está pronto e já foi disponibilizado para os municípios e foram elaboradas duas minutas de portarias que regulamentam a assistência farmacêutica para a hipertensão e para o diabetes, as quais deverão ser avaliadas pelas assessorias técnicas do CONASS e CONASEMS. O MS está assumindo a assistência farmacêutica básica do diabetes e da hipertensão e está sendo proposto que isso seja feito a partir de um processo de detecção e cadastramento dos suspeitos, para que se possa ter um planejamento eficaz e uma regularidade no fornecimento. Enquanto os municípios implementam o cadastramento, o fornecimento dos medicamentos será feito a partir de aquisição direta, de acordo com as estimativas geradas na campanha. O Representante do CONASEMS para a Região Sudeste Dr Walter Lavíñas - disse que a sua preocupação é com a falta de medicação para o hipertenso que já está ocorrendo em alguns estados e municípios. Dr. Cláudio Duarte disse que realmente é preciso que se tenha uma estratégia para garantir o fornecimento dos medicamentos na ponta. Dr. Barjas Negri colocou que tudo o que foi pactuado sobre medicamentos foi honrado em tempo hábil pela Secretaria Executiva/MS, e disse que valeria a pena fazer

uma reunião na 6ª feira com os técnicos e estabelecer um cronograma, e o que for acordado em termos de data será cumprido pela Secretaria Executiva. Dr. Guedes colocou que há um pedido de que a conferência sobre assistência farmacêutica programada para o 1º semestre seja adiada, porque não há condição material para que ela seja feita. Dr. Cláudio Duarte disse que foi discutido no Conselho Nacional de Saúde que a avaliação é de que essa conferência só pode ser feita se for até o final de maio, porque a partir daí será impossível. Foi então sugerido ao Conselho que se fizesse uma conferência enxuta com 600 delegados e que pudesse ser um momento de se fazer uma avaliação da Política Nacional de Medicamentos. O Conselho não consegue concluir algumas questões e vai haver uma reunião extraordinária no dia 27, onde será discutida essa questão. Dr. Otávio Mercadante ponderou que a convocação da Conferência é uma decisão de governo, e o CNS compartilha e sugere a realização dessas conferências específicas. Falou ainda que o que Dr. Guedes está propondo é uma posição que deve ser levada ao CNS, caso os gestores estaduais consideram que essa conferência deva ser realizada apenas no final do ano. Isto deve ser colocado de uma forma muito clara como uma responsabilidade do gestor, porque o Conselho não pode, por votação, definir fazer uma Conferência sobre assistência farmacêutica. Isso deve ser pactuado com o gestor e levado para discussão do CNS. Dr. Cláudio Duarte disse que a convocação de conferência é uma atribuição legal dos gestores nos 3 níveis de gestão e que isto é uma questão de entendimento. Dr. Barjas solicitou que fosse tirada uma cópia de uma Nota Técnica da reunião ordinária da CIT de hoje a respeito das providências tomadas com relação à Gestão Plena do Município de Pinheiros/MA, frente à decisão judicial. 9 - Dengue – O Presidente da FUNASA Dr. Mauro Machado falou que a Dengue hoje é uma doença que preocupa todo mundo, com 80 milhões de pessoas acometidas, cerca de 550 mil internações e 20 a 30 mil mortes por ano. O pico da ocorrência da doença no Brasil foi em 1998, quando tivemos em torno de 530 mil casos. Em 1999 esse número caiu para 210 mil casos e em 2000 houve um pequeno acréscimo para 240 mil casos. Em 2001 observou-se um acréscimo em torno de 67%, com a ocorrência de quase 400 mil casos. Esse aumento foi concentrado basicamente em 7

unidades da federação: Amazonas, Rio Grande do Norte, Ceará, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás, que representaram 65% da dengue ocorrida em 2001. A diferença entre os casos ocorridos em 2000 e 2001 é mais do que o aumento de casos em nível do Brasil e eles foram responsáveis por 184 mil casos a mais do que o registrado em 2000. No Brasil houve um aumento de 159 mil casos, o que significa que se não houvesse o aumento da incidência nesses estados teríamos um decréscimo da doença no país. No exercício de 2002, segundo as informações recebidas das Secretarias Estaduais ocorreram 45.873 no Brasil durante o mês de janeiro. Em janeiro de 2001 esse total foi de 32.592, um acréscimo de 40.1% entre os 2 anos. No Estado do Rio de Janeiro ocorreram, em janeiro, 25.386 casos, ou seja, 55% do número dos casos, e por isso estão sendo feitas ações extraordinárias em vários municípios do estado. Há preocupação também com o Estado de Pernambuco que teve um aumento de mais de 100% do número de casos, com o Espírito Santo com o aumento de mais de 150%, com São Paulo com relação ao potencial epidêmico representado por sua grande população, Mato Grosso do Sul dado o crescimento de 1.400% do número de casos, e em especial pela ocorrência de casos de dengue hemorrágica, o que está ocorrendo também nos Estados do Mato Grosso e Goiás. Foram registrados 560 casos de dengue hemorrágica, sendo que 72% deles, 405 casos, ocorreram no Rio de Janeiro, com um total de 25 óbitos, 11 dos quais no próprio município do Rio. Isso levou a um esforço das ações empreendidas no estado, com mobilização de uma força tarefa de várias unidades da federação: as SES e SMS cederam pessoal da FUNASA que já estava trabalhando nas ações de campo. Foram mobilizadas 1.044 pessoas que estão trabalhando em conjunto com 07 municípios do Rio de Janeiro e mais outros 07 da Baixada Fluminense, no sentido de unir esforços para a redução da ocorrência de dengue, intensificando as ações de campo necessárias para a eliminação de focos do mosquito. Foram adquiridos automóveis, máquinas, etc. para reforçar a estrutura das SES e SMS na implementação das ações. Paralelamente, foi lançada uma grande campanha publicitária que está no ar desde o ano passado, no sentido de mobilizar as pessoas para serem agentes junto com o poder público, para a eliminação dos focos de mosquitos, 90%

