

CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E
DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE
ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO
RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA
POBREZA.**

SETEMBRO DE 2013

**DEPUTADOS COMPONENTES DA SUBCOMISSÃO
ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM
QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS
DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.:**

TITULARES

- 1. ANTÔNIO BRITO – PTB/BA**
- 2. ARNALDO FARIA DE SÁ – PTB/SP**
- 3. BENEDITA DA SILVA – PT/RJ**
- 4. DR. PAULO CÉSAR – PSD/RJ**
- 5. EDUARDO BARBOSA – PSDB/MG**
- 6. NILDA GONDIM – PMDB/PB**

PRESIDENTE: DEPUTADA BENEDITA DA SILVA

RELATOR: DEPUTADO ANTÔNIO BRITO

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	4
2. Doenças relacionadas à pobreza: panorama atual.	7
3. As doenças relacionadas à pobreza no Brasil.	9
4. A posição dos órgãos governamentais frente à questão das doenças relacionadas à pobreza.	13
4.1 Os Ministérios que compõem a Seguridade Social.....	13
4.2 A Secretaria de Direitos Humanos.	21
5. A posição do movimento social em relação às Doenças Relacionadas à Pobreza.	23
6. A interlocução com a academia: participação no V Encontro de Pesquisa e Inovação em Tuberculose na Bahia.	30
7. Análise dos documentos encaminhados à Subcomissão.....	32
7.1. As Políticas do Governo Federal para as Doenças Relacionadas à Pobreza (exceto a Tuberculose).....	32
7.1.1. Hanseníase.....	32
7.1.2. Esquistossomose.....	33
7.1.3. Geohelmintíases	34
7.1.4. Tracoma.....	34
7.1.5. Avaliação do Plano Integrado de Ações Estratégicas.....	35
7.2. O enfrentamento da Tuberculose, no mundo e no Brasil.....	36
7.2.1. Tuberculose: panorama atual no mundo.....	36
7.2.2. A Tuberculose no Brasil.....	38
7.2.3. As demandas da comunidade acadêmica.....	44
7.2.4. A resposta do INSS sobre benefícios concedidos a portadores de Tuberculose e Hanseníase.....	46
8. Análise dos questionários encaminhados às instâncias gestores do SUS.	50
8.1. Questionários encaminhados aos COSEMS.....	50
8.2. Questionários encaminhados aos Comitês para o controle da Tuberculose.....	50
8.3. Questionários encaminhados às Secretarias Municipais de Saúde das capitais.	51
8.4. Questionários encaminhados às Secretarias Estaduais de Saúde.	53
9. medidas no âmbito legislativo concernentes às doenças relacionadas à pobreza.	57
10. PROPOSTAS.	59
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
12. ANEXOS.....	69

1. APRESENTAÇÃO

A Subcomissão Especial DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA foi criada pela Comissão de Seguridade Social, na sessão ordinária do dia 20 de março de 2013 a partir do Requerimento nº 312/2013, de autoria do Deputado Antonio Brito.

A criação de tal Subcomissão, como foi destacado em sua Justificação, teve como objetivo “diagnosticar as ações de governo sobre” as doenças determinadas pela pobreza num contexto em que políticas de governo têm conseguido diminuir o contingente de pobres no País.

Ademais, foi destacado, ainda, que “doenças como Tuberculose, Hanseníase, Esquistossomose, Geohelmintíases, entre outras, atingem principalmente a população em situação de extrema pobreza, além de ser um fator impeditivo no desenvolvimento das famílias atingidas, com impacto direto na qualidade de vida e oportunidade de trabalho e renda”.

Foram nomeados os seguintes parlamentares como componentes titulares da Subcomissão: Deputado Antonio Brito, Deputado Arnaldo Faria de Sá, Deputada Benedita da Silva, Deputado Dr Paulo César, Deputado Eduardo Barbosa e Deputada Nilda Gondim,

A Deputada Benedita da Silva foi eleita Presidente e o Deputado Antonio Brito foi indicado como Relator da Subcomissão.

Foi estabelecido, então, como objetivo e eixos temáticos a serem abordados que a Subcomissão deveria “verificar as principais ações, avanços e desafios nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal), bem como as articulações extrassetoriais, para o enfretamento das doenças relacionadas à pobreza, especialmente tuberculose, hanseníase e doenças negligenciadas (esquistossomose, verminoses, Chagas, leishmaniose, entre

outras), e se for o caso, apresentar propostas que possam contribuir com todo o processo”.

Como cronograma inicial foi proposta a realização das seguintes atividades:

1. Envio de correspondência aos diversos órgãos do Governo Federal solicitando informações sobre as questões relacionadas com o tema. (ANEXOS de I a VII)
2. Envio de questionários às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde das capitais, aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS de cada Unidade Federada, e aos Comitês para o Controle da Tuberculose existentes com o objetivo de embasar e potencializar os trabalhos da Subcomissão (ANEXOS de VIII a XI).
3. Reunião de audiência pública com a presença de representantes do Ministério da Saúde, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Previdência Social e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.
4. Reunião de audiência pública a ser realizada no Estado do Rio de Janeiro com a participação das diversas entidades da sociedade civil organizada. Por se tratar do Estado com o maior número de casos de tuberculose e possuir uma Frente Parlamentar de Combate da Tuberculose na Assembleia Legislativa, com participação dos movimentos sociais.

Durante os trabalhos da Subcomissão foram realizadas as seguintes audiências:

- 1) Audiência pública, realizada em 6 de junho, em conjunto com a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, no auditório da Escola do Legislativo do Estado do Rio de Janeiro, com a participação dos Deputados Federais Benedita da Silva (PT/RJ), e Antônio Brito

(PTB/BA) e Dr. Paulo César (PSD-RJ) respectivamente, presidente, relator e membro titular da Subcomissão de Estudos sobre Doenças Determinadas pela Pobreza, e do Deputado Estadual Gilberto Palmares (PT/RJ), Presidente da Frente Parlamentar de Combate à Tuberculose no Rio de Janeiro. O objetivo primacial da Audiência foi o de ouvir as entidades da sociedade civil organizada de todo o País que se deslocou para o Rio de Janeiro, tendo como principal expositor o Dr. Cláudio Costa Neto, professor da UFRJ e presidente do Instituto Vila Rosário, além dos debatedores: Dr. Draurio Barreira, Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, Germano Gerard Filho, Fundação Athaulpo de Paiva – Liga Brasileira Contra a Tuberculose; Carlos Basília, Observatório Tuberculose Brasil; Wanda Lúcia Branco Guimarães, Fórum ONG TB Rio; Jair Brandão, Parceria Brasileira de Luta Contra a Tuberculose; e Artur Custódio, MORHAN — Movimento pela Reintegração da Pessoa Atingida pela Hanseníase.

2) Audiência pública, realizada em 20 de agosto, com a presença do Sr. Claudio Maierovitch, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, da Sr^a. Mariana Neris Machado, Coordenadora Geral de Serviços de Acolhimento, da Secretaria Nacional de Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Sr. Rafael Mafra, Gerente de Projetos da Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Sr^a Doris Terezinha Loff Ferreira Leite, Coordenadora-geral de Perícias Médicas da Diretoria de Saúde do Trabalhador, do Instituto Nacional de Seguridade Social — INSS, e da Sr^a Sandra Cavalcanti Botelho de Amorim, Coordenadora de Atividades Médico Periciais da Diretoria de Saúde do Trabalhador, do Instituto Nacional de Seguridade Social — INSS.

3) Participação no V Encontro de Pesquisa e Inovação em Tuberculose da Bahia, com a presença do Relator, Deputado Antônio Brito ao evento.

2. DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA: PANORAMA ATUAL.

Nos países desenvolvidos observaram-se mudanças nos padrões de morbimortalidade, juntamente com transformações econômicas, sociais e demográficas, que foram denominados de transição epidemiológica.

De uma forma geral, tais mudanças reuniram três processos conjuntos: a substituição das principais causas de morbimortalidade, passando as doenças não transmissíveis e causas externas a apresentarem maiores frequências relativas que as doenças transmissíveis; a substituição etária, dos mais jovens pelos mais idosos nas frequências de morbimortalidade; e a diminuição da mortalidade, adquirindo a morbidade maior relevância no contexto social.

Diferentemente do observado no mundo desenvolvido, e até mesmo em países vizinhos latino-americanos, no Brasil esse processo não tem ocorrido desse modo. Em que pese ao crescimento econômico ao longo de todo século passado e mais recente e ao processo de distribuição de renda atualmente em curso, observa-se que os novos problemas de saúde e o envelhecimento da população coexistem com os antigos.

Ao analisarmos as taxas de morbimortalidade, embora se observe a relevância das doenças crônico-degenerativas e causas externas, as doenças transmissíveis ainda aparecem de forma importante em nossas estatísticas.

Constata-se, desse modo, não uma transição epidemiológica, mas uma superposição entre padrões de morbimortalidade em que se observa o predomínio das doenças crônico-degenerativas; a persistência ou recrudescimento de doenças transmissíveis, como a tuberculose, malária, hanseníase e leishmanioses, e a reintrodução de doenças como dengue e cólera.

As razões atribuídas à existência desse quadro são históricas e incluem as dificuldades para o Estado desenvolver e aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças infecto-parasitárias, as diferenças de desenvolvimento socioeconômico regionais e a persistência de bolsões de pobreza, no campo e nas cidades, com a

manutenção de condições de moradia insatisfatórias, baixo índice de cobertura de saneamento básico, falta de acesso a uma alimentação adequada e, no caso do meio urbano, áreas com elevada densidade demográfica, o que facilita a disseminação e o contágio de muitas dessas moléstias.

Ademais, o envelhecimento da população brasileira introduz uma demanda por serviços médicos e sociais mais onerosos, com grande conteúdo tecnológico e que, nos países centrais recebem intenso investimento em pesquisa e desenvolvimento. Essa realidade leva a que se crie um mercado de serviços e de insumos extremamente dispendioso, com a consequente diminuição dos recursos para as ações e serviços voltados ao combate às doenças transmissíveis persistentes.

No plano internacional, o baixo investimento global na busca de medicamentos e de investimentos em soluções para a interrupção na transmissão dessas moléstias redundou na adoção de um novo termo, conhecido como doenças negligenciadas.

Tais moléstias são conceituadas como negligenciadas, também, em função de atingirem primordialmente populações excluídas em suas necessidades sanitárias. Caracterizam-se, assim, como doenças perpetuadoras da pobreza, tendo em vista que há uma relação mútua e interdependente entre sua manifestação e baixas condições de desenvolvimento econômico, social e humano.

No Brasil, assim como no restante do mundo, as doenças negligenciadas caracterizam-se pela endemicidade expressiva, tanto no meio rural, como urbano menos favorecido, ações de saúde descontínuas e insuficientes para seus controle e erradicação e baixo investimento em pesquisas para o desenvolvimento de novos fármacos e outros recursos tecnológicos.

3. AS DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA NO BRASIL.

A Tuberculose é, talvez, a doença relacionada à pobreza mais importante e, também, considerada negligenciada, pois, em termos de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e de ações efetivas para o seu controle há uma reconhecida insuficiência em nível mundial.

Pela sua importância, distribuição, taxa de mortalidade e impacto social, a Subcomissão centrou seus trabalhos no sentido de buscar um diagnóstico situacional da Tuberculose em nosso país, a fim de poder encaminhar propostas que contribuam para que as ações e serviços voltados ao combate dessa moléstia sejam mais eficazes. Não obstante, as demais doenças também foram objeto de análise durante as reuniões e Audiências Públicas levadas a cabo pela Subcomissão.

Os agentes etiológicos da Tuberculose são micobactérias e ela está relacionada a um número expressivo de mortes e de incapacidades. Seu agente causal pode instalar-se em qualquer tecido humano (meninges, sangue, gânglios, pleura, pericárdio, rins, ossos, articulações, laringe, pele, intestinos, peritônio e olhos), mas sua localização mais comum é a pulmonar. Sua transmissão mais comum se dá pela exposição às gotículas expelidas pela tosse de pessoas contaminadas, portadores das formas pulmonar ou laríngea. O diagnóstico em sua forma pulmonar é feito pelo exame dos que apresentam tosse, em especial com escarro por mais de três semanas e de seus comunicantes. O tratamento é feito com um coquetel de medicamentos, administrados por via oral, que devem ser tomados diariamente, no mínimo, durante seis meses, ou três vezes por semana, pelo mesmo período, no caso da estratégia DOTS (tratamento de curta duração diretamente observado ou simplesmente tratamento supervisionado).

A incidência da Tuberculose no País, no ano de 2011, foi de 37,1 casos para cada 100.000 habitantes, considerada alta pelos padrões internacionais, com um total de 71 mil casos novos de tuberculose notificados para o mesmo ano. Já no ano de 2010, foram computados 4,6 mil óbitos por tuberculose, colocando essa moléstia como a quarta causa de mortes por doenças infecciosas e a primeira entre pacientes com AIDS. Esse quadro coloca o Brasil entre os 22 países considerados com alta carga.

Há, ainda, em nossa realidade outras doenças negligenciadas com incidência ou prevalência relevantes, entre as quais: a Leishmaniose, a Doença de Chagas, o Tracoma, a Hanseníase, a Dengue e Malária, além de diversas parasitoses, ou Geohelmintíases.

A Hanseníase é uma doença crônica, causada por uma micobactéria que tem alta capacidade de infectar os humanos sendo que, no entanto, poucos adoecem. Aqueles que a contraem, contudo, correm o risco de desenvolverem sequelas incapacitantes se não tratados adequadamente. É transmitida e adquirida pelas vias aéreas superiores e apresenta um longo período entre o contato inicial do indivíduo com o bacilo e as primeiras manifestações da doença. Seu diagnóstico é, em geral, clínico e epidemiológico, mas alguns casos requerem exames em unidades de maior complexidade. O tratamento, a exemplo do efetuado para a Tuberculose, é feito com um coquetel de drogas, administradas sob supervisão, e por, no mínimo, nove meses.

No Brasil, a Hanseníase apresentou, em 2012, um coeficiente de prevalência de 1,51 casos por 10.000 habitantes, colocando o País na faixa de média endemidade. Há, entretanto, regiões extensas com índices altos, muito altos e hiperendêmicos, o que chama a atenção para o combate a tal doença.

A Esquistossomose, por sua vez, tem como agente causal um parasito trematódeo, que leva a várias formas clínicas da doença, atingindo principalmente o fígado, o intestino e o baço. Nessas formas pode ser extremamente grave, levando à insuficiência hepática e varizes do esôfago. As fezes humanas infectadas eliminam ovos do parasito na água que ao eclodirem liberam larvas microscópicas que infectam caramujos de determinadas espécies. Após um período de cerca de um mês, os caramujos liberam uma forma adulta da larva que penetra na pele humana e infecta as pessoas que entram em contato com essas águas.

A doença, conquanto tenha apresentado expressiva redução em sua mortalidade, encontra-se presente endemicamente em nove Unidades da Federação e focalmente em outras dez. Sua distribuição e manifestação são evidentemente relacionadas a níveis baixos de saneamento básico e à pobreza.