dos quais estão dentro das unidades residenciais, o que torna importante e fundamental a participação e a mobilização social. Adicionalmente, no Rio de Janeiro, está sendo autorizada a contratação de 2.000 pessoas e foram mobilizados 1.000 soldados do exército e 500 pessoas da Marinha, o que se constitui num contingente de 10.500 pessoas trabalhando exclusivamente na questão da dengue. No dia 25 de janeiro, foi promovido em conjunto com a Secretaria de Políticas de Saúde, uma grande capacitação de Agentes Comunitários de Saúde - ACS para que incorporem nas suas ações educativas o combate à dengue. Foram capacitados 89.000 ACS em todo país, que se agregados à força de trabalho que está atuando exclusivamente em relação a dengue, teremos um contingente em torno de 130.000 pessoas trabalhando no combate ao *Aedes Aegypti*. Disse que estas foram as ações empreendidas e que a dengue se constitui no maior problema de saúde pública do Brasil. Parabenizou o Secretário Estadual de Saúde do Amazonas pela redução de 70% os casos de malária e disse que é possível se fazer a mesma coisa em relação à dengue, desde que haja um esforço de todos. A dengue não é um problema só do setor saúde, então é preciso mobilizar forças de diversas áreas no sentido de que se possa concentrar esforços em nível estadual e municipal, para que se possa reduzir a ocorrência dessa doença no Brasil. É possível fazer, desde que se consiga fazê-lo de forma integrada e coordenada dentro de um processo de mobilização social. Estará sendo promovido no dia 09 de março um Dia de Combate à Dengue em 14 municípios do Rio de Janeiro que têm a maior ocorrência de dengue, tentando fazer uma grande mobilização social para que as pessoas possam eliminar os focos de mosquitos dentro de suas unidades residenciais. Será quase como um check-list para as pessoas observarem. Depende muito do envolvimento do governo estadual e municipal, e é uma ação integrada e fundamental para diminuir a ocorrência da dengue no Brasil. O Secretário Estadual de Saúde do Ceará Dr. Anastácio disse que todos têm a compreensão de que o dengue é um problema muito grande no Brasil, e que no Ceará há aumento do número de casos durante o período de chuvas, que aumentam o número de focos fora das residências e no peridomicílio. Uma das coisas que preocupa é como fazer a população manter uma ação continuada em relação ao combate

aos focos de multiplicação do *Aedes Aegypti*. Esse é um desafio enorme. Atualmente, no Ceará, estão estabelecendo um Dia D para combate aos focos. Não há dúvida que os municípios, estados e governo federal trabalhando juntos de maneira integrada e com muito esforço, geram melhores resultados. Finalmente, colocou que foi feita a descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, porém os municípios grandes e com muitos casos de dengue o recurso total não cobre a despesa. A título de exemplo referiu que em Fortaleza estão passando mais de 90% do recurso federal para os municípios e o Estado realiza toda a borrifação aeroespacial e o pagamento de 400 homens que estão cedidos à Fortaleza. Sugeriu que seja feita uma análise da situação desses municípios e que se aporte um pouco mais de recursos dentro do período onde há maior ocorrência da doença, mesmo que seja retirado depois. Não é fácil de se fazer, mas, por exemplo, nas áreas onde reconhecidamente há maior proliferação do *Aedes* em determinado período, deve ser feito um maior aporte de recursos. Pediu que isso fosse analisado de maneira muito detalhada, porque o problema do dengue no Brasil é extremamente grave. Estaremos iniciando na próxima semana, junto com o município de Fortaleza o peixamento de 270 mil caixas d'água, colocando o peixe beta. Dr. Walter Lavínas disse que o fato do Estado do Rio concentrar hoje cerca de 55% dos casos de dengue, acontece em função de que com o recuo do *Aedes* no inverno, as ações de saúde também recuam. Disse que no seu município, que tem 100 mil habitantes, ocorreu o maior número de casos de dengue no ano passado e que essa situação foi revertida esse ano porque foi dada continuidade ao tratamento preventivo. Dr. Guedes indagou do Dr. Mauro sobre compra de inseticidas, tipo de carro comprados, e ainda com relação aos municípios que fazem um intenso combate, que tem uma quantidade pequena de mosquito e que tem caso de dengue, e os que não tem recurso para fazer combate. Dr. Sílvio Mendes colocou que a dengue é uma doença aparentemente simples, mas de combate complicado, e nesse momento é mais complicado em função do momento político porque passa o país e parte da mídia usa as informações de forma sensacionalista, distorcendo-as. É preciso também que todos assumam as suas responsabilidades, que é dos gestores

municipal, estadual e federal, é preciso ter a coragem de dizer que a população é responsável por isso. Disse que tem visto o Secretário Eduardo Jorge catando mosquito em cemitérios, borracharias, etc., e disse achar que é preciso dar visibilidade a isso. As intervenções têm de ser em cima de um conhecimento técnico e sabendo-se que o mosquito da dengue tem uma sobrevida em torno de 2 meses, que o ovo é viável por cerca de 400 dias, portanto ele passa de um ano para o outro. Te, que se trabalhar a epidemia que se está vivendo hoje, mas têm-se que olhar para o ano que vem, para não ficar sempre correndo atrás do prejuízo. A concentração de casos no Rio é porque as ações deixaram de ser feitas. Temos que chegar perto da população por todos os meios possíveis. Chamou atenção para o cuidado que se deve ter com a notificação, porque das notificações recebidas, os exames são positivos apenas numa faixa de 20 a 30%, então essa notificação pode não ser verdadeiras, como também não se sabe a quantidade de casos que não foram notificados. É preciso que seja assegurada a realização dos exames complementares necessários para o diagnóstico, para que se possa atuar nessas áreas críticas. A outra questão é de que se disponibilize e se adeque a rede para as ações assistenciais nos casos de dengue hemorrágica, porque deve estar morrendo gente que não precisava morrer. Outros aspectos são: de que seja permitido o acesso dos agentes públicos aos imóveis fechados, direcionamento do trabalho de limpeza dos focos criadouros, e é preciso ainda discutir o financiamento das ações, pelo menos para as áreas críticas como RJ, GO, MS e PE de uma forma rápida, para que se possa fazer as ações necessárias. O Presidente do CONASS Dr. Fernando Cupertino disse que ontem houve uma reunião do CONASS e depois uma outra que incluiu o Sr. Secretário Executivo, e entendeu-se que a formação de um grupo de trabalho com representantes do CONASS, CONASEMS e FUNASA é importante para avaliar e rediscutir as ações propostas para o controle do dengue, tanto nessa perspectiva emergencial quanto, principalmente, na visão de 2005 e anos seguintes. Vão ser discutidos o financiamento e outras estratégias que se possa fazer, e foi proposto um Dia Nacional de Mobilização Contra o Dengue. O grupo de trabalho discutirá a conveniência de ser um dia só ou dias diferentes. Outro aspecto a ser

visto é a previsão de financiamento para ações de controle do *Aedes Aegypti* para Santa Catarina e Rio Grande do Sul, uma vez que essa é uma tendência de aparecimento e extensão da doença. Fez ainda dois comentários relativos à exploração da mídia e também com relação a situação do RJ que se constitui num exemplo cadente para que essa situação não se repita. Não apenas a situação epidemiológica que há que ser combatida e evitar que ela se repita em outros lugares do país, mas sobretudo a nossa incompetência coletiva de levarmos soluções à esta questão. Disse que ao falar de incompetência coletiva está se referindo a dificuldades na relação entre gestores e isso tem de ser superado em nome da saúde. Disse ainda que é preciso expandir a discussão do dengue para outras áreas fora da saúde. Se não houver uma interface concreta com as ações urbanas, sobretudo as questões de coleta e destinação adequada do lixo, limpeza urbana, etc, vamos continuar nessa batalha inglória. Disse que foi Secretário Municipal de Saúde e sabia das dificuldades do prefeito em coletar o volume de lixo que habitualmente ele já era obrigado a coletar diariamente, então quando era colocado na rua um volume que ele não esperava, ele ficava desesperado por não ter como coletar todo o lixo. Isso desmobiliza o cidadão porque ele vê a programação na TV que lhe diz para retirar o lixo do seu quintal e colocar a porta da rua, e se a coleta não acontece ele não vai mais fazer. Essa é uma questão que deve ser enfrentada, é preciso encontrar meios de auxiliar prefeituras que têm déficit em coleta de lixo. O representante do CONASS para a Região Norte Dr. Francisco Deodato - colocou que o Estado do Amazonas, dadas as proporções, viveu por dois momentos a situação que vive hoje o Estado do Rio de Janeiro. Em 1999 ocorreram 165 mil casos de malária e que foram reduzidos 78%. Em janeiro de 2001<sup>a</sup> Amazônia teve 25% dos casos do Brasil e neste momento, de 1º de janeiro a 15 de fevereiro, tiveram um total de 66 casos. Este somatório de esforços do município, do estado e do governo federal, precisa na prática ser entendida como um somatório de esforços com um único objetivo, e no Amazonas nós chamamos isso de comando único, ou seja, os 3 têm de somar para o mesmo esforço e aquele que não estiver interessado nisso terá que ser afastado do processo. Disse que faz essa colocação por conta da questão da descentralização, já que o

que se quer é que todos os municípios se habilitem e tenham estrutura para enfrentar o dengue e a malária, no entanto no Amazonas foi preciso tomar algumas posições com o apoio da FUNASA inclusive, que foram consideradas no momento como retrocesso, como por exemplo quando intervimos no programa de Manaus e tomamos o programa para o estado. Naquele momento pareceu um retrocesso, mas foi assim que se conseguiu sair de 7 mil casos de dengue num mês, para 25. Então se o município não estava dando conta, cabe ao estado tomar uma ação que efetivamente possa resolver. Essa experiência precisa ser olhada desse ponto de vista, os esforços são necessários nos 3 níveis, mas alguém tem de dizer em algum momento o caminho que deve ser tomado. Nós estávamos avaliando e enquanto se reduzia 83% no interior, em Manaus se conseguia reduzir só 20% e em determinado momento começou-se a ver a curva subir, então não podíamos ficar esperando que o município resolvesse as suas dificuldades, enquanto a curva de ascensão dos números era crescente. Disse que a experiência do Amazonas pode não servir para todo o Brasil, mas que os números são importantes tanto no dengue como na malária. Com relação à sazonalidade, isso não existe e o programa deve ser perene e permanente, o que remete a todos para a questão do financiamento. O Amazonas também tem problemas de financiamento, mas chegou uma hora que não valia mais a pena discutir se o dinheiro dava ou não, tinha-se que agir, e o estado entrou com recursos importantes para a realização do programa, obviamente que com a parceria permanente da FUNASA nos investimentos. Finalmente disse achar que a proposta do CONASS e CONASEMS de definir o acompanhamento precisa ter como ponto principal o resultado das ações daquilo que já foi feito, precisa-se reavaliar se as certificações feitas estão tendo resultado ou não. Deve ser enfatizada a questão do financiamento que deve ser repactuada, para que se possa ter os resultados esperados. O representante do CONASEMS para a Região Centro-Oeste Dr. Otaliba Libânio - disse que em Goiânia e em municípios da região metropolitana, principalmente o de Aparecida de Goiânia, a situação é muito grave. Só no município de Goiânia já foram notificados mais de 2000 casos este ano, com 230 casos suspeitos de dengue hemorrágico. A situação é mais grave ainda porque comparativamente aos outros

anos, está ocorrendo uma notificação muito grande de casos suspeitos de dengue hemorrágica, parecendo que há uma mudança de perfil dos casos, talvez por uma repetição anual e um estoque maior de susceptíveis. Do ponto de vista financeiro, o que o município recebe fundo à fundo é insuficiente para pagar a folha dos agentes de combate ao dengue, então essa questão de rever o financiamento é uma questão central. Uma 2ª questão é a dos estados e municípios que estão numa situação epidêmica. Por exemplo, no nosso município, que está em situação de epidemia temos apenas 12 máquinas de UBV pesados para tentar fazer todo o bloqueio de uma cidade de 1 milhão de habitantes. Se pegarmos o caso de Campo Grande, lá estão trabalhando com 30 máquinas de UBV pesados. Então existem desproporções que precisam ser revistas, o Plano de Intensificação da FUNASA foi importante, mas para algumas lacunas, poder-se-ia aprofundar. Numa situação epidêmica as 02 frentes para a redução rápida é trabalhar em cima do mosquito adulto e dos ovos e larvas. No mosquito adulto a única medida eficaz é a pulverização, então deve ser avaliado se esses municípios críticos têm os recursos necessários. É preciso que se trabalhe com critérios mais sensíveis para o diagnóstico do dengue hemorrágico, de modo que se possa monitorar suspeitos e evitar óbitos. Do ponto de vista da assistência isso gera uma demanda extra na rede básica e na assistência hospitalar. Seria interessante ter um acréscimo nos tetos financeiros dos estados e municípios para que se possa dar um atendimento de melhor qualidade a esses casos, principalmente aos de dengue hemorrágica. Falou que a médio e longo prazo deveria se fazer uma revisão das estratégias: centrar a questão do manejo ambiental, na mobilização da população e pensar em estratégias para sua adesão, já que 90% dos focos estão nos domicílios. O Secretário Municipal de Saúde de São Paulo Dr. Eduardo Jorge - colocou que a epidemia de dengue é uma questão de saúde pública e hoje nos 5 jornais de São Paulo, havia 6 páginas e meia sobre dengue e o clipe eletrônico de 6ª, sábado e domingo das TV, deu 1h45 de dengue. Essa é uma questão que passou a eletrizar a população e passou a ser um questionamento ao próprio SUS. Quando se discute o problema no rádio e na TV, o questionado é o SUS que não deu conta, mais uma vez as autoridades sanitárias se mostraram incompetentes