O Tracoma, tido como doença em extinção há alguns anos, na verdade encontrava-se subestimado, devido a atingir predominantemente a populações desassistidas. É causado por uma bactéria e transmitido por contato direto, objetos contaminados e também por moscas, mecanicamente. A infecção provoca, de início, uma inflamação nos olhos, com sensibilidade à luz, lacrimejamento e sensação de areia. Se não tratada, evolui para uma inflamação crônica que atingindo a conjuntiva palpebral superior pode redundar em cicatrizes e abrasões e, com a evolução sem assistência, em cegueira. Sua prevalência é alta em extensas áreas do território nacional, principalmente do Norte e Nordeste.

A Malária é transmitida pela picada de mosquitos do gênero *Anopheles* que inocula na corrente sanguínea um protozoário do gênero *Plasmodium*. Seus principais sintomas são febre alta, calafrios intensos que se alternam com ondas de calor e sudorese abundante, dor de cabeça e no corpo, falta de apetite, pele amarelada e cansaço. Pode levar, na dependência da espécie infectante. Em suas formas graves, pode levar a complicações pulmonares, hepáticas, sanguíneas e morte.

A doença afeta anualmente mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e tem mortalidade somente comparável à da AIDS, ainda apresenta Índice Parasitário Anual superior a 10 no Brasil, considerado de médio risco, e superior a 50, tido como de alto risco, em grande parte da Região Norte.

Já a Doença de Chagas, tem como vetor o muito falado e pouco conhecido barbeiro que se alimenta de sangue de várias espécies, inclusive do homem. Ao fazer seu repasto deposita fezes sobre a pele lesada, propiciando a inoculação do protozoário. Pode ser transmitida, ainda oralmente, pela ingestão de alimentos contaminados com o protozoário ou, menos frequentemente, via sanguínea (congenita, transfusional, por transplantes, ou por acidente em laboratórios). Na sua fase crônica causa dilatações no tecido cardíaco, com sintomas compatíveis e arritmias, e no tecido digestivo, redundando em megaesôfago e megacólon.

Embora sua situação no País tenha apresentado evidente melhora, preocupa pelo aumento do número de casos de transmissão oral e pelo fato de ser um exemplo de doença negligenciada do ponto de vista farmacêutico. Com a descontinuidade de produção da única droga efetiva pelo

laboratório privado que a desenvolveu, o Governo Federal assumiu a sua produção e fornecimento mundial.

4. A POSIÇÃO DOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS FRENTE À QUESTÃO DAS DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA.

4.1 Os Ministérios que compõem a Seguridade Social.

A situação das doenças relacionadas à pobreza saúde no País e a posição do governo — Ministérios da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Previdência Social — foi objeto de Audiência Pública, conforme aludido acima.

Ao iniciar-se a reunião, o Relator destacou que questões foram formuladas especificamente a cada um dos órgãos convidados, com vistas a compor um quadro da situação do combate às doenças relacionadas à pobreza e das ações extrasetoriais voltadas a apoiar as medidas de controle das referidas moléstias. (ANEXOS I, II e III)

Pelo Ministério da Saúde, foi feita uma apresentação pelo Sr. Claudio Maierovitch, Assessor da Secretaria de Vigilância em Saúde, que se fez acompanhar de técnicos das Coordenações de Tuberculose, de Hanseníase e outras doenças em eliminação e de Malária.

O referido assessor iniciou sua apresentação destacando que mundialmente observa-se a tendência de diminuição na frequência proporcional das doenças infecciosas, com predomínio das doenças crônicas e que tal situação também tem sido verificada no Brasil, mas que aqui as doenças infecciosas ainda persistem, concentrando-se nas populações especialmente desprotegidas e vulneráveis.

Contrapôs, em seguida, que as doenças infecciosas, acompanhadas pela Secretaria a qual pertence, englobam uma série de afecções e que, dentre essas, incluem-se as doenças conceituadas como decorrentes e perpetuadoras da pobreza que são relacionadas às condições de desenvolvimento social e nas quais se observam uma dupla relação de determinação: da pobreza em relação à doença e da doença em relação à pobreza. São doenças que atingem principalmente populações com baixas condições de vida, moradia e alimentação e, ao mesmo tempo, ao se manifestarem dificultam o seu retorno ao mercado de trabalho, a produzir e à própria integração social.

Ademais, têm sido denominadas de negligenciadas, pois não atraem investimentos dos setores produtores de medicamentos, serviços e outros produtos voltados ao seu diagnóstico e tratamento. Questionou essa denominação, tendo em vista que, no seu entender, são as populações que, de fato, são negligenciadas e que têm dificuldade para manutenção de sua sanidade quer apresente uma doença infecciosa, quer manifeste uma doença crônico-degenerativa.

A seguir, apresentou o quadro epidemiológico das principais doenças que se encontram sob o encargo da Secretaria a que pertence. Iniciou apresentando o mapa da Hanseníase por Municípios no ano de 2012, destacando a distribuição desigual pelas regiões, com concentração em determinados Estados e enfatizou que, embora o País esteja com prevalência um pouco acima da que indica o controle da doença — 1,5 por 10.000), tal média nacional esconderia desigualdades, mascarando a concentração em populações excluídas.

Assim, buscar-se-ia atingir a meta de 1 para cada 10.000 em cada Estado e, a seguir, em cada Município.

Na sequência, relevou a importância histórica da Esquistossomose como uma das grandes endemias, destacou sua gravidade como doença e sua persistência em locais de saneamento básico precário, em especial a Região Nordeste e o Norte de Minas Gerais.

Em relação ao Tracoma, salientou que há pouco anos os próprios oftalmologistas questionavam os dados epidemiológicos e a davam como extinta, mas que inquérito recente revelou sua persistência em áreas de pobreza e que, apesar de as formas graves serem raras, ela continua afetando cerca de dez mil pessoas por ano.

Destacou, então, estarem as doenças citadas, mais as Geohelmintíases, a Filariose e a Oncocercose, sendo tratadas num plano integrado elaborado pela Pasta da Saúde na perspectiva de serem doenças que se superpõe ao mapa da pobreza no Brasil e que merecem uma ação articulada dos serviços de saúde, mais do que uma intervenção individual para cada moléstia.

Ressaltou que no ano próximo passado foi realizada uma ação junto aos municípios mais afetados por essas doenças, com boa

receptividade e adesão por parte dos serviços de saúde da família e dos serviços educacionais.

Prosseguiu, então, abordando a Tuberculose, doença que em sua opinião é emblemática como doença relacionada à pobreza e pontuou o destaque que a infecção ocupa no Brasil, colocando o País como um dos que têm alta carga da doença no mundo.

Isso redundava em que seja entre nós a primeira causa de morte entre pacientes infectados pelo HIV e a quarta causa entre as doenças infecciosas, com 4600 mortes pela Tuberculose em 2010 com um expressivo número de casos novos identificados a cada ano.

Destacou a tendência decrescente da incidência da Tuberculose, mas reconheceu que ainda há uma distância muito grande relativamente a que se atinjam níveis aceitáveis. Isso porque o controle da doença é afetado pelas dificuldades que os mais suscetíveis têm em serem alcançados pelas ações e serviços de saúde, como é o caso da população em situação de rua, das pessoas privadas de liberdade além e outros segmentos excluídos dos serviços sanitários e sociais.

Enfatizou que houve um avanço no que concerne ao tratamento da Tuberculose, realizado pela ingestão de um conjunto de drogas durante ao menos seis meses, levando incômodos ao paciente. Recentemente tais drogas foram concentradas em um único comprimido o que facilita e simplifica a sua administração.

Pontuou que a Tuberculose é marcada por dois grandes desafios. O primeiro representado por garantir diagnóstico acessível, oportuno e confiável para as pessoas. Já o segundo é a garantia ao tratamento com acompanhamento apropriado, de forma a que este se conclua. Reconheceu que o abandono de tratamento em torno de dez por cento é alto e prejudicial, uma vez que a doença é perfeitamente curável e esse fato pode ensejar o aparecimento de cepas resistentes às drogas utilizadas.

Ressaltou que há pouco foram introduzidas nova tecnologia para o diagnóstico de Tuberculose e que após experiência piloto prepara-se sua introdução em cerca de 30 municípios e que essa tecnologia simplifica e atualiza as até agora utilizadas.

A seguir abordou a Malária como também uma doença relacionada à pobreza, embora regionalmente limitada e que atinge um grande número de pessoas em situação de pobreza.

Relacionou, ainda, a situação da Raiva, Leptospirose, Leishmaniose visceral e Doença de Chagas como doenças persistentes, ainda que com poucos números de casos, e que se superpõe ao mapa da pobreza no País.

Informou sobre a iniciativa de ação conjunta com outros Ministérios, principalmente em função da implementação do Plano Brasil sem Miséria e que o cruzamento do mapa da pobreza com o cadastro da Tuberculose foi bastante emblemático, revelando que um quarto de pacientes novos aparecia no cadastro único dos programas sociais e quinze por cento encontravam-se inscritos em programas de transferência de renda. Essa parceria também tem ensejado a definição de prioridades para o desenvolvimento de ações de saúde com base no mapa da pobreza.

Por fim, concluiu com a afirmação de que essas doenças têm como ponto comum o fato de não aparecerem com destaque nas tábuas de mortalidade, mas que são causas importantes de sofrimento de uma parcela considerável da população, acentuam as iniquidades do sistema de saúde e social e demandam ações integradas para sua superação.

Em prosseguimento, a palavra foi franqueada à Sr^a. Mariana Neris Machado, Coordenadora Geral do Serviço de Acolhimento, da Secretaria Nacional de Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

De início, a coordenadora mencionou que se fazia acompanhar de técnicos da Secretaria de Assistência Social e da Secretaria de Extrema Pobreza da Pasta e elogiou a iniciativa da Subcomissão, pois reconhecia a importância capital da articulação para que se efetivem ações integradas.

Destacou que a assistência social faz parte de um tripé, juntamente com a saúde e a previdência social, que compõe a Seguridade Social, conforme preconizado pela Carta Magna.

Esclareceu que, a exemplo da Saúde, a Assistência Social também se organiza em um Sistema Único, no caso, de Assistência Social — SUAS e que orienta sua atuação focada na família.

Também a exemplo da saúde, o SUAS estrutura sua atuação em níveis de proteção, dividida em básica e proteção social especial de média e alta complexidade.

Informou que essa atuação é estruturada em unidades diferenciadas de ofertas de serviços: os Centros de Referência em Assistência Social — CRAS e Centros de Convivência. Os primeiros, voltados ao desenvolvimento de ações estratégicas de prevenção à violação de direitos e de rompimento de vínculos. Já os outros atuam em situações concretas de assistência a famílias e indivíduos em situações concretas de violação de direitos, voltados a públicos específicos, como a população em situação de rua e outras em que há rompimento de vínculos.

Pontuou que o Plano Brasil Sem Miséria visa a atuar na reversão de um fenômeno, a pobreza, em sua multidimensionalidade, pois ela está relacionada a uma série de fatores.

Afirmou que se procura, assim, a reversão dos fatores que agem para a perpetuação da pobreza e propiciar uma melhor distribuição de renda e garantir a fruição de direitos por parte das populações excluídas.

Dessa forma, as ações se voltam para o combate à fome, à ausência de moradia e ao precário acesso a direitos, como o de saúde e de saneamento, a prevenção e proteção contra a violência e violação de direitos, o trabalho infantil, o tráfico de drogas e o crime e reversão do acesso deficiente a serviços públicos.

Salientou que o combate à miséria apresenta relação direta e reciprocidade com o combate às doenças relacionadas à pobreza, pois age na diminuição da vulnerabilidade das populações mais expostas ao risco de adoecerem por essas moléstias.

Na sequência, enfatizou que o Plano Brasil Sem Miséria se estrutura em três eixos: acesso à renda, por intermédio do Bolsa Família e do benefício de prestação continuada, devido à pessoa com deficiência e ao idoso que se encaixem no recorte de renda; a inclusão produtiva urbana e

rural, desenvolvida por busca ativa de possíveis beneficiários; e o acesso a serviços públicos com vistas a propiciar equidade, redução de desigualdade de oferta e garantia de direitos.

Nesse sentido, reiterou que se tem agido na identificação de situações de pobreza e vulnerabilidade social e de territórios onde ela se manifesta, na ampliação de oferta de serviços e na promoção das seguranças afiançadas pelo SUAS: garantia de renda, de convivência familiar e comunitária e de autonomia.

Procurou, então, apresentar pesquisa desenvolvida junto à população em situação de rua, levada a cabo em 71 municípios com população acima de 300.000 habitantes, e que revelou ser esse um grupo heterogêneo. O perfil traçado mostrou que se trata de população predominantemente masculina, mais da metade com idade entre 25 e 44 anos, 67% da raça negra, de baixa renda, sobrevivendo por meio de trabalho informal, 74% alfabetizados e que dorme na rua, em unidades de acolhimento ou alternam entre ambas, fortemente discriminada socialmente, sendo impedida de ingressar em determinados recintos e órgãos públicos.

Expôs, em seguida, as ações desenvolvidas no âmbito do programa BSM voltadas especificamente à população em situação de rua, tais como: acesso à saúde, à educação e à assistência social, criação de quarenta mil vagas em unidades de acolhimento, ampliação de centros de referência que atendem a referida população durante o dia e que têm importante interface com a saúde com ações voltadas à Tuberculose e outras doenças, além de indução para cadastramento no Cadastro Único, que permite maior conhecimento desse grupo e identificação de suas demandas.

Relevou a atuação dos serviços de abordagem social que são serviços volantes, vinculados aos centros de referências e atuantes na identificação de pessoas em situação de rua e, em conjunto com consultórios na rua em abordagem intersetorial, na prevenção e tratamento de doenças, entre elas a Tuberculose.

Apresentou, então, dados, conforme solicitado pela Subcomissão ao MDS, relativos aos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada por apresentarem deficiências decorrentes de Tuberculose e Hanseníase são estimados em cerca de quatro mil. Expôs a distribuição

desses beneficiários por Estado e Região, reconheceu que a grande maioria fazia jus por sequelas da Hanseníase.

E por fim, relacionou como os principais avanços da política de assistência social no País o reconhecimento legal e normativo da assistência social, a aprovação da LOAS, a concessão de pensão especial para portadores de Hanseníase, e articulação das ações de assistência social com o PNCT, qualificação dos gestores de assistência social para prevenção e controle de TB e ações de segurança alimentar em parceria com o Governo do Município do Rio de Janeiro. E como os principais desafios a inversão da cultura de violência e discriminação, criminalização da pobreza, insuficiência de ações coordenadas intersetoriais e a melhoria na quantidade e qualidade do atendimento.

Em complementação à apresentação do MDS, entreviu o Sr. Rafael Mafra, Gerente de Projetos da Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza, reafirmando que o programa BSM é um plano intersetorial, voltado justamente à articulação de políticas dos vários setores governamentais e tem como pilares a garantia de renda, a inclusão produtiva e o acesso a serviços, citando genericamente o acesso a serviços de saúde e especificamente as ações voltadas ao combate às Doenças Relacionadas à Pobreza.