como disse ontem o Tramontina, num jornal que tem uma audiência esmagadora. Então num sistema único de saúde que tem proezas como conter a epidemia de AIDS, colocar o País em 2º lugar na realização de transplantes, implantar 13 mil equipes do PSF em 6 anos, está sendo questionada mortalmente por essa questão. Disse achar que deve haver uma reação à altura, não só na questão técnica, mas na questão principal que é aonde perdemos a batalha para o mosquito, porque na verdade o mosquito tem dado um baile na gente nesses 15 anos, desde que tomou conta da cidade maravilhosa. É fato que tem uma outra cidade ou estado que não fez o dever de casa, mas tem o problema da comunicação, que é por onde estamos perdendo. Fez então 03 sugestões: 1 - o enfrentamento tem que ser na TV, o MS tem que ir para TV explicar qual é a conjuntura da do dengue no mundo e no Brasil, isso já deveria ter sido feito. O novo Ministro deve ir à TV imediatamente e assumir, levar pancada. Deve ser feita imediatamente uma campanha com artistas, como a da AIDS que são fantásticas enquanto que a do dengue é paupérrima; 2 - estabelecer comunicação com a população - que as cidades e estados instalem disque dengue como fizemos em São Paulo e estamos recebendo ligações de todo o Brasil; 3 - tem de haver a coragem de dizer que alguns seguimentos da população não estão ajudando e deve ter sanção para essa pessoa, o que deve valer para todo mundo, desde a dona de casa, ao comerciante, ao dirigente de repartição pública. Não se deve ter medo de fazer isso, mas é claro que quem não fez o dever de casa fica em situação difícil para cobrar, mas sem isso não tem jeito. A minha experiência no ano passado de fazer mutirão num bairro com 100 casas e comércio, 99 toparam, mas tinha um sujeito que a gente visita 1, 2, 10 vezes e ele queria criar mosquito, assim tem de haver sanções para essas pessoas. Dr. José Eduardo Subsecretário Estadual/RS - disse que o RS está entendendo a gravidade da situação do ponto de vista nacional e quem sabe a situação de destaque que hoje o dengue tem. Disse querer colocar 02 pontos para reflexão - que é a forma como tem percebido a questão de que há uma idéia de que todo o recurso da descentralização do teto de ECD é para atuar no controle de um complexo de agravos muito mais amplo. A outra questão é com relação à sugestão de que se faça um

acréscimo de recurso no teto dos municípios onde o problema está mais agilizado, o que é correto, mas que não se deixe de pensar também na importância de se reverter esse tipo de lógica, na medida em que uma das principais diretrizes do sistema é trabalhar com o conceito da integralidade. Então prevenção a tempo tem papel importante, e alguns municípios que não tem ainda uma infestação muito clara, como é o caso de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, isentos ainda da circulação viral, devem ter uma atenção especial. Este critério foi adotado no Rio Grande do Sul e o grupo técnico tripartite proposto para fazer uma avaliação tanto técnica quanto financeira do Plano de Intensificação, deverá ter a sensibilidade de incluir esses dois Estado numa eventual proposta de uma atenção especial, dada a sua importância estratégica, para pelo menos retardar o aparecimento da dengue. Dr. Álvaro Machado, Secretário Estadual de Alagoas - disse que do ponto de vista da gestão do sistema estamos vivendo momento importante, então gostaria de colocar algumas questões: 1 - é óbvio que num momento de epidemia as ações e discussões se voltam muito para as ações de controle da doença, mas nós sabemos que no caso específico do dengue só teremos condições de evitar novos surtos, novas epidemias, se nos voltarmos para ações de controle do vetor, que são as ações mais importantes. Nesse sentido acho que poderíamos aqui pactuar uma forma de se ter um controle efetivo de infestação predial pelo *Aedes Aegypti*, em todos os municípios. Temos já os conhecidos indicadores da atenção básica que os municípios já vêm monitorando, tais como cobertura vacinal, consultas pré natal, etc., e propôs que fosse colocado junto a esses indicadores a infestação predial pelo *Aedes*. Isso permitiria ao Ministério da Saúde direcionar melhor as ações de controle do vetor. Sugeriu em complementação a proposta do Dr. Anastácio, que no caso específico do dengue não se deveria destinar mais recursos para aqueles municípios que estão com casos notificados, e sim para os municípios que estão com infestação predial alta ou acima de 1%, que a OMS considera como uma situação segura. Muitas vezes um município tem 10 casos de dengue e outro tem zero, mas os 10 casos podem ser importados e a infestação predial pode estar abaixo de 1%, então não há tanto risco de epidemia e transmissão. Porém, se o que tem 0 tiver 8 a 9% de

infestação predial, pode haver aí a ocorrência de sérias epidemias. Ontem foi trazido um dado interessante à Assembléia do CONASS, de que os ovos podem sobreviver por 400 dias, porém se eles forem decorrentes de fêmeas infectadas, as larvas já nascem infectadas. É uma situação de enorme complexidade para a ação de controle. Assim só se pode combater dengue com um conjunto de ações que envolvam comunidade, especialmente o setor educação, setor de urbanismo, limpeza urbana, etc, mas a ação focal específica de monitoramento do Aedes através do controle da infestação predial é até o do ponto do setor saúde a ação mais importante para se avançar no controle da doença. Colocou ainda a necessidade de a FUNASA agilizar a capacitação dos LACENS para os exames de isolamento do vírus e a necessidade de que se trabalhe junto, Ministério, Estados e Municípios para se evitar essa banalização das notificações de casos de dengue, especialmente pela área privada. É importante trabalhar a autuação de donos de terrenos baldios e de imóveis fechados que não estão conservando, porque na cadeia de transmissão de focos do mosquito isso é muito importante. Finalmente há uma questão específica que é aquela ligada as bromélias, que são focos importantes da doença. Dr. Luiz Carlos Soubânia - SES/PR disse que a população é nossa maior aliada, temos que chegar nela e ela é receptiva nesse sentido, e que todas as áreas devem estar envolvidas nesta luta contra o dengue. Curitiba está lançando agora, no dia 25, nas escolas públicas e privadas um check list para que os alunos se tornem os nossos vigilantes. Dr. Wagner, Subsecretário Estadual da BA disse que o planejamento estratégico para o enfrentamento do dengue é essencial. O episódio do Rio de Janeiro nos trouxe uma lição muito interessante que é preciso despolitizar essa discussão. Temos de fazer política de saúde sem nos deixarmos envolver por quaisquer ingerências negativas do ponto de vista político ideológico, a despeito do ano político. A participação da comunidade é essencial, mas alguns setores precisam ser mobilizados para não nos criar problemas como é o caso do legislativo e do judiciário. Isto está sendo feito na Bahia, na forma da ação que estamos chamando de Guerra à Dengue na Bahia - a participação de juizes, promotores e procuradores é essencial para que algumas atitudes que tenhamos de tomar não nos crie dificuldades