A intervenção seguinte foi, então, da Sr^a Doris Terezinha Loff Ferreira Leite, Coordenadora-geral de Perícias Médicas da Diretoria de Saúde do Trabalhador, do Instituto Nacional de Seguridade Social — INSS., que identificou o setor por ela dirigido como o responsável pelo gerenciamento da perícia médica previdenciária. Situou esse setor na ponta do fluxo, uma vez que sua missão é receber os cidadãos que, por força do adoecimento, perderam sua capacidade laborativa e necessitam do benefício previdenciário ou da aposentadoria, conforme o caso.

Passou a palavra à Sr^a Sandra Cavalcanti Botelho de Amorim, Coordenadora de Atividades Médico Periciais da Diretoria de Saúde do Trabalhador, do Instituto Nacional de Seguridade Social — INSS que ressaltou ser pequeno o número de benefícios concedidos em decorrência de Doenças Relacionadas à Pobreza, mais especificamente em decorrência de Hanseníase e Tuberculose, em relação ao universo de benefícios concedidos. Esclareceu que esse pequeno número é derivado de o sistema previdenciário

ser contributivo, ou seja, apenas aqueles que contribuem para a Previdência Social fazem jus ao recebimento de seus benefícios, inclusive de aposentadoria por invalidez e boa parte dos atingidos pro Doenças Relacionadas à Pobreza atinge majoritariamente não contribuintes.

No que concerne ao Benefício de Prestação Continuada, informou que levam como parâmetro a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde — CIF que avalia não apenas a doença, mas também o impacto da biopsicossocial no indivíduo.

Já para o Benefício por Incapacidade, são utilizadas publicações do Ministério da Saúde e o do médico assistente que encaminha o paciente para perícia que, por sua vez, avalia o impacto da doença na atividade do indivíduo.

Relativamente ao questionamento feito pela Subcomissão sobre a Consulta Pública de 2011, relativa a prazos de afastamento do trabalho, esclareceu que o resultado foi distorcido por erro de interpretação da sociedade. Houve o entendimento de que o prazo citado seria para que a Previdência se manifestasse e, na verdade, referia-se a parâmetros de prazos de afastamento para cada doença a serem utilizados pelos médicos ao preencherem os atestados a serem encaminhados à Previdência. Esses prazos permitiriam o preenchimento de um formulário eletrônico, mas, diante dessa distorção, a Diretoria de Saúde do Trabalhador optou por redefinir o fluxo de informações para que os atestados sejam recepcionados nas agências. Assim, quando da concessão do Benefício por Incapacidade, não haveria a necessidade de realização de perícia, que só seria exigível em casos de prorrogação ou casos mais graves.

As representantes da Previdência Social prontificaram-se, então, a encaminhar oportunamente os dados, relativos à concessão de Benefícios por Incapacidade a pacientes de Hanseníase e Tuberculose.

A presidenta da Subcomissão agradeceu as intervenções dos representantes das três Pastas, esclareceu os objetivos e orientações da Subcomissão e deu ciência de questão levantada pelo Relator sobre a contradição entre o número de pessoas atingidas pelas Doenças Relacionadas à Pobreza e o reduzido número que é atendido pelos programas de assistência.

O Sr. Claudio Maierovitch agradeceu a oportunidade de a Pasta da Saúde poder colaborar com o esforço da Subcomissão e, em atenção à questão suscitada pelo Relator, manifestou sua impressão de que, embora admitindo que uma parte dos atingidos pelas Doenças Relacionadas à Pobreza possivelmente está fora dos critérios de enquadramento dos programas de renda e outros, é necessário um esforço para localizar e incluir em tais programas a grande maioria que se encontra fora do alcance da rede de proteção social do Estado.

A Sr^a. Mariana Neris Machado, agradeceu a oportunidade dada pela Subcomissão, reconheceu a participação do Congresso Nacional no apoio às atividades do MDS e que as ações da Pasta só poderiam ter sido incrementadas mediante a elevação das dotações orçamentárias votadas pela Casa. Sobre a questão levantada pelo Relator, apontou a busca ativa empreendida pelos CRAS pelas equipes volantes e outros meios no reconhecimento de portadores de Doenças Relacionadas à Pobreza em situação de vulnerabilidade social e apontou um total de mais de 11.000 famílias em situação de rua amparadas pelo Bolsa Família.

Fizeram uso da palavra, ainda, para agradecer e colocarem-se à disposição o Sr. Rafael Mafra, e as Sr^{as}. Doris Terezinha Loff Ferreira Leite e Sandra Cavalcanti Botelho de Amorim.

4.2 A Secretaria de Direitos Humanos.

Para a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República foi enviado ofício contendo 3 questões (ANEXO IV)

A resposta proveniente daquele órgão, entretanto, ignorou os dois últimos quesitos (Potencialidades no atendimento as pessoas com tuberculose, sobretudo as mais vulneráveis – população de rua, privados de liberdade, vivendo com HIV/AIDS e povos indígenas e se existe, e em caso positivo, como se encontra a ligação entre os Centros de Referencias em Direitos Humanos e as coordenações de tuberculose – e restringiu-se a dar conta das ações relativas aos pacientes e respectivas famílias atingidos pela Hanseníase e submetidos a internação e isolamento compulsório.

Sobre esse tema, a resposta da Secretaria foi de que, até a data em que a resposta foi remetida (27/8), foram concedidas oito mil

indenizações pelas internações e isolamentos em hospitais-colônia. Sobre as ações desenvolvidas, o referido órgão deu conta de que faz a análise dos requerimentos e a concessão da pensão e que elaborará no ano vindouro relatório contendo a lista completa dos processos e um cadastro das pessoas atingidas pela Hanseníase e submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia para orientar ações de saúde e assistência a eles dirigidas.

5. A POSIÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL EM RELAÇÃO ÀS DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA.

A Deputada Benedita da Silva, presidenta da Subcomissão, fez a abertura da Audiência Pública enaltecendo o papel da Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose e HIV/AIDS da ALERJ e, principalmente, o Deputado Estadual Gilberto Palmares, apresentou os convidados, parlamentares presentes e agradeceu à Escola do Legislativo do Rio de Janeiro por recepcionar o evento.

Em seguida, a palavra foi franqueada ao Deputado Gilberto Palmares que saudou o Sr. Roberto Pereira e o Dr. Claudio Costa Neto pela militância e pelo trabalho empreendido no combate à Tuberculose e cumprimentou os presentes. Elogiou o trabalho empreendido pelo Instituto Vila Rosário na redução da incidência de Tuberculose na localidade em que atua e agradeceu à ELERJ pelo apoio.

Na sequência, o Deputado Dr. Paulo Cesar fez uso da palavra para manifestar seu inconformismo com a situação da Tuberculose no Rio de Janeiro e no País. Relacionou essa situação com a pobreza e com a vulnerabilidade de determinadas populações.

Iniciou-se, então, a Audiência Pública propriamente dita com a intervenção do Dr. Cláudio Costa Neto, professor da UFRJ e presidente do Instituto Vila Rosário. Historiou a experiência de Vila Rosário, bairro do Município de Duque de Caxias, onde foi desenvolvido programa conjunto com a Fundação Ataulfo de Paiva – Liga de Combate à Tuberculose. Informou que à época do início dos trabalhos, há 15 anos, a região apresentava altíssima incidência de 196 casos para cada 100.000 habitantes.

A princípio, agentes de saúde empreenderam a busca ativa de casos, e, adicionalmente, efetuaram levantamento social dos atingidos, procurando assim mapear o contexto socioeconômico da doença.

Como consequência da vivência no local, houve uma conscientização de que as deficiências nutricionais estavam na raiz da doença em função da baixa renda, da baixa escolaridade e da falta de capacitação profissional. Defendeu uma atuação que propicie a quebra da cadeia da miséria para que se mude a realidade da população vulnerável.

A atuação na região provocou a queda da taxa de incidência para aproximadamente 40 por 100.000, mas que esse patamar resiste a ceder em virtude, segundo seu entendimento, da persistência dos bolsões de miséria e defendeu a atuação extrassetorial, abarcando melhoria das condições de nutrição, de moradia, de inserção no mercado de trabalho, educação e cultura etc., como forma de mudar essa realidade.

A intervenção seguinte foi do Relator da Subcomissão, Deputado Antonio Brito, que saudou os parlamentares presentes — Deputada Federal Benedita da Silva, Deputado Federal Dr. Paulo Cesar e Deputado Estadual Gilberto Palmares — e demais participantes do evento, tanto representantes de órgãos governamentais, como de organizações da sociedade civil.

A seguir, o Deputado Antonio Brito fez um relato de acontecimentos que antecederam os trabalhos da Subcomissão. Destacou a parceria com a Coordenação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, na pessoa de seu Coordenador, o Dr. Draurio Barreira, a formação da Frente Parlamentar de Luta Contra a Tuberculose, a primeira grande vitória da Frente em aprovar Emenda à Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2013 com vistas a facilitar a atuação de entidades que militam no campo do controle da Tuberculose mediante a desvinculação de obrigatoriedade de obtenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social — CEBAS até então exigível para a liberação de recursos, as tratativas para a formação da Subcomissão Especial DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA, do Plano de Trabalho da Subcomissão, de como haviam transcorrido esses trabalhos até aquele momento e de quais seriam os próximos passos e prazos a serem observados.

O primeiro debatedor a se manifestar foi o Sr. Artur Custódio, MORHAN — Movimento pela Reintegração da Pessoa Atingida pela Hanseníase. Iniciou sua peroração afirmando a necessidade de superação da ideia do higienismo, ou seja, a necessidade de se isolar pacientes do convívio social como argumento para a cura e proteção dos demais cidadãos. Lamentou que a atenção à Hanseníase tivesse, segundo sua avaliação, sofrido uma desaceleração, quando de sua junção às demais Doenças Relacionadas à Pobreza no âmbito do Ministério da Saúde.

Afirmou que todas as doenças consideradas em eliminação atingiram seus limites de redutibilidade no âmbito das ações de saúde, reclamando uma ação intersetorial e convergente entre educação, cultura, distribuição de renda. Citou o exemplo de países europeus que lograram a erradicação da Hanseníase, mesmo sem a existência de uma vacina para a doença e que isso foi obtido por força da melhoria das condições de vida.

Observou que o maior desafio atual é o de prevenir e evitar que os atingidos pela Hanseníase, mesmo curados da infecção, apresentem sequelas por falta de serviços adequados e de difusão de informação. Reclamou da ausência de campanhas, da falta de acesso ao tratamento e da desinformação sobre a doença que agravam o preconceito contra a doença e das campanhas veiculadas recentemente e que se utilizaram de estratégias errôneas de comunicação, além de insuficientes.

Por fim, mostrou fotos da política de segregação dos pacientes de Hanseníase que perdurou por muitos anos, mesmo com tratamento eficaz existente desde a década de 1940.

O segundo debatedor instado a se manifestar foi o Sr. Jair Brandão, da Parceria Brasileira de Luta Contra a Tuberculose e, também, militante do movimento de luta contra o HIV/AIDS. De início, baseou-se em carta política que a Parceria, colegiado que congrega cerca de 80 entidades de vários segmentos, com propostas e reivindicações. Reforçou, então, a necessidade de que: Estados e Municípios priorizem o combate à Tuberculose em suas respectivas agendas, se atue nos condicionantes sociais da doença e que se superem o estigma acoplado aos afetados a ela, os recursos sejam mais bem aplicados e que respeitem os direitos humanos, exemplificando com o veto a campanha de combate ao HIV/AIDS por parte do Ministério da Saúde.

Afirmou que o colegiado reconhece avanços no combate à Tuberculose no Brasil, mas que há muito a ser feito e, assim, propôs que se reforcem medidas necessárias a fortalecer esse combate, entre elas a participação social, o investimento em mobilização social, e a desmistificação e combate ao preconceito em relação à moléstia, a interlocução entre os setores atuantes em Tuberculose e HIV/AIDS, entre outras questões.

Prosseguindo nos debates, fez uso da palavra a Sr.^a. Wanda Lúcia Branco Guimarães, representante do Fórum ONG TB Rio. A princípio, deu conta da diversidade de entidades que representa e das ações conjuntas e coordenadas desenvolvidas por elas: mobilização social, comunicação, advocacy et. com prioridade para comunidades pobres, população carcerária e em situação de rua e portadores do HIV/AIDS.

Enfatizou que a Tuberculose tem um forte viés racial e que o cotidiano das comunidades carentes propicia a permanência da transmissão da doença, mostrando situações de baixas condições de vida.

Exemplificou as ações que as entidades filiadas à Parceria têm implementado no combate à doença e criticou as ações do Governo Estadual que estariam aquém do esperado e necessário. Arrolou desafios a serem observados com especial ênfase às ações intersetoriais e primordialmente de assistência social, educação dos profissionais de saúde e no ambiente de trabalho.

Finalizou conclamando a que se avance na discussão e resolução da questão do marco regulatório das organizações não-governamentais e na necessidade de redução da pobreza.

Em seguida, foi convidado a apresentar suas considerações o Dr. Germano Gerard Filho, Presidente da Fundação Ataulpho de Paiva – Liga Brasileira Contra a Tuberculose que elogiou a atuação dos Legislativos Federal e Estadual pela atuação em prol de problemas que afligem os brasileiros e, em particular, o da Tuberculose. Elogiou igualmente a atuação do Executivo que opera por intermédio do Ministério da Saúde as ações voltadas à diminuição e controle da moléstia.

Pontuou que as demandas da sociedade são numerosas e que cabe a participação da sociedade organizada exprimi-las e atuar em conjunto ao Estado para viabilizá-las. Relevou ser essencial que tais organizações tenham suporte político e financeiro para que atuem e propôs a criação de fundo público-privado que possa financiar as ações da sociedade civil e lhes conferir agilidade.

Citou exemplos de ações sociais e sanitárias que em outros países levaram à redução expressiva da incidência da doença elegeu como o principal desafio para o País a redução das desigualdades social,

regional e locais. Por fim, citou o êxito da vacinação e na redução da mortalidade, mas chamou a atenção para a incidência da Tuberculose que ainda resistente em ceder.

Como último debatedor, foi passada a palavra ao Sr. Carlos Basília, do Observatório Tuberculose Brasil. Que esclarece que o Observatório foi lançado em 2009 e se propõe a acompanhar e monitorar as políticas públicas, programas e indicadores relacionados ao combate à Tuberculose, encontrando-se ancorado na ENSP/FIOCRUZ.

Manifestou concordância com os que o antecederam, e destacou o denominador comum existente entre as doenças focadas pela Subcomissão que são a miséria e a pobreza.

Lembrou que a luta antituberculosa no Brasil não é recente, datando de 1900 com a criação da Liga Brasileira contra a doença e datou a retomada deste movimento como o ano de 2003, quando o movimento social retoma sua organização que havia sido desmobilizada nos anos anteriores por força do mito que a doença estaria sob controle, mas que, na verdade, se expandiu no seio das populações empobrecidas, prisional, indígenas e outras vulneráveis.

Relevou que esta retomada se deu por força de iniciativa do programa estadual de combate à doença que promoveu seminário chamando a atenção para o problema e chamando parceiros e atores para o engajamento diante de uma panorama que que o Rio de Janeiro era e é a Unidade da Federação com as mais altas incidência e mortalidade pela Tuberculose.