enquanto gestores. Temos que ter um aparato legal que não só puna, que também premie o indivíduo que colabora, e aqui fica a sugestão de talvez se fazer uma medida provisória de alcance nacional, para que possamos invadir determinados locais que tenham focos de dengue e precisam ser erradicados. Porque terreno baldio a gente invade de qualquer jeito, mas casa é mais complicado e seria preciso ter um respaldo da justiça. Nenhum Secretário Municipal de Saúde tem, salvo raros e honrosas exceções, autonomia suficiente, sobretudo se o seu município não for organizado, para que ele tome determinadas ações. Haverá em Brasília uma reunião que congregará todos os Prefeitos, no próximo mês e essa será uma oportunidade ímpar para sensibilizar esses prefeitos para a necessidade deles fazerem aquelas ações de infra estrutura urbana, sem as quais não se consegue combater o dengue. Dr. Renilson Rehem disse que as vezes fica preocupado achando que as discussões tendem a ficar muito restritas a questões operacionais de descentralização e do financiamento, e que isso deve ser entendido como um meio para chegar naquilo que é a nossa responsabilidade, o objetivo final. Então a questão da descentralização, principalmente com relação aos pequenos municípios, precisa ser discutida porque se perde muita escala, e que o volume de recursos que se consegue botar num município pequeno, é tão pequeno, que não dá para fazer o controle nele. Outra coisa que também precisa ser discutida é a responsabilidade do estado, porque se deve ter uma preocupação maior com a população do que com os nossos pares. Do ponto de vista do financiamento, antes de dizer que precisamos de mais dinheiro, vamos discutir a melhor distribuição desses recursos. No caso específico do Rio a FUNASA colocou aqui o problema, foi feita uma discussão na CIB e conseguiu-se melhorar a distribuição do recurso que estava errada, completamente distorcida. Disse que na sua opinião essa posição de que toda decisão da CIB é soberana precisa ser revista, e que não se está falando de má fé, mas sim de equívocos e problemas. Do ponto de vista da assistência, o Ministro assinou uma Portaria criando um Comitê, que já foi publicada, que é uma coisa emergencial para a situação do Rio, sob a coordenação da SAS. O Comitê é constituído de forma tripartite pela SES e municípios. A idéia não é de intervenção e sim a de contribuir para superar algumas

dificuldades, clarear um pouco para organizar e ter a oportunidade de aprender com essa situação, para ver o que se precisa fazer em nível nacional. Esse trabalho está começando hoje e está com validade prevista para 60 dias, então a expectativa é de que dessa experiência se retire alguma coisa que possa contribuir do ponto de vista da assistência para outras instâncias. O Diretor do CENEPI Dr. Jarbas Barbosa colocou que ontem foram discutidas algumas questões com o CONASS, sobre os quais gostaria de fazer comentários. A questão central para se ter um melhor enfrentamento do dengue é um debate no nível desse que está sendo feito aqui na CIT. Não haverá nenhuma panacéia contra a dengue, ontem a Globo vendeu o BTI que já usamos há 2 anos no país como algo novo e que só é preciso 2 milhões de reais para erradicar o dengue no Brasil e tantas outras invenções. No ano passado, com a consciência de que a erradicação do dengue que estava proposta no PEA original é irrealizável a curto prazo. Não por falta de dinheiro, mas porque nenhuma daquelas medidas ali colocadas, mesmo que colocadas em 100%, não seriam capazes de erradicar o Aedes, não há base técnica para isso. Quem tem o PEA original, e isso é uma autocrítica, não é uma crítica de fora, verá que era uma compreensão equivocada que tínhamos na metade dos anos 90. Tanto que na hora que o PEA se rende à realidade ele diz o seguinte: "o eixo dessa erradicação é diferente de tudo o que já se fez até hoje, porque o eixo fundamental vai ser a mudança de qualidade de vida das pessoas". Então, mudar a qualidade de vida das pessoas a ponto de erradicar um mosquito como o Aedes, é tarefa para 30, 40 anos, porque não é só resolver o problema da miséria. Se assim o fosse Porto Alegre e o Uruguai não teriam mosquito. É de até mudar tecnologia, é parar de ter caixa d'água. Com base nessa constatação e com base na concepção do risco que tínhamos com a introdução do Dengue no Rio no ano passado, que se repetiu e se consolidou uma crença: um soro tipo novo entra num ano e vai dar epidemia no ano seguinte. A epidemia do Rio no ano passado era por Dengue2 e teve casos esporádicos de Dengue3, como nós vamos ter esse ano em vários estados do Brasil. O grande risco de epidemia de Dengue3 é no próximo ano, e o Rio de Janeiro, paradoxalmente, já vai estar protegido, porque com essa velocidade de expansão todo mundo já vai estar "vacinado".

Com base nessa concepção foi lançado o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue no meio de uma revisão de um ícone brasileiro: o Brasil foi o único país que defendeu e quase obrigou a Assembléia da OPAS a adotar a idéia da erradicação, apesar de não ter nenhuma evidência técnica. Tanto que no ano passado o Ministro Serra conversou com o Dr. Jorge. Além e disse: "vamos montar um seminário porque eu quero ver o país que fez algo que deu certo, para copiarmos no Brasil, custe o que custar". Sentamos com a OPAS e não teve nenhum país que tivesse erradicado. Só se conseguiu exemplos bem sucedidos, dentro e fora do Brasil, em municípios pequenos, em nenhuma grande área do mundo se conseguiu. E o grande problema hoje são as grandes áreas urbanas aonde as condições ambientais e sociais são tremendamente favoráveis à expansão do mosquito. Com base nisso foi feito um seminário onde foram apresentadas as melhores experiências mundiais e as várias maneiras de enfrentar o dengue, tendo surgido então o PIACD. Sinteticamente ele propunha melhorar a vigilância epidemiológica e entomológica, e hoje não temos essas vigilâncias. Nós contamos os casos depois que a epidemia está instalada, e a nossa capacidade de antecipação, de predição, de saber que está crescendo mosquito numa determinada área e intensificar ações é nenhuma. Todo ano eu rezo para ser contrariado, mas depois que a epidemia entra num certo patamar, eu nunca vi se conseguir reverter sua curva natural. Então, é baseado no fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica, numa melhoria do trabalho de campo que é um trabalho complicado se não tiver uma supervisão permanente na questão da assistência, inclusive com recomendação de se fazer planos de contingência porque é esperado um aumento de casos de febre hemorrágica, não só pelo dengue<sup>3</sup>. Nós já vimos isso com o dengue<sup>2</sup>, dependendo de onde ele vem, se vem da Ásia ou da América Central, ele tem mais capacidade de gerar casos graves. Goiânia por exemplo está tendo casos devido ao dengue<sup>2</sup>, e tem gente morrendo em virtude de problemas no diagnóstico e manejo clínico inadequado. O Plano sugeria ainda mudanças na legislação e que deve ser analisado rapidamente. A questão da comunicação e mobilização social era um dos consensos em todo o mundo. Se não se faz um trabalho forte de mobilização das pessoas, não se