Tais níveis elevados, segundo o debatedor, se devem às dificuldades de acesso aos serviços de saúde em que pese à disponibilidade pelo SUS de meios de diagnóstico e de tratamento.

Lembrou que em 2004 foi formada a Parceria Brasileira contra a Tuberculose e em 2008 a Frente Estadual de combate à Tuberculose e HIV/AIDS, levando o Rio de Janeiro a ser o líder na organização do movimento social contra tais moléstias.

Reputou o fortalecimento da luta nos dias atuais pela agregação de mais parceiros e entidades e pelo impulso propiciado pelos

recursos advindos do Fundo Global, permitindo a criação e funcionamento de comitês em vários Estados e elevando o patamar do movimento nacional pela congregação de numerosas entidades da sociedade civil.

Por fim, ressaltou o papel da criação da Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose na Câmara dos Deputados, em 2012, e arrolou as propostas de sua entidade, passando-as às mãos do Relator e da Presidenta da Subcomissão.

Abertas as intervenções dos presentes, o Sr. Otávio de Vasconcelos, representante a rede de comitês de combate à Tuberculose e membro do comitê do Ceará, deu conta do esforço e avanços empreendidos pelos treze 13 comitês existentes e da articulação para que sejam formados colegiados congêneres nos demais Estados.

Apresentou queixa sobre as dificuldades de viabilização dos comitês após o encerramento de repasses de verbas provenientes do Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil, em 2011, e pediu apoio para o incentivo à formação de Frentes Parlamentares de Luta contra a Tuberculose nas Unidades Federadas, em especial no Ceará.

Na sequência o Dr. Alexandre Milagres, da Fundação Ataulpho de Paiva, elogiou o trabalho da Frente Parlamentar e conclamou a que houvesse um esforço no sentido de buscar a integração da luta contra a Tuberculose e HIV/AIDS com a luta contra o tabagismo e contra o diabetes e relacionou os males advindos e à pobreza. Finalizou indagando sobre a situação da questão relativa ao aumento de verbas federais para o SUS.

Por fim, houve a intervenção do Dr. Draurio Barreira, Coordenados do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde, que pontuou ser a sua intenção mais de ouvir do que falar e externou a extrema satisfação com o nível dos debates. Afirmou ser a agenda apresentada pelos movimentos sociais no evento coincidente com a do PNCTb, mas que, como sói acontecer em ações governamentais, há dificuldades para sua implementação, pois ela compete com outras agendas no setor.

Afirmou estar convencido da imprescindibilidade da ausculta dos setores da sociedade civil e da academia para fornecimento de subsídio ao Congresso, que tem papel estratégico para a busca de a solução,

pois esta transcende os limites da saúde e reclama a participação de outros setores.

Para as considerações finais houve a intervenção do Deputado Antonio Brito que destacou dois aspectos importantes do debate. O primeiro relativo à necessidade de o relatório final da Subcomissão buscar o nivelamento das diversas doenças que atingem à população mais pobre, de forma a que seus programas de combate sejam efetivos.

Secundariamente, exemplificou com sua experiência em relação ao SUAS e à busca de solução para o problema das Santas Casas em que a partir do momento em que se reuniu os problemas e as reivindicações em um único documento foi possível equacionar soluções.

Relevou, então, o papel das entidades para que o Relatório da Subcomissão reflita os caminhos a serem trilhados na busca de soluções para o combate às doenças relacionadas à pobreza.

À guisa de finalização, o Deputado Gilberto Palmares agradeceu à ELERJ e pediu apoio às entidades e Parlamentares presentes para aprovação de Projeto de Lei de sua autoria que inclui as pessoas com Tuberculose e Hanseníase na lei já existente que prevê gratuidade de transportes para vários segmentos.

Ao final do encontro a Presidenta da Subcomissão, agradeceu à Escola do Legislativo do Estado do Rio de Janeiro pela acolhida e organização da reunião, ao Deputado Estadual Gilberto Palmares e demais expositores, assim com aos participantes do evento.

6. A INTERLOCUÇÃO COM A ACADEMIA: PARTICIPAÇÃO NO V ENCONTRO DE PESQUISA E INOVAÇÃO EM TUBERCULOSE NA BAHIA.

No período de 24 a 26 de julho foi realizado, em Salvador, o IV Encontro de Pesquisa e Inovação em Tuberculose na Bahia. O evento tem como objetivo reunir especialistas nacionais e internacionais com vistas a discutir e trazer novos conhecimentos sobre prevenção e diagnóstico, bem como sobre a determinação social da tuberculose.

Os debates incluíram aspectos relevantes para a Subcomissão com destaque à necessidade ao fortalecimento de parcerias com a sociedade civil e o fomento de novos estudos e pesquisas com vistas a melhorar o padrão das tecnologias voltadas ao combate à doença..

Por ocasião da abertura do evento, o coordenador da Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose e Relator da Subcomissão, Deputado Antônio Brito pode discorrer sobre o andamento dos trabalhos.

Historiou brevemente a formação da Frente Parlamentar e sua vitória, obtida em menos de dois meses de trabalho, no sentido de aprovar emenda ao artigo 51 da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2013. Essa Emenda desvinculou a obrigatoriedade de obtenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social — CEBAS até então exigível para a liberação de recursos para as organizações não governamentais.

Afirmou que vislumbrava um grande desafio para o setor na busca recursos para investir em pesquisas e em ações da sociedade civil para o controle da tuberculose.

Deu conta das tratativas para articular a formação de uma Subcomissão especial para fazer um diagnóstico das ações voltadas para as doenças relacionadas à pobreza e informou sobre a primeira reunião de Audiência Pública ocorrida na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro e que teve como objetivo ouvir a sociedade civil.

Reputou como de imensa relevância os temas, conclusões e recomendações do encontro para serem utilizados como

subsídios para a Subcomissão, pois considera necessária manifestação da comunidade científica para que sejam tomadas providências relacionadas aos desafios enfrentado pelos pesquisadores no Brasil.

Pontuou ser sua convicção de que o Brasil dava provas de possibilidades concretas de articulação técnica e política para o enfrentamento da doença e que as informações advindas do Encontro serviriam para o Parlamento se articular e apresentar Projetos que favoreçam os doentes

Além disso, comprometeu-se a considerar o documento a ser discutido pelos pesquisadores em tuberculose para inclusão no Relatório Final da Subcomissão.

7. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS ENCAMINHADOS À SUBCOMISSÃO.

7.1. As Políticas do Governo Federal para as Doenças Relacionadas à Pobreza (exceto a Tuberculose).

Em 2011 o Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, reconheceu a situação de um grupo de doenças cujos programas de controle até então desenvolvidos foram “considerados insuficientes e incompatíveis com a capacidade do SUS de resolução dos problemas de saúde da população”. Fazem parte deste grupo: a Hanseníase, a Esquistossomose, a Filariose Linfática, as Geohelmintíases, a Oncocercose e o Tracoma.

Para fazer frente a tais moléstias e resgatar a imensa dívida social e sanitária existente com a população que as apresenta, foi elaborado um plano, em consonância com o programa Brasil Sem Miséria (BSM), denominado de “Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como Problema de Saúde Pública, Tracoma como Causa de Cegueira e Controle das Geohelmintíases”.

O plano tem por base o pressuposto de que a redução dessas doenças é parte integrante do esforço para a redução da pobreza no País. Mesmo reconhecendo as especificidades clínicas e epidemiológicas desses agravos, de uma maneira geral, propõe-se a priorizar a busca ativa e a oferta oportuna de tratamento aos grupos populacionais mais vulneráveis.

Em consonância com os objetivos colimados pela Subcomissão, analisamos o proposto para a Hanseníase, Esquistossomose, Tracoma e Geohelmintíases.

7.1.1. Hanseníase.

O objetivo traçado para o plano foi o de reduzir a prevalência da Hanseníase dos 1,56 por 10.000 habitantes observados em 2010 para menos de 1 por 10.000 habitantes até 2015. Reconhece, contudo,

que esse coeficiente nacional esconde municípios com níveis considerados alto, muito altos e hiperendêmicos, conforme já destacado.

É para esses municípios — 253, concentrados principalmente nos Estados do Maranhã, Mato Grosso, Pará e Rondônia, bem como nas Regiões Metropolitanas de Recife e Fortaleza — que foram voltados os maiores esforços, e a estratégia traçada passa pela intensificação da Vigilância Epidemiológica, a formalização de parcerias com centros colaboradores, identificação de profissionais capacitados e motivados para ser o elo entre os centros e os demais profissionais da atenção básica, campanhas de busca ativa e de divulgação junto com a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) e de Dermatologia (SBD), articulação com o Programa de Saúde Escolar com vistas à realização de campanhas educativas para a divulgação dos principais sinais e sintomas, busca ativa de casos entre estudantes e de seus contatos.

7.1.2. Esquistossomose

Para a Esquistossomose, o plano reconhece que ela afeta, principalmente, as populações das áreas com condições precárias ou inexistentes de saneamento básico, elevados índices de pobreza e baixos índices de escolaridade. Trabalha com estimativas de que 25 milhões de pessoas estejam expostas ao risco de contrair a doença e que existam de 2,5 milhões a 6 milhões de infectados na zona endêmica — Alagoas, Maranhão, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais — e em áreas focais do Pará, Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal.

Para conseguir uma redução pretendida dos níveis de infecção, embora não tenha definido uma meta, a proposta é de tratar coletivamente o maior número de indivíduos acima de 5 anos nas localidades que apresentarem percentuais de positividade acima de 25%, nas localidades que apresentarem positividade entre 15 e 25%, o tratamento deve ser administrados aos que tiverem exame coprológico positivo e seus conviventes, para as localidades com positividade inferior a 15%, por sua vez, somente os positivos devem ser tratados.

7.1.3. Geohelmintíases

Relativamente às Geohelmintíases, os dados são precários, havendo informações apenas nas regiões endêmicas para a esquistossomose, por força dos exames coprológicos mais constantes e quantificados. Diante disso, o Ministério da Saúde propõe-se a levar a cabo o Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose e Geohelmintíases.

Para fazer frente a essas infestações, antes que o inquérito citado apresente resultados e permita uma estratégia mais definida, o Ministério da Saúde propõe tratar coletivamente as crianças na faixa de 5 a 14 anos, grupo bastante afetado por encontra-se em fase de crescimento, aprendizagem e necessidades nutricionais em expansão. Tal tratamento é preconizado pela Organização Mundial da Saúde para áreas com condições deficientes de saneamento básico, em que a prevalência é superior a 20% e que, no caso do Brasil, corresponde usualmente aos municípios indicados no programa BSM. Para tanto, haveria uma articulação com atividades de saúde escolar, mediante ações educativas e mobilização nas escolas, resguardado o direito de os pais decidirem pela não participação de seus filhos. Ainda nessa perspectiva, o Ministério da Saúde conta com a parceria da Pastoral da Criança, para o tratamento coletivo, de pré-escolares.

7.1.4. Tracoma

Por fim, no que concerne ao combate ao Tracoma, o Governo baseando-se em inquérito de prevalência realizado no período de 2002 a 2008, em Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano abaixo da média nacional e em áreas indígenas, formulou estratégia de combate ao Tracoma Folicular (TF) — forma inflamatória — e à Triquíase Tracomatosa (TT) — forma sequelar.

Nos Municípios citados, foi encontrada prevalência média de 5% em escolares, sendo que 38% encontravam-se acima da média. Já nas comunidades indígenas investigadas, a prevalência de formas inflamatórias foi de 21,7%, indubitavelmente uma taxa altíssima.

As medidas preconizadas pelo Plano incluem ações em Municípios com elevados índices de pobreza, segundo o IBGE, os que

apresentaram prevalência da forma inflamatória superior a 5% e os que se situam em áreas tradicionalmente hiperendêmicas, indígenas e quilombolas.

Nos municípios e áreas referidos e nas áreas com baixa qualidade de vida dos demais, propõe-se diagnóstico epidemiológico domiciliar, em crianças de 1 a 9 anos e intervenção e tratamento conforme o caso. Nas áreas tradicionalmente hiperendêmicas propõe-se a intensificação da busca ativa da forma sequelar. Aponta-se, ainda, a parceria com o Programa de Saúde Escolar e com os setores de água e saneamento.

7.1.5. Avaliação do Plano Integrado de Ações Estratégicas.

A admissão da existência de doenças que atingem de forma expressiva os segmentos mais pobres da população brasileira e cuja persistência em níveis elevados é inaceitável deve ser motivo de reconhecimento e elogios.

De fato, os cidadãos que se situam na base da pirâmide social são mais suscetíveis de adoecimento e, particularmente, de manifestarem moléstias estranhas aos grupos populacionais mais bem aquinhoados. Adicionalmente, ao adoecerem, encontram enormes obstáculos para serem diagnosticados e tratados, o que além de ser penoso, agrava a sua condição social.

Há que se observar, entretanto, que o Plano apresenta algumas lacunas importantes. Ao se vincular ao esforço governamental de combater a miséria, que propõe buscar a integração econômica e social daquelas “pessoas tão desamparadas que não conseguiram se inscrever, nem mesmo, em programas sociais bastante conhecidos, como o Bolsa Família, muito menos ter acesso a serviços essenciais como água, luz, educação, saúde e moradia”, era de se esperar que o Plano busca-se soluções que integrassem os esforços das várias áreas e transcendesse os limites do setor saúde.

Não restam dúvidas que ações sanitárias são imprescindíveis para a redução da pobreza, mas não são suficientes se não estiverem integradas a ações extrassetoriais capazes de modificar as

condições de vida e, conseqüentemente, a situação sanitária desses segmentos populacionais.

Exemplo cabal, relacionado à moléstias contempladas no Plano é o relativo ao saneamento básico. Como pretender uma ação consistente para o controle da Esquistossomose e Geohelmintíases sem que as populações atingidas ou suscetíveis a essas doenças tenham condições mínimas de acesso à água de boa qualidade e à destinação apropriada de dejetos?

Assim, o Plano não se diferencia de outros tantos preexistentes que se restringiram ao plano das ações de saúde, sem nenhuma perspectiva de atuação intersetorial e que não conseguiram reduzir as doenças relacionadas à pobreza justamente por não se complementarem com ações voltadas à redução dessa mesma pobreza.

Ao longo do documento há poucas menções acanhadas a ações em parceria com a área de Educação, mas sem uma profundidade que permita vislumbrar um comprometimento de ações conjuntas.

Demais, as parcerias com a sociedade civil também estão contidas em propostas tênues, sem indicação clara de um engajamento efetivo de parte a parte para a redução dos agravos contemplados no Plano.

7.2. O enfrentamento da Tuberculose, no mundo e no Brasil.

7.2.1. Tuberculose: panorama atual no mundo.

A Tuberculose é uma das doenças conhecidas há mais tempo pela humanidade, atrás, talvez, apenas da Hanseníase. Descrita por autores desde a Antiguidade, tornou-se mais e mais frequente com a urbanização advinda do fim da Idade Média. Com o advento da Primeira Revolução Industrial, tornou-a presente no cotidiano de todas as nações do mundo desde então, com efeitos devastadores sobre as populações mais pobres, assim como sobre a boêmia do século XIX.