consegue conter a epidemia. E aqui não se está falando erradicar o mosquito, mas sim conter, prevenir e reduzir o dano causado pela epidemia. Essa é a síntese do plano e nesse momento precisa ser avaliado o que deve ser feito de continuação para a sua plena implementação. Uma proposta que o CONASS apresentou e que é adequada, é a de olhar para o médio e longo prazo. A questão do teto deve ser avaliada com cuidado, porque sistema de financiamento que premia o fracasso, estimula o fracasso. O financiamento tem que ser feito pela expectativa de cobrir a necessidade de ação emergencial. Vamos lembrar que o teto varia, é flexível. É possível se fazer algumas mudanças, de modo que as CIB tenham algo mais regulamentado para fazer estas pactuações. Em relação ao Dia D, a idéia é garantir num dia só uma concentração de forma que todo mundo nas suas casas façam uma inspeção e eliminação de focos, enquanto os nossos agentes entrem em pontos estratégicos, imóveis fechados, terrenos baldios, logradouros públicos, isso acompanhado de uma grande campanha de mobilização social, com check list que diga o que e como fazer. Isso será feito no dia 09 de março. Amanhã, dia 22, estaremos indo juntamente com o Ministro da Saúde a uma reunião no Rio de Janeiro com todos os municípios da região metropolitana, e a idéia é de que isso seja feito em seguida em todo o Brasil. O material a ser usado no Rio é aplicável no Brasil inteiro, e a idéia é fazer um material para residências, um para obras, um para fábricas, lojas, etc. Então concentrar os esforços na mobilização das pessoas, na melhoria do trabalho de campo e na assistência, é a idéia. Alguns estados já estão fazendo essas iniciativas, como é o caso de Manaus, que no passado teve um quadro parecido com o do Rio, com 55 casos de febre hemorrágica da dengue e outras manifestações graves, mas com a montagem de um sistema de referência bem feito e a capacitação/atualização dos profissionais, não houve a ocorrência de nenhum óbito. Dr. Mauro Machado colocou que com as providências sugeridas é possível reverter o processo, e o Dr. Deodato deu um testemunho aqui do papel da SES em relação à questão do controle de doenças dentro do Amazonas. Se Manaus não fez, o governo estadual assumiu e fez no seu lugar. É preciso deixar bem claro quais são as responsabilidades do nível municipal, estadual e as do nível federal que estão previstas na

Portaria 1399, senão vamos perder esse grande processo nosso de descentralização. Descentralizar controle de endemias é diferente de descentralizar área de assistência, porque no caso do controle de endemias, se acontece algum surto de determinada doença transmissível e o município não faz a sua parte, aquilo vai se alastrando para outros municípios e para outros estados dependendo do agente biológico que está sendo transmitido. É extremamente importante que haja um processo de supervisão de acompanhamento do que está sendo efetuado pelos os municípios. Os municípios devem fazer a sua parte no processo, aquilo que está pactuado na PPI, ou seja, os municípios estão recebendo recursos fundo a fundo por conta de um pacto que envolve metas e atividades, firmado na PPI. O estado deve fazer da mesma forma e acompanhar o que está acontecendo nos municípios e é importante que as SES se organizem para ações contingenciais, quando houver incapacidade dos municípios ou quando a epidemia ou surto suplantar a capacidade de enfrentamento do município. No que se refere à questão do financiamento, quando foi fixado um valor per capita e um valor por km<sup>2</sup> para essas ações de ECD, exatamente para buscar a diferenciação em termos de quadro epidemiológico e a diferenciação em termos de acesso à implementação dessas ações, não foi fixado um valor para as SES e SMS, foi fixado um valor para o estado. Então o estado e os municípios é que devem pactuar metas, atividades e recursos na CIB, para cumprimento das metas pactuadas, que é a PPI. Algumas vezes, na ânsia de pactuar rapidamente, essas coisas não foram observadas, e as metas e atividades não estão compatíveis com os recursos que foram alocados, estão para mais ou para menos. É extremamente importante então que haja um processo de discussão e se necessário uma repactuação em nível de estado, que isso seja discutido na CIB, para que a relação metas, atividades e recursos seja casada, de modo que o município não assuma a responsabilidade e não tenha os recursos para implementar as ações. Feita essa repactuação e havendo necessidade de recursos adicionais, não há problema, desde que se faça uma discussão interna para avaliar essa necessidade de recursos adicionais. Disse que está sendo gasto mais de 20 milhões de reais em campanha publicitária desde o dia 05 de outubro. A campanha foi modificada

naqueles estados onde há maior ocorrência de dengue, e talvez o que se possa fazer é aperfeiçoar a campanha que está no ar, no sentido de buscar um resultado maior do que o que hoje estamos alcançando com a atual. Falou que é preciso refletir sobre esses aspectos e sair daqui com decisões em relação ao controle da dengue - vamos olhar metas, atividades e recursos, analisar se estão certos, se as responsabilidades assumidas estão de acordo com os recursos aportados ou se há necessidade de se fazer um remanejamento interno ou de repasse adicional de recurso. Já poderia então sair uma deliberação nesse sentido e também uma recomendação do CONASEMS para que os municípios intensifiquem as ações de combate ao vetor do dengue e outra do CONASS, no sentido de reforçar as ações de supervisão e de estimulação de uma área dentro das SES para efetuar ações contingenciais complementares, caso seja necessário uma ação nos municípios que não estejam conseguindo implementar adequadamente. Dr. Barjas colocou que o balanço feito é muito realista. Temos muitos problemas, mas temos várias soluções, e as experiências com êxito devem ser copiadas, adaptadas e implementadas nos estados. De todas as coisas colocadas há uma que é grave ou delicada - nós estamos perdendo a batalha da comunicação - as coisas positivas, como a redução do número de casos e mesmo a erradicação da doença em alguns municípios, isso ninguém sabe. Também que o resto do país tem uma queda de 31% no número de casos, o caso do Amazonas que conseguiu ter um controle graças a uma ação coordenada entre o MS, FUNASA, SES, até com uma "intervenção branca" na inoperância momentânea do município. Então temos de mobilizar mais, enfrentar mais a mídia para desfazer as coisas negativas. Temos que divulgar as ações e compromissos que estamos fazendo, e com relação à comunicação pode-se fazer uma proposta de articular as campanhas levando em consideração as características locais. Amanhã estaremos numa reunião com as principais prefeituras da região metropolitana do Rio de Janeiro, onde vamos debater com os prefeitos, secretários municipais e estaduais de saúde. Estamos chamando também para o debate os secretários de limpeza pública ou de serviços públicos, porque grandes partes das ações a que nos propomos aqui não poderão ser feitas sem o respaldo técnico, de infra-estrutura e