Seus sinais, sintomas, etiologia e epidemiologia foram paulatinamente se tornando conhecidos da medicina e, a partir da década de 1940, drogas eficazes para combater o bacilo agente etiológico da doença

tornaram-se conhecidas. A evolução dos estudos sobre o bacilo e sobre a farmacologia das drogas permitiu que se desenvolvessem a partir dos anos 1960 tratamentos altamente eficazes pela combinação de drogas.

Esse progresso encheu de otimismo cientistas, médicos, políticos e populações dos países desenvolvidos, com a expectativa de que a Tuberculose pudesse vir a ser erradicada, ou diminuída a níveis insignificantes até o final do século XX.

A superveniência de intensos fluxos migratórios, muitos deles decorrentes de conflitos armados, a crise econômica mundial, o desmantelamento de sistemas de saúde mundo afora e o advento do HIV/AIDS como epidemia mundial tornaram esse desiderato distante e pôde-se observar o recrudescimento da doença.

Assim, ao contrário da otimista perspectiva surgida há cerca de 40 anos, chegamos a 2011 com estimados 8,7 milhões de casos novos por ano, dos quais 13% apresentam coinfeção pelo HIV, com cerca de 14 milhões de mortes por Tuberculose, dos quais um milhão HIV-negativos e 430 mil HIV-positivos.

Algumas tendências promissoras apontam para possibilidades de inversão desse quadro. O acesso às ações de saúde para diagnóstico e tratamento da Tuberculose tem sido incrementado, assim como as ações conjuntas entre programas de controle da Tuberculose e da AIDS.

No campo do diagnóstico e tratamento, há, igualmente, boas perspectivas de avanços. O desenvolvimento de novos testes moleculares, capazes de diagnosticar a Tuberculose e a resistência à rifampicina em menos de duas horas, novas drogas e novos esquemas de tratamento para casos de sensibilidade ou resistência tem se mostrado promissores, assim como o desenvolvimento de vacinas.

Há, entretanto, sérios constrangimentos para que se alcancem os objetivos traçados pela Organização Mundial da Saúde.

Do ponto de vista biológico, um dos constrangimentos mais sérios para a consecução dos objetivos colimados pela OMS é a emergência da tuberculose multirresistente (MDR-TB). Estima-se que haja por volta de 310 mil casos no mundo, concentrados principalmente na Índia, China

e Rússia, mas apenas dezenove por cento estariam sendo notificados. Do total de casos de MDR-TB nove por cento seriam de formas extensivamente multirresistentes (XDR-TB), ainda mais preocupantes.

Tais objetivos incluem, entre outros: garantir o acesso universal, de boa qualidade por meio da estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado, em português) a todos os doentes de Tuberculose; proteger as populações vulneráveis à doença, em especial as populações pobres e os que apresentam coinfeção TB/HIV, desenvolver novos recursos para o diagnóstico e tratamento e empoderar as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada. A conjugação desses e de outros objetivos permitiriam alcançar as metas de reduzir, até 2015, a prevalência e a mortalidade por Tuberculose à metade dos números observados em 1990 e eliminar a doença como problema de saúde pública até 2050.

Para tanto, seriam necessários cerca de 8 bilhões de dólares no período 2013-15 para incrementar as ações nos países de baixa e média renda e cerca de 2 bilhões por ano destinados a pesquisa e desenvolvimento em Tuberculose, mas o déficit nas verbas ainda permanece elevado, tanto por subfinanciamento dos governos, apesar do expressivo aporte por parte de doadores internacionais, especialmente para países africanos.

7.2.2. A Tuberculose no Brasil.

No Brasil, a Tuberculose está intimamente associada à miséria e à baixa condição de vida, situando-se principalmente nas periferias dos grandes centros, nos bolsões de pobreza em que prevalecem as más condições de moradia e de alimentação, o abuso do álcool e outras drogas.

O País apresentava em 1990 uma Taxa de Incidência para a doença de 51,7 casos para cada 100.000 habitantes e em 2012 de 36,1. Houve, portanto, ao longo do período em que a OMS se baseia para estabelecer seus objetivos, uma diminuição de cerca de 30%. Há, ainda, um longo e trabalhoso caminho para que atinjamos a taxa pactuada de 25,8 para 100.000 habitantes para 2015. Releve-se, ainda, que o Brasil está entre os 20 países com maior carga da doença.

A mortalidade pela doença, por sua vez, que era de 3,6 por 100.00 em 1990, caiu para 2,4 em 2012, com redução de um terço e ainda distante da meta de 1,8 a ser atingida daqui a dois anos. Para o ano de 2010, morria um paciente por conta da Tuberculose a cada 2 horas, número bem superior à mortalidade causada por outras moléstias que têm recebido mais atenção das autoridades e da mídia.

A distribuição geográfica da moléstia mostra que, embora a Região Sudeste concentrasse, em 2010, quase a metade dos casos novos, a Taxa de Incidência era maior na Região Norte, com 45,7, seguido da Sudeste com 40,7, da Nordeste com 36,9, da Sul com 33,2 e da Centro-Oeste com 22,6.

Por Unidade Federada, a incidência da Tuberculose que, historicamente, tinha o Rio de Janeiro como o Estado com os maiores valores, em 2012 foi superado pelo Amazonas, já que apresentaram, respectivamente, taxas de 65,1 e 68,3. Observam-se, ainda, taxas elevadas nos Estados da Região Norte, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

No que tange à distribuição da doença por raça, verifica-se que, em 2010, a Taxa de Incidência entre as populações indígenas foi extremamente elevada, com 95,3 por 100.000, com 50,8 e 13,1 para as raças preta/parda e branca, respectivamente. Essa distribuição, muito mais que uma questão relacionada às características intrínsecas de cada raça, releva a situação de exclusão econômica e social em que vivem as populações indígena e preta no País.

Quanto à distribuição por sexo e etária, verificou-se em 2010 que dois terços dos casos novos foram do sexo masculino, com maior frequência entre 25 e 34 anos, mas a incidência é maior entre os 45 e 54 anos, enquanto que nas mulheres as maiores frequência e incidência recaem entre os 25 e 34 anos.

Cerca de 10% dos novos casos de Tuberculose, em 2010, apresentavam coinfeção TB/HIV. A Região Sul possui o maior percentual de coinfeção com aproximadamente 18%, sendo que as maiores taxas, 21,1 e 20,6, são encontradas em Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Há que se considerar, contudo, que a taxa nacional pode ser consideravelmente maior, uma vez que apenas 53,3% desses pacientes foram

submetidos ao teste do HIV e quase 62% das notificações não foram preenchidas quanto a esse quesito. O alto percentual encontrado no Sul estaria, desse modo, ligado à maior eficácia da atenção prestada, com um número maior de pacientes de Tb testados para o HIV. De fato, os Estados da Região Sul testaram 75% de seus pacientes diagnosticados com TB, mais próximos das recomendações do Ministério da Saúde que coloca como meta a testagem de 100%.

A Tuberculose se associa, também, com o Diabetes, como tem sido observado mundo afora. No Brasil, embora não haja dados sobre essa relação, a situação é preocupante, pois a prevalência do Diabetes é estimada em oito por cento e, por ser uma moléstia silenciosa e pouco priorizada no âmbito do sistema público, pode redundar em que ambas as endemias se agravem.

Esses dados gerais aparentam que a Tuberculose, ainda que apresentando um número elevado de casos a cada ano, encontra-se numa trajetória descendente no País. Essa percepção esconde, na verdade, o fato de que sua distribuição não é uniforme na sociedade e concentra-se fortemente em determinados grupos populacionais.

Um desses grupos é da população em situação de rua caracterizado pelas baixas condições de vida e de alimentação, elevado consumo de álcool e drogas e dificuldade de quantificação, mas que indubitavelmente apresenta altíssima incidência de Tuberculose. Estudos realizados no Rio de Janeiro e São Paulo dão conta de que a incidência na população em situação de rua pode ser de 48 a 67 vezes superior que na população geral.

As precárias condições existentes no sistema carcerário, com superlotação de prisões e carceragens e alimentação deficiente, favorecem sobremaneira a disseminação da Tuberculose entre a população privada de liberdade no Brasil. No ano de 2010, essa população representava 0,2% do total da população, mas concorria para 6% dos casos detectados de Tuberculose. Desse modo, considerada isoladamente, esse segmento apresentou taxas de incidência da ordem de 2081,2 para cada 100.000 no Rio de Janeiro, 1995,8 no Maranhão e 1664,2 no Rio Grande do Sul.

Já as populações indígenas, conquanto correspondam a 0,4% da população no País, concorrem com 1% dos casos, com incidência nacional quase três vezes superior à média nacional, chegando, nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste, a taxas de 157,1 e 153,1, respectivamente.

As altas taxas concentram-se, portanto, em grupos populacionais vulneráveis e que têm como denominador comum a pobreza e a exclusão social. Esses fatores reforçam, ainda, a persistência da doença, pois as taxas de cura são menores e de abandono mais altas entre analfabetos (66,4% e 9,5%, respectivamente, em 2010) que na população alfabetizada. Da mesma forma, em oito anos de seguimento, foram encontradas três vezes mais mortes por Tuberculose entre analfabetos.

No que concerne ao abandono de tratamento, o País apresenta ainda uma taxa elevada, em torno de nove por cento, enquanto a OMS considera a taxa de cinco por cento tolerável, ou seja, a metade. As razões apontadas como decisivas para que os pacientes abandonem o tratamento é a sua efetividade: após algumas semanas de administração dos medicamentos, o paciente se sente bem, ganha peso, readquire o apetite e para de tossir. Abandona o tratamento por acreditar erroneamente que está curado e não necessita de tomar remédios em grande quantidade, diariamente e que não são isentos de efeitos colaterais e reações adversas.

Outro fator relacionado ao abandono é a impossibilidade de acompanhamento de pessoas em situação de rua, que mudam de regiões ou mesmo de cidades sem que os serviços de saúde tenham conhecimento.

A melhoria dos indicadores de diagnóstico, tratamento e cura da Tuberculose, desse modo, deve passar não apenas pelas ações do setor saúde. Estas são, sem sombra de dúvida, muito necessárias e carecem de melhorias consideráveis, mas não são suficientes, porquanto incapazes de resolverem os aspectos sociais relacionados a doença, além da exclusão e vulnerabilidade.

Nesse sentido, deve ser reconhecido que o Brasil tem se destacado no campo das iniciativas para a redução das desigualdades com programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF). Seus três eixos — transferência de renda, que promove um alívio imediato à pobreza, as condicionalidades, que estimulam o acesso à educação e à saúde,

e os programas complementares, que permitem o desenvolvimento das famílias e a saída da condição de vulnerabilidade — têm demonstrado poder de redução da miséria e de desigualdades, promovendo melhoria do padrão alimentar em relação a qualidade e a variedade dos alimentos consumidos. Tal melhoria pode representar um passo importante para o controle da tuberculose, pois a desnutrição é um dos fatores que mais influenciam o aumento do risco biológico na instalação e manutenção da doença.

As ações intersetoriais com vistas a incrementar as ações sanitárias, todavia, são ainda tênues. A comparação de dados contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação — SINAN (sistema alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória) e o Cadastro Único de Programas Sociais, do Governo Federal mostrou que quase um quarto dos casos novos de Tuberculose encontra-se em situação de pobreza, mas apenas cerca de quinze por cento recebem o benefício do Programa Bolsa Família.

Nesse sentido, o País viveu no período 2007/12 uma experiência bastante rica por meio do Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil — FGTB. Tal projeto se constitui em um fundo operado pela OMS com vistas a apoiar atividades em 140 países no combate à AIDS, Malária e Tuberculose. Os recursos advindos do citado fundo foram utilizados para dois objetivos: fortalecimento da estratégia de tratamento supervisionado para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno em populações vulneráveis e fortalecimento das atividades de mobilização social, informação, educação e comunicação e advocacia.

Os recursos em questão foram operacionalizados pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde em parceria com os programas estaduais e principalmente municipais de controle da Tuberculose, assim como entidades acadêmicas e da sociedade civil, por intermédio dos Comitês Metropolitanos.

Assim, pelo lado do fortalecimento institucional, foram realizados cursos e treinamentos de capacitação para a implantação da estratégia DOTS, para profissionais de saúde e outros membros da comunidade carcerária, para estruturação da rede de atenção no sistema penitenciário, para apoio às ações visando à detecção de sintomáticos

respiratórios, objetivando melhorias na infraestrutura para o desenvolvimento do Programa de Controle da Tuberculose incluindo recomendações de biossegurança voltados às ações de controle e assessoria técnica em locais com alta carga da doença.

Já pelo lado da sociedade civil, foram apoiadas atividades visando o treinamento em comunicação, controle social e mobilização social para atores da sociedade civil, apoio a projetos de remoção de barreiras sociais para a adesão ao tratamento, auxílio deslocamento que viabilize o tratamento, concessão de benefício alimentar aos pacientes de tratamento supervisionado, apoio aos projetos de adesão ao DOTS com a participação da comunidade, formação de redes locais, apoio a campanhas regionais e elaboração de estratégias para a sustentabilidade dos Comitês Metropolitanos.

Quando do encerramento do fluxo de recursos originários do Projeto FGTB Brasil, o Ministério da Saúde argumentou que poderia dar continuidade às atividades desenvolvidas com o suprimento de recursos próprios da pasta. Passados mais de doze meses desse encerramento, pode-se depreender pelas respostas dos questionários enviados pela Subcomissão, principalmente os originários das Secretarias Municipais de Saúde das capitais e dos Comitês para o Controle da Tuberculose, que houve uma grande desaceleração nas atividades suportadas pelo Fundo.

De fato, vários comitês relataram uma descontinuidade das atividades desenvolvidas pela cessação no fornecimento de meios e infraestrutura, assim como pela interrupção na concessão do auxílio deslocamento e do benefício alimentar.

Desse modo, percebe-se outra lacuna importante no PCT, pois as ações conjuntas com a sociedade civil são estratégicas para o fortalecimento das ações controle e da criação de uma consciência sanitária sobre a importância de manter constante vigilância sobre a doença e de que a informação é instrumento precioso para desmitificá-la. Outro fator relevante é o suporte da comunidade e os incentivos sociais destinados aos pacientes durante ao tratamento, sobretudo àqueles em situação de vulnerabilidade social. Os recursos destinados pelo Projeto Fundo Global, apesar de pouco volumosos, aumentaram a adesão por meio de cestas de alimentos, disponibilização de café da manhã em algumas unidades de saúde, reunião de grupos de apoio ao tratamento e suporte ao apoio comunitário. A

descontinuidade dessas ações, sem dúvida, deixa uma lacuna na qualidade dos serviços oferecidos à população alvo do Projeto.

7.2.3. As demandas da comunidade acadêmica.

Conforme relatado anteriormente, por ocasião do V Encontro de Pesquisa e Inovação em Tuberculose na Bahia, foi assumido o compromisso de inclusão dos pleitos da comunidade acadêmica, no que coubesse, no Relatório Final da Subcomissão.

Assim, recebemos o documento intitulado “Carta dos Pesquisadores presentes ao IV Encontro de Pesquisa e Inovação em Tuberculose”, constando de análise epidemiológica importante, em que a distribuição da Tuberculose e sua relação com a pobreza e desigualdades sociais é relevada; análise das políticas de controle da Tuberculose no País; relato sobre as iniciativas em Ciência & Tecnologia voltadas ao controle da doença; e a posição dos pesquisadores presentes ao encontro.

A qualidade e precisão do documento são inegáveis e em muito colaboraram para o enriquecimento e a qualificação do Relatório Final. Seu conteúdo, além de dar um panorama preciso da situação da Tuberculose, arrola os estudos e caminhos que o setor de Ciência & Tecnologia vem trilhando com vistas a dar soluções para questões importantes relativas ao diagnóstico e tratamento da doença.

Ponto primordial que foi levantado pelos pesquisadores presentes ao evento foi o relativo à tramitação do Projeto de Lei nº 2.177, de 2011. Trata-se de proposição que “institui o Código Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação” e que, ao contrário do que o documento afirma não se encontra no Senado Federal, mas na Câmara dos Deputados onde foi constituída Comissão Especial para analisá-lo e proferir Parecer.

Os pesquisadores consideram que a aprovação dessa matéria reduziria “os principais entraves ao desenvolvimento de pesquisa e inovação no país”, modificando e revogando leis que obstaculizam os avanços em C&T.

Seu conteúdo é fruto de trabalho levado a cabo pelo Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência, Tecnologia e

Inovação e pelo Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa.

Um dos aspectos abordados é o da “isenção de impostos na importação de materiais de pesquisa, equipamentos, aparelhos, instrumentos, peças de reposição, bem como de matérias-primas e produtos intermediários, destinados à pesquisa científica, tecnológica e inovação”.

Outra questão relevante é que os pesquisadores “consideram que a Lei de Licitações é hoje um dos maiores entraves ao desenvolvimento da pesquisa no País”, propondo, assim, a flexibilização das regras de contratações e incentivar “o desenvolvimento científico, a pesquisa, a capacitação tecnológica e o mercado interno, de forma a viabilizar a autonomia tecnológica”.

Além dessa questão, a Carta dos Pesquisadores arrolou as seguintes reivindicações:

1) Interface com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Apesar da importância do CONEP na regulamentação e elaboração de normas de pesquisa baseada em conceitos de ética, este processo tem sido realizado de uma forma muito lenta e burocratizada, tornando-se um entrave a execução de atividades de pesquisa, o que tem levado pesquisadores a perder inclusive financiamentos por impossibilidade de execução. No país torna-se difícil particularmente realizar pesquisa incluindo grupos vulneráveis, a exemplo de populações indígenas, ensaios clínicos para testes de novas drogas, dentre outros. Ainda neste âmbito, a realização de colaborações internacionais, aspecto importante na produção de conhecimento, é, com frequência, inviabilizada pelo excesso de burocracia e pelo longo tempo de resposta.

2) Interface com a Câmara de Deputados Federais: a legislação das atividades de pesquisa seguem os mesmos parâmetros das leis que regem os contratos de gestão o que torna difícil a execução de muitas ações necessárias ao processo de investigação. A legislação não considera as especificidades das atividades inerentes à pesquisa as quais necessitam de maior liberdade na sua execução.

3) Interface e tramitação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): a importação de material necessário ao

desenvolvimento das pesquisas é retardada por dificuldades burocráticas relacionadas a liberação no âmbito da ANVISA.

4) Trâmites relacionados à contratação de pessoal para a pesquisa: é inviável realizar pesquisa no país sem a contratação de pessoal especializado nas ações a serem desenvolvidas na pesquisa, por exemplo, entrevistadores, técnicos de laboratório e outros. A legislação específica não permite esta contratação, o que inviabiliza muitas vezes a execução dos estudos.

5) Falta de convergência entre os sistemas de informação dos diferentes Ministérios, além de academia, governo e indústria. No âmbito do Ministério da Saúde também ocorre esta fragmentação entre ANVISA, Secretarias, etc.

6) Recursos mais livres: a legislação sobre gestão do dinheiro público restringe as atividades de pesquisa.

7.2.4. A resposta do INSS sobre benefícios concedidos a portadores de Tuberculose e Hanseníase.

Em resposta ao ofício encaminhado ao Exmo. Sr. Ministro da Previdência, e, posteriormente, ao compromisso assumido pelas duas representantes do INSS, presentes na reunião de Audiência Pública ocorrida em 20 de agosto do corrente ano, foi enviado à Subcomissão quadro relativo a benefícios concedidos pela citada autarquia a portadores de Hanseníase e Tuberculose nos cinco últimos anos, bem como os de 2013, presumivelmente até o mês de julho, por Unidade da Federação e consolidados para o País (ANEXO II).

A análise dos quadros apresentados indica que, para o caso da Hanseníase, há certa estabilidade na concessão tanto de Auxílio Doença, como de Aposentadoria por Invalidez, com média em torno de quatro mil e quinhentos auxílios/ano e de pouco mais de quinhentas aposentadorias/ano, nos 5 anos considerados.

O mesmo padrão é observável em relação à Tuberculose, com cerca de 12500 auxílios/ano e de cerca de 200 aposentadorias/ano.

Considerando-se a expressividade que a doença ainda tem no País e o número total de Auxílios Doença e de Aposentadorias por

Invalidez concedidos a cada ano, pode se afirmar que os números são modestos, indicando que boa parte dos pacientes encontram-se à margem do Sistema Previdenciário.

7.2.5 A Tuberculose e a População Privada de Liberdade.

Durante os debates advindos da apresentação do Relatório Final da Subcomissão, os Exmos. Srs. Deputados EDUARDO BARBOSA e MANDETTA apontaram sugestão ao documento que, apesar das várias citações e de números eloquentes relativos à relevância da Tuberculose entre a População Privada de Liberdade (PPL), esse fosse um tema tratado de forma mais detalhada, visando abordar no relatório medidas necessárias e factíveis para mitigar essa situação intolerável.

Desse modo, foi incorporado ao texto uma análise mais profunda sobre a questão e apontado diretrizes e caminhos para o problema.

Após declarar a Tuberculose como emergência mundial, a OMS, em 2006 lançou a estratégia “Stop TB” que tem como um de seus componentes tratar as pessoas encarceradas, refugiados e outros grupos em alto risco e em situações especiais. O PNCT, desde 2009, trata a PPL como prioritária para o desenvolvimento de suas ações.

No Brasil temos aproximadamente 540.000 pessoas presas, 93,6% delas do sexo masculino. O déficit de vagas chega a aproximadamente 190.000, levando à superpopulação das celas, com péssimas condições de ventilação e iluminação.

Apesar de existir no Brasil, desde 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/PNSSP (Portaria 1.777/2003), que tem como o objetivo incluir no sistema de saúde os Brasileiros que cumprem pena, garantindo um direito previsto na Constituição Federal, apenas trinta e nove por cento dos estabelecimentos penais tem equipes de saúde. As principais ações previstas nesse plano são voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnósticos e tratamento de agravos em saúde no âmbito da atenção básica, entre eles Tuberculose.

A Tuberculose nas prisões se constitui em um importante problema de saúde, especialmente em países de média e alta endemicidade. São muito frequentes formas resistentes e multirresistentes da doença,

relacionadas ao tratamento irregular e a detecção tardia dos casos de resistência.

No Brasil a magnitude do problema ainda é pouco conhecida. Alguns estudos em unidades penitenciárias do país detectaram taxas de Tuberculose dezenas de vezes superiores aos coeficientes da doença na população geral dos seus respectivos Estados.

Em 2012, apesar de a população privada de liberdade ter representado apenas 0,2% da população do país, ela contribuiu com 7,2% dos casos notificados no sistema de informação (SINAN). Em 2012 foram notificados 5.128 casos de tuberculose apenas na PPL. A taxa de incidência da doença na PPL no Brasil é de 935,8 casos por 100.000 habitantes, 28 vezes superior às taxas encontradas na população geral. Taxas maiores do que a nacional são encontradas nas seguintes UF: MT (1875 casos por 100.000 habitantes), RS (1634,6/100.000hab), RJ (1507,7/100.000habi), MS (1396,9/100.000hab), MA (1347,6/100.000hab), PE (1341,7/100.000hab), PA (1287,5/100.000hab), AC (1213/100.000hab), BA (1190,4/100.000hab), PB (1146,4/100.000habi), CE (1031,2/10.000hab) e AM (964,6/100.00hab).

Apesar do PNCT, desde 2011, recomendar ações específicas para o controle da doença intramuros, na grande maioria dos Estados essas ações não são implementadas. O percentual de cura dos casos diagnosticados ainda é baixo (74,5%) e o abandono de tratamento ainda é alto (8,5%).

Entre os fatores determinantes para as altas cargas de Tuberculose nas penitenciárias brasileiras alguns merecem destaque.

O principal são os fatores anteriores à prisão. Com efeito, grande parte das pessoas presas no Brasil vem de comunidades desfavorecidas, de condições insalubres de moradia, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente menor oportunidade de diagnóstico e tratamento da doença, além do frequente uso de drogas e antecedentes de encarceramento, facilitando assim o contato repetido com o bacilo responsável pela doença.

Posteriormente a isso, já nas condições de encarceramento, o indivíduo vive em condições desfavoráveis de moradia, alimentação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, desse modo,

com maior exposição ao bacilo, maior probabilidade de infecção e adoecimento.

Em recente estudo realizado no RJ foi concluído que setenta e um por cento dos casos de Tuberculose diagnosticados naquela prisão, adquiriram a doença na própria prisão.

8. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS ENCAMINHADOS ÀS INSTÂNCIAS GESTORES DO SUS.

Conforme ressaltado acima, a Subcomissão houve por bem encaminhar questionários, de teor diferente, a várias instituições e entidades da área da saúde: órgãos do Governo Federal, secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de saúde das capitais, aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde — COSEMS e aos comitês de controle da Tuberculose.

A quantidade de respostas obtidas e o teor das mesmas variaram grandemente e denotam o grau de comprometimento e de atenção que as doenças relacionadas à pobreza merecem das instituições que devem responder ao desafio de prestar atenção a seus portadores.

8.1. Questionários encaminhados aos COSEMS.

Existe, no País, um Conselho de Secretários (ou de Secretarias, conforme a Unidade Federada) Municipais de Saúde — COSEMS para cada um dos Estados Brasileiros, excetuando-se, por óbvio, o Distrito Federal. Desse modo, foram enviados vinte e seis questionários a cada uma das representações dos COSEMS, com o conteúdo constante no ANEXO VIII.

Foi obtida resposta de um único COSEMS, do Estado do Rio de Janeiro, que de forma superficial abordou a matéria, o que se pode inferir que esses fóruns de deliberação e pactuação estão mais voltados para questões de gerência e organizativas do sistema.

8.2. Questionários encaminhados aos Comitês para o controle da Tuberculose.

Foram enviados questionários (ANEXO XI) a treze Comitês para o controle da Tuberculose que se encontram constituídos: Pará, Minas Gerais, Ceará, Amazonas, São Paulo (Mata Atlântica), Rio Grande do

Sul, Pernambuco, Bahia, Maranhão, São Paulo, Santa Catarina, Espírito Santo e Rio de Janeiro.

Desses, foram respondidos nove, a saber: São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Amazonas, Rio de Janeiro, Bahia, Pará, Maranhão e Ceará.

As informações enviadas pelos comitês denotam que, mesmo havendo graus diferentes de organização e mobilização, os comitês têm procurado atuar junto à sociedade civil, junto às populações excluídas e em situação de risco.

Todos os comitês funcionaram até o ano próximo passado com recursos do Fundo Global, mas após o término deste projeto, alguns se ressentem da falta de recursos, mormente os destinados a subsidiar o comparecimento dos membros a reuniões e eventos. Dificuldades quanto a espaço físico e a apoio administrativo também é ponto comum entre os obstáculos enfrentados.

Outro ponto que chama atenção positivamente na atuação destes fóruns é a articulação intersetorial. Se a intersectorialidade não é prática frequente nas ações das três esferas governamentais, a atuação dos comitês demonstra que a quebra dos empecilhos institucionais e a aproximação entre órgãos e setores que possuem interseções essenciais para o combate à Tuberculose são perfeitamente factíveis e bastante produtivas.

8.3. Questionários encaminhados às Secretarias Municipais de Saúde das capitais.

Para as vinte e seis Secretarias Municipais de Saúde das Capitais foram enviados questionários mais longos, compostos de catorze quesitos abordando aspectos as Doenças Relacionadas à Pobreza, com foco na Tuberculose e Hanseníase e as ações intersectoriais voltadas ao combate a essas doenças (ANEXO X).

Foram recebidos dezesseis respostas — pouco mais de 60% — por parte das Secretarias de: Goiânia (GO), Aracaju (SE), Campo Grande (MS), Maceió (AL), Curitiba (PR), Belém (PA), Florianópolis (SC), Belo

Horizonte (MG), Natal (RN), Fortaleza (CE), Teresina (PI), Vitória (ES), Manaus (AM), São Luís (MA), Cuiabá (MT) e São Paulo (SP).

Com exceção de três questionários respondidos laconicamente, as demais respostas denotaram atenção por parte das Secretarias.

A totalidade das Secretarias afirmou estarem os programas de controle da Tuberculose e Hanseníase implantados nos respectivos municípios e os tratamentos serem descentralizados, com exceção de Florianópolis em que a baixa casuística de casos de Hanseníase redundou em centralização do diagnóstico e do tratamento.

Em relação às demais Doenças Relacionadas à Pobreza, depreende-se que na grande maioria das Secretarias o seu controle e acompanhamento está a cargo de um setor de Vigilância Epidemiológica e/ou de combate a Zoonoses, não havendo atividades descentralizadas. A justificativa mais usual foi a de que as capitais não são áreas endêmicas para tais moléstias, havendo casos importados de municípios do interior ou de outros Estados.

No que concerne ao envolvimento de atores envolvidos no planejamento de controle das Doenças Relacionadas à Pobreza, destaque-se que, salvo uma breve menção à participação de “usuários” e outra do Conselho Municipal de Saúde, apenas a Secretaria de Saúde de Fortaleza demonstrou articulação com atores sociais nas ações em questão. Para as demais Secretarias, o conceito de “atores” refere-se apenas e tão-somente a atores institucionais, ou seja, departamentos e setores da própria Secretaria.

Relativamente às ações desenvolvidas para o controle da Tuberculose e Hanseníase as Respostas giram em torno das atividades padrão esperadas: busca ativa de sintomáticos respiratórios e de portadores de manchas, exames de contatos intradomiciliares, tratamento diretamente observado, busca ativa de abandonos, prevenção de incapacidades para o caso de Hanseníase, educação em saúde etc.

Já no que tange à existência de incentivos aos pacientes de Tuberculose e Hanseníase, apenas três Secretarias afirmaram não oferecerem qualquer modalidade. As demais, em sua maioria oferecem cesta básica, em articulação com os órgãos de Assistência Social.

Nas ações de Hanseníase, embora a quase totalidade das Secretarias afirme desenvolver ações de prevenção de incapacidades, monitoramento de função neural rotineiramente e apliquem técnicas de autocuidado, apenas duas localidades têm grupos de autocuidado em funcionamento.