logística de uma Secretaria de Serviço Público. Vamos também mobilizar para fazer o Dia D em 9 de março, e com certeza os erros e acertos que tivemos nessa empreitada vão nos auxiliar a vencer essa batalha, e também em relação aos estados, para fazer alguns pactos e para mobilizar alguns recursos adicionais. Será levado em consideração a questão do trabalho a ser feito nos municípios de maior porte, nas áreas metropolitanas onde tem problema sério, mas sempre levando em conta que não se pode premiar quem não fez a lição de casa. O Ministério está de portas abertas, sua equipe está à disposição, a FUNASA faz a coordenação do trabalho e o Ministro pessoalmente junto com os demais Secretários do MS, vão apoiar, atuar e participar das reuniões, mas não faremos isso sem a participação e a articulação dos Secretários Estaduais e sem a presença, organização e execução dos Secretários Municipais, que lidam efetivamente com a população. Finalmente disse que queria se despedir do Comissão Tripartite, com o qual trabalhou durante 5 anos, tendo aprendido muito. Por conta dessa convivência é que hoje tem uma visão da saúde muito mais aberta e que entende mais claramente a importância dos órgãos colegiados e da participação e interação dos vários gestores. Disse ter tido sempre o apoio de todos os elementos políticos que aqui estão e de suas instituições e secretarias, da mesma forma que como Secretário Executivo, a equipe do MS procurou sempre dar apoio e respaldo às justas reivindicações e ações propostas pelos membros dessa Comissão. Disse ter tido o prazer e o privilégio de ter sido convidado para substituir o Ministro José Serra, o que não é uma tarefa fácil, tendo em vista o brilhantismo que o Ministro José Serra teve ao longo da sua gestão, na qual cumpriu uma parcela significativa da Agenda Sanitária colocada por mais de uma década. Ao substituí-lo vou precisar da colaboração, do apoio, das sugestões e críticas de todos os agentes políticos, seja gestor municipal ou estadual, para que possamos cada vez mais melhorar a saúde da população. Meus agradecimentos, parabéns a todos pelo trabalho, e continuamos nessa luta de hoje até o final do ano simplesmente mudando da Secretaria Executiva para o cargo de Ministro da Saúde, mas a equipe que trabalhou ao longo desses 04 anos será praticamente a mesma, não haverá qualquer descontinuidade de trabalho. A todos muito obrigado pelo aprendizado e pela convivência

durante estes 5 anos. Dr. Sílvio Mendes agradeceu ao Dr. Barjas a sua presença, contribuição e o relacionamento que tido durante esse tempo todo, que ele havia contribuído para o engrandecimento e enriquecimento de todos e pelo processo administrativo pactuado nos níveis municipal, estadual e federal. Disse que o SUS e Ministério da Saúde ganham com a sua presença, e que em seu nome e no do CONASEMS, lhe desejava sucesso nessa nova e elevada função que está assumindo, e que o MS está bem entregue nas suas mãos. Dr. Fernando Cupertino falou que em nome do CONASS, formulando ao Dr. Barjas os votos de uma gestão muito feliz, que certamente vai ter o reflexo do seu jeito de ser e sobretudo dessa sua característica notável que é a capacidade para o diálogo. Dr. Barjas Negri se despediu lembrando que os Secretários presentes deveriam fazer uma articulação, uma reunião técnica com a equipe da FUNASA. Dr. Renilson Rehem disse achar que com essa reunião hoje é necessário que se tenha alguns desdobramentos mais concretos, principalmente com relação à mídia e a relação que o SUS tem no momento com a situação da dengue, sendo interessante que o SUS tivesse uma conclusão ou uma nota sobre isso, para publicar na imprensa. É importante passar para a população o que é nossa responsabilidade de coesão, de trabalho articulado em função do interesse da saúde da população. Caso haja consenso, esta nota pode ser preparada hoje e publicada amanhã. Informou que a NOAS com os ajustes que foram feitos ao longo do ano passado já foi para o Gabinete do Ministro e já está pronta para publicação. Dr. Cláudio Duarte disse que a Diretora do departamento de Atenção Básica, Dra. Heloísa Machado passaria para o CONASS e o CONASEMS as minutas de duas Portarias que implantam a sistemática de financiamento nacional e mudam a forma de organização dos pólos de capacitação para o PSF, para serem analisadas, e que na próxima semana se fizesse uma discussão sobre o assunto e um acordo para se implantar isso rapidamente. Dr. Lavíνας sugeriu que o COSEMS/RJ fosse incluído na reunião das regiões metropolitanas, porque há 15 dias foi feita uma reunião plenária na região metropolitana que contou com a presença do Dr. Barjas, do Dr. Cláudio Duarte e com a presença de todos os secretários e alguns prefeitos, porém o representante do Ministério

que estava agendado ,não compareceu. Perguntou sobre o horário e local da reunião, ao que foi informado pelo Dr. Barjas que a tarde será definido o local, o que será informado via FAX. Dr. Otávio Mercadante falou que se houver acordo com relação à nota técnica da CIT, já se podia ver quem iria elaborá-la. Dr. Jarbas ponderou que na verdade é uma nota política do Ministério, Municípios e Estados a ser assinada pelas as três instâncias. O Dr. Sílvio Mendes designou o Dr. Eduardo Jorge para representar o CONASEMS, o Dr. Cupertino representará o CONASS e o Dr. Jarbas o Ministério. Dr. Mercadante convidou a todos para transmissão do cargo de Ministro às 15h, no Centro Cultural Banco do Brasil. Agradeceu a todos e encerrou a reunião.

Visto:

Ministério da Saúde

CONASS

CONASEMS



**Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Comissão Intergestores Tripartite  
Secretaria Técnica**

## **COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT**

**REUNIÃO ORDINÁRIA DE 21/02/2002**

### **RESUMO EXECUTIVO**

O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Dr. Barjas Negri, conduziu a 1ª Reunião Ordinária da CIT, realizada em 21 de fevereiro de 2002.