Para as questões acerca de ações voltadas ao controle da Esquistossomose e Geohelmintíases, a variabilidade das respostas foi bem grande, em função de os Municípios situarem-se em zona endêmica ou não da primeira e de se enquadrar ou não nos critérios do Ministério da Saúde para o tratamento preventivo de escolares.

Sobre a identificação de situações de vulnerabilidade social, apenas uma Secretaria admitiu que não atua nesse sentido, enquanto todas afirmam que realizam busca ativa de casos, seja de sintomáticos respiratórios, portadores de manchas cutâneas ou de comunicantes domiciliares.

As parcerias intersetoriais, percebe-se pelo teor das respostas, são débeis, resumindo-se a contatos e encaminhamentos com os Centros de Referências em Assistência Social — CRAS. As respostas denotam pouca atividade intersetorial, pois quando não recebem pura e simplesmente resposta negativa limitam-se a afirmar uma atividade meramente de contatos ou encaminhamentos, sem efetiva parceria e sensibilização entre os entes de saúde e assistência social.

Do mesmo modo, as respostas concernentes a ações específicas voltadas a populações vulneráveis, sobre existência de fluxos entre a área de saúde e de assistência social e de parcerias com a sociedade civil revelam que tais ações interinstitucionais são bastante fracas. Apenas um dos questionários faz menção à atuação do Comitê de sua cidade

8.4. Questionários encaminhados às Secretarias Estaduais de Saúde.

Das vinte e sete Secretarias a que foram remetidos os questionários (ANEXO IX), correspondendo a e cada uma das Unidades da Federação, foram recebidas dezesseis respostas, ou seja, aproximadamente cinquenta e nove por cento.

Responderam nossa solicitação as Secretarias dos seguintes Estados: Paraíba, Rondônia, Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal, Paraná, Maranhão, Ceará, Roraima, Pernambuco, Santa Catarina, Minas Gerais, Bahia, Goiás, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

A exemplo do ocorrido com os questionários enviados às Secretarias Municipais de Saúde das capitais dos Estados houve respostas muito sucintas — caso de Rondônia, Paraíba e Minas Gerais —, assim como a remessa de dados absolutamente desnecessários, que fogem ao escopo do questionário — caso do Distrito Federal e do Ceará. Relevem-se, ainda, casos de não resposta de item, ignorando a numeração.

O envio de dados extensos quantitativos, abordando indicadores de morbidade, tratamento, cura etc. das Doenças Relacionadas à Pobreza não fez parte das questões e poderia ser obtido facilmente na rede mundial de computadores. O mais importante para o sentido do trabalho da Subcomissão refere-se às questões concernentes à detecção, atendimento, suporte social e dificuldades encontradas no controle das referidas moléstias. Ademais, foram enviadas até mesmo lista de unidades de saúde, com endereço e telefone e dados de inquérito malacológico cujo conteúdo nada acrescenta aos propósitos intentados.

No que concerne às respostas propriamente ditas, todas as Secretarias responderam afirmativamente sobre a existência de planejamento de ações de controle da Tuberculose, Hanseníase e outras Doenças Relacionadas à Pobreza. Em todos os casos foram citadas estruturas da própria Secretaria e, apenas as Secretarias do Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco e Santa Catarina citaram a participação de entidades extrassetoriais e do movimento social. Destaque-se que em nenhum caso foi citada a concorrência do Conselho Estadual de Saúde para o planejamento das ações objeto da questão.

As respostas relativas às ações desenvolvidas para o controle das doenças objeto de nosso trabalho, do mesmo modo, evidenciam que em apenas cinco dos Estados (PE, RJ, SO, CE e MG) respondentes há inclusão de ações extrassetoriais e de ações voltadas ou em parcerias com a sociedade civil. No caso da Bahia, a Secretaria leva em conta um *mix* de dados como o grau de endemicidade da doença, o IDH, padrão de gestão e organização dos serviços de atenção básica e hospitalar de cada Município. Os

demais listam uma série de ações técnicas que devem fazer parte do combate às doenças, ou seja, o esperado por parte de uma Secretaria de Saúde.

Para a questão sobre a periodicidade do monitoramento de indicadores relativos às Doenças Relacionadas à Pobreza a totalidade afirmou realizá-lo com intervalos mensais, trimestrais ou quadrimestrais, de acordo com as diretrizes de cada instituição e variando de doença para doença, como esperado.

Já as respostas sobre a existência de fluxo de referência e contrarreferência para atendimento à Hanseníase, foi afirmativa na totalidade das respostas. Há que se ressaltar, entretanto, que tal fluxo na maior parte dos casos é orientado para a elucidação diagnóstica e para a internação de pacientes em casos extremos. Evidencia-se pelo conteúdo das respostas que o fornecimento de órteses e próteses especificamente voltadas para o paciente de Hanseníase não é usual e poucas Secretarias responderam afirmativamente sobre a existência de reabilitação cirúrgica. Exceção foi a Secretaria de Saúde da Bahia em que os fluxos de pacientes encontra-se bem estabelecido e há instituições incumbidas de realizar cirurgias reparadoras de sequelas e confecção de órteses e próteses.

As repostas dadas à indagação sobre quais os grupos vulneráveis às Doenças Relacionadas à Pobreza mostraram uma grande homogeneidade. Foram apontados: populações em condições desfavoráveis tanto do ponto de vista social, como de moradia e de saneamento, pessoas que vivem com HIV/AIDS, população de rua, população privada de liberdade, indígenas, conforme o esperado.

Sobre a questão relativa à oferta de incentivos ao tratamento da Tuberculose e da Hanseníase apenas a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro informou haver uma parceria com a Secretaria de Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos para que os pacientes em Tratamento Diretamente Observado de Tuberculose recebam café da manhã e almoço nos dias de comparecimento. As demais respostas foram no sentido de negar o oferecimento em questão ou de apontar a atribuição do Município para esse tipo de incentivo.

No que tange ao repasse de recursos, por parte do Ministério da Saúde para as ações de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase

em doenças em eliminação, apenas o Distrito Federal e a Bahia apresentaram detalhamento. Supõe-se que isso se deve, em relação ao DF, à situação peculiar do Governo da capital federal que acumula funções de Estado e Município. Já a Bahia arrolou uma série de atividades de treinamento de pessoal, realização de seminários regionalizados, divulgação para profissionais de saúde e para a população e elaboração de material educativo. Os demais ou negaram o recebimento do recurso ou afirmaram que o repasse foi dirigido aos Municípios que se enquadravam nos critérios explicitados na Portaria que o previu.

As questões referentes às parcerias revelam que tais ações conjuntas, sejam interinstitucionais, sejam com a sociedade civil, são tênues no âmbito estadual. À pergunta sobre interação entre Saúde e Assistência Social apenas três Secretarias responderam de forma positiva e com exemplos de ações conjuntas: Pernambuco, Bahia e Distrito Federal, sendo que esta última, conforme destacado, acumula funções municipais. As demais ou negaram a existência de parceria nesse nível, ou remeteram tal competência para o âmbito municipal.

Em relação à recomendação de fluxo entre Saúde e Assistência Social as repostas ou foram negativas ou, quando afirmativas, não vieram acompanhadas de descrição, como solicitado. Algumas respostas afirmativas mencionaram recomendação às Secretarias Municipais e citaram organizações da sociedade civil, o que não era o propósito da questão.

No décimo quesito encaminhado, em que se indagou sobre parcerias com organizações da sociedade civil, todas as Secretarias, com exceção da de Santa Catarina, afirmaram manter tais parcerias. As organizações mais citadas são as que representam pacientes vivendo com HIV/AIDS, população em situação de rua, pastorais e outras entidades vinculadas a denominações religiosas e MORHAN.

Por fim, à questão relativa aos principais problemas para a articulação da Assistência Social no enfrentamento da Tuberculose e da Hanseníase, a maioria das respostas situou a dificuldade em estabelecer uma política conjunta em relação à detecção, acompanhamento e suporte à população em situação de rua.

9. MEDIDAS NO ÂMBITO LEGISLATIVO CONCERNENTES ÀS DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA.

Levantamento empreendido junto ao Banco de Dados da Casa revelou a existência de quinze proposições que tratam das doenças analisadas pela Subcomissão, conforme tabela anexa (ANEXO XII).

Nas tabelas são encontradas dezessete entradas tendo em vista que duas proposições se reportam conjuntamente à Tuberculose e à Hanseníase.

Dos quinze Projetos encontrados, apenas um não se refere a questões pecuniárias: pensão especial, valores em atraso resultantes de revisões de benefícios, saque do FGTS.

Sob o aspecto da tramitação, há Projetos de 1999 e uma boa parte é mais recente, tendo em vista que se reportam à Lei nº 11.520 de 18 de setembro de 2007, que concedeu pensão especial a pessoas que tendo sido atingidas pela hanseníase, foram submetidas a isolamento e internação compulsórios.

De todo modo, são proposições que já se encontram há bastante tempo sob análise nos Órgãos Técnicos da Casa.

Há que se destacar, ainda, a recente incorporação ao texto aprovado no Congresso Nacional para o Projeto de Lei de Conversão da Medida Provisória nº 620, de 2013, que incorporou o Projeto de Lei nº 6.149, de 2013, que “altera a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências”, de autoria dos ilustres Deputados Paulo Teixeira, João Dado, Aline Corrêa, Antonio Brito, Kokay, Keiko Ota, Gabriel Chalita, Raimundo Gomes de Matos, Eduardo Barbosa e Paulo Ferreira.

De grande importância para as entidades que atuam na promoção da saúde, conforme previa a proposição original, as entidades que desempenham papel relevante nas atividades voltadas para redução de risco à saúde terão seus problemas de certificação resolvidos, desde que não haja

exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados.

Entre as entidades incluídas nesse dispositivo estão as que atuam especificamente na “prevenção ao câncer, ao vírus da imunodeficiência humana - HIV, às hepatites virais, à tuberculose, à hanseníase, à malária e à dengue;” o que, por certo, resolverá muitos dos problemas encontrados pelas entidades que se manifestaram na Audiência Pública do Rio de Janeiro, nos questionários encaminhados pelos Comitês de Combate à Tuberculose e nos contatos diretos com a Relatoria da Subcomissão.

10. PROPOSTAS.

O trabalho empreendido pela Subcomissão permitiu a emergência de fatos e situações que se estendidos, aprofundados, redirecionados ou implementados permitirão a obtenção de expressivos avanços no sentido de logarmos o controle, a diminuição e até mesmo a erradicação das Doenças Relacionadas à Pobreza.

A primeira situação em que se pode e deve buscar uma convergência de esforços para o suporte social aos portadores das doenças em questão é sua inclusão nos programas de distribuição de renda.

No debate com os órgãos de saúde e assistência social ficou patente que há a necessidade premente de pactuação política e articulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza e a formulação de uma agenda conjunta.

Tal agenda permitiria estabelecer uma rotina de cruzamento e análise de bancos de dados socioeconômicos das pessoas com Tuberculose e Hanseníase, além das outras moléstias em foco pela Subcomissão, envolvendo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Renda e Cidadania —SENARC, responsável pelo Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal e a Secretaria de Gestão da Informação — SAGI, ambas do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a fim de produzir dados que possibilitem acompanhar o desenvolvimento das ações conjuntas e melhor estabelecer estratégias voltadas às pessoas em situação de vulnerabilidade social acometidas pelas doenças relacionadas à pobreza.

Espera-se, outrossim, que tal pactuação redunde na elaboração de Instruções Operacionais conjuntas entre MDS e MS relativas à Proteção Social Básica e à Proteção Especial, definindo claramente as responsabilidades de cada um dos níveis, tais como, fluxo de atendimento, referência, contrarreferência, vigilância epidemiológica e socioeconômica das famílias afetadas por doenças relacionadas à pobreza e em situação de

vulnerabilidade, estabelecer o protocolo de atendimento nos abrigos e albergues para a população em situação de rua, entre outros aspectos.

O entendimento SUAS-SUS visaria, ainda, ao fornecimento de suporte psicossocial para pacientes em tratamento para tuberculose nos CRAS ou CREAS, visando à inclusão desses pacientes nos serviços e programas oferecidos pelos equipamentos de assistência social, com objetivo de dar suporte comunitário e social durante o tratamento.

Para que tal pacto entre Saúde e Assistência Social seja efetivo, ele deve extrapolar os limites do Governo Federal e existir também nos âmbitos Estaduais e Municipais e, portanto, deve ser incentivada a aproximação entre tais instâncias.

Ademais, como ficou claro pelas exposições e documentos encaminhados, os portadores de tais doenças se situam em grande número em locais específicos, bolsões de miséria, sem infraestrutura e à margem dos serviços públicos. Assim, é preciso que os programas de distribuição de renda sejam focalizados em tais regiões identificadas e identificáveis por meio dos estudos epidemiológicos. Tal iniciativa permitiria não apenas a redução nas taxas de incidência e prevalência das doenças, mas também a diminuição do número de suscetíveis, pois propiciaria melhoras nas condições de alimentação e de vida dessas populações, tendo, desse modo, um nítido papel preventivo.

Outra proposta que deve merecer implementação é a de concessão de algum tipo de incentivo e facilidade para o término do tratamento. No caso das duas moléstias com maior expressão entre as focadas pela Subcomissão — Tuberculose e Hanseníase — os tratamentos são de, no mínimo, seis meses, exigem o deslocamento do paciente para a tomada da medicação ou para seu recebimento e envolvem efeitos colaterais desagradáveis, havendo muita interrupção.

Propõe-se, desse modo, a vinculação dos pacientes em tratamento da Tuberculose e Hanseníase aos restaurantes comunitários, banco de alimentos ou outras estratégias de segurança alimentar com objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e minimizar os possíveis efeitos ocasionados pelas medicações.

É importante, também, que se estimule a viabilização de passe livre no transporte público para as pessoas em tratamento de Tuberculose e Hanseníase que se encontram em situação de vulnerabilidade, a fim de diminuir as despesas relacionadas ao tratamento dessas doenças, evitar o abandono e criar maior vínculo dos pacientes com as unidades de saúde que esteja realizando o tratamento.

Outra medida a ser trabalhada nesse campo é a do estabelecimento com o MDS de mecanismos para o pagamento de um benefício para as pessoas com Doenças Relacionadas à Pobreza, vinculado ao acompanhamento do tratamento e cura.

Ainda, no que concerne à relação entre saúde e assistência social, há que se entabular acordo para que os agentes que atuam no SUAS, mormente em ações na ponta do sistema, em contato direto com as populações assistidas, recebam treinamento para que possam identificar situações indicativas de manifestação ou de risco para as Doenças Relacionadas à Pobreza, principalmente para identificar sintomáticos respiratórios e portadores de lesões cutâneas.

Outro ponto que mereceu várias manifestações, tanto em Audiência Pública, como nas manifestações dos comitês, foi a que reclamou da interrupção do financiamento das atividades implementadas por esses colegiados e outras atividades do movimento social engajado na luta principalmente contra a Tuberculose. A solução de continuidade do financiamento se deu com o fim das verbas advindas do Fundo Global contra a Tuberculose e HIV/AIDS e o Ministério da Saúde comprometeu-se a substituir essa fonte por meio de verbas de seu orçamento. Do mesmo modo, as Secretarias Estaduais e Municipais devem cumprir o acordado no sentido de dar suporte às atividades dos Comitês de Controle da Tuberculose.