#### **Pontos da Pauta:**

**1 – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – INCA** – O Diretor do Instituto Nacional do Câncer – INCA colocou que câncer é um problema de saúde pública que requer uma política nacional para seu controle e que esta política tem por objetivo reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil. As diretrizes dessa política envolvem os aspectos das ações de prevenção do câncer, sua detecção precoce, a consolidação e expansão dos serviços de assistência oncológica e o desenvolvimento de recursos humanos, estudos e pesquisas. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer é um instrumento de Estado, sendo o Plano Plurianual um instrumento de governo que traduz em ações, custos e prazos, as prioridades, cuja estratégia de ação tem a coordenação centralizada, a cargo do INCA, e as ações descentralizadas, sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.

**2 – Avaliação do Impacto do Incentivo de Assistência Farmacêutica – SPS/MS** – a apresentação do assunto foi transferida para a próxima reunião da CIT.

**3 - Dia Mundial da Saúde** - foi informada a sua comemoração no dia 07 de março. A vinda ao Brasil da Diretora Geral da OMS dará início às comemorações, já no dia 05, em São Paulo, numa cerimônia que está sendo preparada em conjunto pelo Ministério da Saúde, Presidência da República, outros Ministérios e uma série de Associações Médicas e entidades que atuam nas áreas relacionadas aos diferentes fatores de risco. No dia 06 haverá manifestações nos estados, com o lançamento do Agita Bahia e no dia 07 uma movimentação no Parque Ibirapuera, em São Paulo, com cobertura mundial do dia, pela TV Bandeirantes.

**4 - Eliminação da Hanseníase** - em janeiro foi realizada uma reunião da Aliança Global para Eliminação da Hanseníase, que envolveu os 12 países do mundo que mais têm casos da doença. O Brasil assumiu a coordenação dessa aliança, cujo desafio é eliminar a hanseníase até 2005. Foi então solicitado que o CONASS e CONASEMS enviem esforços para fechar os Bancos de Dados/2001 da Hanseníase e da Tuberculose, até o dia 31 de março, para que se possa fazer uma avaliação da situação dessas doenças no país, no sentido de subsidiar a estratégia de controle a ser adotada.

**5 - Hipertensão e Diabetes - Campanha e Instrumentos** - foi informado que de acordo com as informações recebidas dos estados e municípios, até 20/02/02 o número de participantes na campanha de detecção da hipertensão foi bem inferior àquele da campanha do diabetes. O Ministério da Saúde está assumindo a assistência farmacêutica básica dessas duas doenças, a partir da detecção e cadastramento dos suspeitos, para que se possa ter um planejamento eficaz e regularidade no fornecimento de medicamentos. O sistema para o cadastramento já foi disponibilizado para os municípios, e foram elaboradas duas minutas de Portarias que regulamentam a assistência farmacêutica para hipertensão e diabetes, que deverão ser avaliadas pelo CONASS e CONASEMS.

**6 - Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD** - foram certificados 40 municípios, com vigência de 1º de março de 2002, sendo:

- 03 da Bahia;
- 04 do Ceará;
- 10 de Goiás;
- 10 do Maranhão;
- 07 de Pernambuco;
- 02 de Roraima;
- 04 de São Paulo.

**7 - Habilitação de Municípios** - foram habilitados em condição de Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a NOB01/96, os municípios de:

- Senador Guimar/AC;
- Plácido de Castro/AC;
- Santo Antônio do Leste/MT.

**8 - Dengue** - a FUNASA fez um relato da situação atual da incidência da doença, que mostra um aumento do número de casos principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Pernambuco, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Goiás, aonde também vem aumentando a ocorrência de casos de febre hemorrágica. Diante da grave situação verificada no Rio de Janeiro foram adotadas as seguintes providências:

- Mobilização de uma força tarefa composta por 1.044 pessoas cedidas pelas SES e SMS de vários estados da federação, para incrementar as ações de campo necessárias para a eliminação de focos do mosquito;
- Aquisição de automóveis, máquinas, etc., para reforçar a estrutura das SES e SMS na implantação das ações;
- Campanha Publicitária para sensibilização da população;

- Contratação de 2.000 pessoas e mobilização de 1.000 soldados do Exército e 500 da Marinha, perfazendo um total de 10.500 pessoas trabalhando exclusivamente na questão da dengue;
- Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para que incorporem o controle à dengue nas suas ações educativas;
- Promoção do Dia de Combate à Dengue, que será em 09/3/2002 nos 14 municípios do Rio de Janeiro onde há maior ocorrência da doença, nos quais se fará uma grande mobilização social, quando será repassado um check-list para que as pessoas possam eliminar focos de mosquitos das suas unidades residenciais.

Em seguida foram feitas colocações sobre a situação existente nos estados, sendo sugeridas e discutidas providências a serem adotadas em nível nacional para o enfrentamento da dengue, que seguem a mesma orientação daquelas adotadas para o Rio de Janeiro, acrescidas de:

- Estabelecimento uma linha de comunicação direta com a população por meio da criação de disque-denúncia;
- Organização das Secretarias Estaduais de Saúde para a realização de ações contingenciais, quando houver incapacidade dos municípios e/ou quando uma epidemia ou surto suplantar a capacidade de enfrentamento do município;
- Buscar forma legal que permita o acesso imediato de agentes de saúde aos imóveis fechados, e também o estabelecimento de sanções para as pessoas que não colaborarem;
- Repactuação de recursos de ECD nas CIB e avaliação da necessidade de repasse de recursos suplementares;
- Adequação da rede hospitalar para as ações emergenciais nos casos de febre hemorrágica do dengue;

- Formação de um grupo de trabalho com representantes da FUNASA, CONASS E CONASEMS para avaliar e rediscutir as ações propostas para o controle do dengue, tanto na perspectiva emergencial, quanto na visão de futuro para 2003 e anos seguintes.

## **9 - Extra Pauta:**

**9.1 - Qualificação do Estado do Ceará na NOAS/2001** - foi apresentada a proposta de qualificação do estado e de 29 municípios que foram avaliados, e que receberam parecer favorável da CIB para a qualificação em Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOAS/2001. Na análise da documentação efetuada pelo Departamento de Atenção Básica/SPS, verificou-se pendências com relação à insuficiência de informações nos Bancos de Dados Nacionais, em 17 desses municípios. Foi então aprovada a qualificação do Estado do Ceará e de 12 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, devendo ser resolvidas as pendências dos outros 17 municípios, até a próxima reunião da CIT.

Nota Técnica da SAS/MS a respeito das providências tomadas com relação à Gestão Plena do Município de Pinheiros/MA, frente à decisão judicial, foi distribuída.