Há que se envidarem esforços para a liberação dessas rubricas orçamentárias de forma a que não haja involução na organização social obtida, ampliando as formas de financiamento para as Organizações da Sociedade Civil para além do lançamento de editais. Deve se considerar, igualmente, a possibilidade de realização de concursos com premiação em dinheiro para instituições de base comunitária que se destacam no enfrentamento das Doenças Relacionadas à Pobreza e de concessão de

bolsas de fomento para ativistas e lideranças que desenvolvam atividades de divulgação e informação sobre essas moléstias em suas comunidades.

Ainda no que concerne à questão da organização social, a atuação exitosa dos Comitês de Controle da Tuberculose não apenas deve ser mantida, mas também, e sobretudo, expandida, pois tais organizações se constituem em importantes instâncias de articulação entre sociedade civil e gestão.

Dessa forma, propõe-se que haja a institucionalização de tais comitês em cada Unidade da Federação e, se for o caso, em municípios mais populosos e onde a incidência da Tuberculose seja expressiva. A institucionalização, reivindicação feita a partir do trabalho concreto dos comitês atuantes, permitiria que tais colegiados contassem com um mínimo de infraestrutura necessária ao seu funcionamento contínuo.

Buscar-se-á, da mesma forma, o fortalecimento — política, financeira e tecnicamente — da Rede Brasileira de Comitês para Controle da Tuberculose compostas pelos Comitês Estaduais.

Outra forma de se obter o fortalecimento da atividade intersetorial é a efetivação da Resolução nº 444, de 2011, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a criação de um comitê com a participação da sociedade civil, Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Justiça, da Previdência Social, da Educação, das Cidades e da Secretaria de Direitos Humanos, entre outros, visando o desenvolvimento de ações conjuntas de modo a enfrentar os determinantes sociais relacionados à Tuberculose. Além disso, buscar a ampliação desta estratégia para a criação de um Comitê Intersetorial para o enfrentamento das Doenças Relacionadas à Pobreza no Brasil

Deve-se, ainda, apontar tema enfatizado ao longo das discussões, relativo às campanhas nos meios de comunicação. Tais campanhas, segundo os vários atores ouvidos pela Subcomissão, têm sido episódicas e a descontinuidade favorece o esquecimento e a não absorção das mensagens por parte da população. As campanhas veiculadas pelos meios de comunicação não são elegíveis pelo Poder Público, fazendo com que as emissoras de rádio, televisão e mídia impressa optem por uma agenda não discutida e bastante discutível do ponto de vista da morbimortalidade.

Propõe-se que se estudem, junto ao setor de comunicação, formas de priorizar temas a serem abordados nos períodos de veiculação obrigatória das emissoras e que tal veiculação seja também distribuída pelas transmissões nacionais, pois em muitas localidades apenas o sinal via satélite é recebido.

Adicionalmente, deve-se acoplar o tema do diagnóstico e tratamento da Tuberculose às campanhas voltadas à prevenção e ao diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS, tendo em vista a íntima associação entre as duas infecções.

As populações privada de liberdade e em situação de rua, assim como os povos indígenas, devem merecer ações específicas, focalizadas e interinstitucionais, tendo em vista as altas taxas encontradas entre essas populações de Doenças Relacionadas à Pobreza e que as responsabilidades por cada uma delas estão distribuídas entre Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Justiça e Secretaria de Direitos Humanos.

No que concerne à atividade legislativa, envidaremos esforços junto à Mesa Diretora da Casa, assim como junto às Comissões Permanentes atinentes a cada uma das matérias legislativas identificadas para que recebam tratamento prioritário em sua apreciação, independentemente da avaliação de seu conteúdo que, é evidente, caberá ao conjunto dos nossos Pares.

Do mesmo modo, em atenção ao justíssimo pleito dos pesquisadores no campo da Tuberculose, instaremos os membros da Comissão Especial destinada a proferir Parecer sobre o Projeto de Lei nº 2.177, de 2011, que “institui o Código Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação” e da Mesa Diretora para que, sem prejuízo da análise criteriosa da matéria, a mesma seja agilizada.

Ainda no que concerne às medidas no âmbito do Legislativo, pretende-se incentivar a destinação de emendas parlamentares às instituições que atuam com as Doenças Relacionadas à Pobreza, com objetivo de fortalecimento desse trabalho, assim como instar os Legislativos Estaduais e Municipais a que criem em seus respectivos âmbitos Frentes Parlamentares

de Combate às Doenças Relacionadas à Pobreza, de forma a respaldar e fortalecer a atuação da sociedade civil.

Outro pleito dos pesquisadores que deve merecer ação por parte da Subcomissão e do Legislativo é o concernente à agilização dos processos de avaliação ética das pesquisas envolvendo seres humanos. Deve-se buscar uma aproximação entre a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — CNPq e demais instituições que guardem relação com o tema, com vistas a se equacionar as demandas da comunidade científica e a proteção dos sujeitos de pesquisas.

Para incentivar a produção de pesquisas acadêmicas e operacionais relacionadas à determinação social da saúde e às Doenças Relacionadas à Pobreza deve-se estudar a implementação de editais, convênios, mostras, prêmios, etc.

Outra forma de parceria com a comunidade e com as instituições de caráter científico e de pesquisa (IPEA, Departamentos de Saúde Coletiva e congêneres, FIOCRUZ etc.) deve ser o estabelecimento de incentivos e programas com o fito de produção de dados sobre as Doenças Relacionadas à Pobreza, contemplando os vários fatores relacionados à essas moléstias.

Os Estados e Municípios, do mesmo modo, devem ser incentivados a participar dessa parceria ou firmarem acordos congêneres com instituições locais com vistas à produção e análise da situação socioeconômica das pessoas com Tuberculose e outras Doenças Relacionadas à Pobreza, por meio da criação de instrumentos de apoio às unidades de saúde, como mapas socioeconômicos, georreferenciamento de áreas de risco e perfil das famílias em situação de vulnerabilidade.

Para o controle da Tuberculose na População Privada de Liberdade, alguns desafios se apresentam. O primeiro deles refere-se à ampliação da articulação entre a Coordenação Nacional de Saúde Prisional, do Ministério da Saúde e do Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça.

Tal articulação teria como principal objetivo a implantação efetiva da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas

de Liberdade, com a atualização do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a ampliação do repasse de recursos aos Estados e Municípios que aderirem ao PNSSP.

Outro ponto de fundamental importância é o da detecção de casos de TB na porta de entrada do sistema conforme estabelece a Resolução 11/06/CNPP, sem prejuízo do exame sistemático nos encarcerados.

Do ponto de vista das condições de encarceramento, é mister a melhoria da situação de superpopulação, ventilação e iluminação nas celas e dependências prisionais, não apenas por força de uma melhoria nas condições sanitárias, mas sobretudo por tratar-se de um imperativo de respeito aos direitos humanos.

Ações para melhorar o suporte ao diagnóstico da Tuberculose e outras doenças intramuros também se fazem necessários, bem como a melhoria da comunicação entre o sistema prisional e a vigilância epidemiológica dos municípios para o acompanhamento dos casos após as transferências e liberdades.

Em resumo, apontam-se as seguintes propostas com vistas à dedução da Tuberculose e de outros agravos relacionados à pobreza entre a População Privada de Liberdade:

1) Viabilizar o acesso da PPL aos serviços de atenção básica, seja por meio das equipes de saúde prisional, ou por meio das Unidades Básicas de Saúde do território onde se encontra a unidade prisional;

2) Garantir a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade nos Estados e Municípios;

3) Garantir por meio dos Ministérios da Saúde e da Justiça o cumprimento da realização de exames de Tuberculose e outras doenças negligenciadas na porta de entrada do sistema prisional, conforme estabelecido para a Tuberculose na Resolução nº 11 de 2006 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPP);

4) Garantir a execução das normas e Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal (CNPP/2011) que prevê a observância das questões

de ventilação e iluminação conforme Manual de Intervenções Ambientais para o Controle da Tuberculose nas Prisões (Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, 2012);

5) Garantir a execução das normas e Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal (CNPCP/2011) que prevê a observância para a criação de módulos de assistência à saúde e instalação intramuros de centros diagnósticos de Tuberculose e outras doenças;

6) Garantir que todos os pacientes de Tuberculose em situação de privação de liberdade tenham prontuário médico com todos os desdobramentos do tratamento;

7) Garantir em casos de transferência entre unidades prisionais, o encaminhamento do Prontuário Médico juntamente com o Prontuário Penal para o seguimento do tratamento de agravos em qualquer unidade federativa;

8) Garantir que as unidades penitenciárias notifiquem e informem o endereço de residência do paciente para a vigilância epidemiológica do município de residência para assegurar a continuidade do tratamento pós liberdade.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Disse o poeta sevilhano que “faz-se o caminho ao andar”. Assim também é a atuação política, cheia de longas estradas, inesperados atalhos, caminhos planos ou percursos acidentados.

Os meses que separam o momento em que se propôs a constituição da Subcomissão Especial DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA e a apresentação de seu Relatório Final são comparáveis a esses caminhos.

Nesse momento, em que temos a honra e a satisfação de entregar à apreciação de nossos Pares e em proveito de nossa população as conclusões aqui reunidas, podemos dizer que valeu a pena caminhar.

Como num processo pedagógico, muito pudemos aprender e apreender sobre a complexa teia de relações que fazem do adoecimento, mais que um fenômeno biológico, um fato social. Mormente quando se adocece de determinadas moléstias como as tratadas por essa Subcomissão.

Se o caminho possível não foi o imaginado a princípio, o trilhado foi tão ou mais rico que só temos motivos para nos regozijarmos dos resultados palpáveis e dos que ainda vão surgir a partir da conclusão de nosso trabalho.

Cremos que podemos apontar sem sombra de dúvida que a Subcomissão teve efeitos bastante concretos nas relações entre entes governamentais. Dentro do Poder Executivo, pudemos verificar a expansão do diálogo e da conjunção de esforços entre, principalmente Saúde e Assistência Social, mas com a concorrência também da Previdência Social e Direitos Humanos.

A convergência entre Legislativo e Executivo sai, igualmente, reforçada e dignificada. Num tempo de relações tensas e, muitas vezes, criticadas e criticáveis, pudemos comprovar que o diálogo elevado, a

crítica franca e a busca de pontos de união possibilita uma ação direta e construtiva para a consecução do bem comum.

A interlocução com a comunidade acadêmica foi também um fator de elevação do padrão de nossas análises e de recepção de contribuições e de pleitos importantíssimos. Doenças relacionadas à pobreza são e serão redutíveis com ações que visem compensar as injustiças sociais, mas devem estar *pari passu* com um sólido conhecimento científico e com recursos tecnológicos atuais e apropriados.

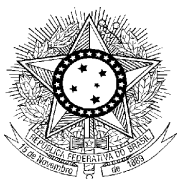
Ademais, “*last, but not least*”, tivemos a comprovação de algo que já era sabido: a imprescindibilidade da atuação da sociedade civil no processo de planejamento, execução e controle das ações governamentais e, mais notadamente, nas ações sanitárias e sociais.

Nossa expectativa em relação aos frutos de nosso trabalho é grande, justamente pela capacidade de agregação de Estado e Sociedade Civil demonstrado e pelo potencial que essa união tem em conjugar a ação governamental, o conhecimento científico e tecnológico e a mobilização social para controlarmos, reduzirmos e erradicarmos doenças que, de há muito, já deveriam não mais afligir nossos concidadãos.

Esperamos que a ação conjunta sobre os condicionantes sociais, que influenciam e determinam o adoecimento de parcela vulnerável de nossa população por males já bastante conhecidos e perfeitamente redutíveis, seja constante e possibilite que não mais essas populações e doenças sejam consideradas negligenciadas.

Para finalizar, gostaríamos de reproduzir as palavras inspiradoras proferidas há quase sessenta anos pelo grande médico, pesquisador e militante social Samuel Pessoa: “a saúde nos trópicos não depende de nenhuma fatalidade geográfica ou climática, mas é uma lúdima conquista da organização, do esforço e do conhecimento humano”.

12. ANEXOS.



12.1 Anexo I

CÂMARA DOS DEPUTADOS COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.

Of. 01/2013

Brasília, 26 de abril de 2013.

Senhor Ministro,

Comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão de Seguridade Social e Família criou a "**Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza**", em reunião ordinária no dia 20 de março do corrente.

Com o objetivo de subsidiar nossos trabalhos, solicitamos de Vossa Excelência as seguintes informações:

- a. Indicadores epidemiológicos da tuberculose, hanseníase e geohelmintíases (série histórica dos últimos 5 anos para avaliar a temporalidade e Unidade Federada);
- b. Indicadores operacionais da tuberculose, hanseníase e geohelmintíases (série histórica dos últimos 5 anos para avaliar a temporalidade e Unidades da Federação);
- c. Indicadores epidemiológicos e operacionais para as populações especiais para as doenças determinantes pela pobreza;
- d. Resultado do cruzamento da base de dados do Cadastro Único com o Sinan-tuberculose;
- e. Relatório do Projeto Fundo Global Tuberculose – Brasil, desenvolvido no Brasil entre os anos de 2007 a 2012; e
- f. Relatório da situação epidemiológica da tuberculose no sistema penitenciário.

Agradecendo antecipadamente e na certeza de um pronto atendimento, aguardamos o retorno.

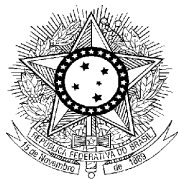
Respeitosamente,

Deputada **BENEDITA DA SILVA**
Presidente da Subcomissão Especial

Deputado **ANTONIO BRITO**
Relator da Subcomissão Especial

A Sua Excelência o Senhor
ALEXANDRE PADILHA
Ministro de Estado da Saúde
Nesta

12.2 Anexo II



CÂMARA DOS DEPUTADOS COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.

Of. 02/2013

Brasília, 26 de abril de 2013.

Senhor Ministro,

Comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão de Seguridade Social e Família criou a **"Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza"**, em reunião ordinária no dia 20 de março do corrente.

Com o objetivo de subsidiar nossos trabalhos, solicitamos de Vossa Excelência as seguintes informações junto ao INSS:

- g. Número de afastamento por auxílio-doença concedido em decorrência de tuberculose ou hanseníase, por estado;
- h. Número de aposentadoria por invalidez concedido em decorrência de tuberculose ou hanseníase, por estado;
- i. Espelho da orientação sobre tuberculose e hanseníase, que orientam os peritos do INSS;
- j. Resultado da consulta pública de 2011, que ouviu a população sobre qual deve ser o prazo estimado de afastamento do trabalho para os segurados do INSS, de acordo com o problema de saúde que tiverem e
- k. Se existe expectativa de entrada em vigor de norma do INSS divulgada pela imprensa que os afastamentos de até 60 dias, seriam preenchidos pelos médicos e enviados diretamente, sem a necessidade de perícia médica.

Agradecendo antecipadamente e na certeza de um pronto atendimento, aguardamos o retorno.

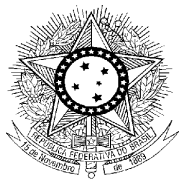
Respeitosamente,

Deputada **BENEDITA DA SILVA**
Presidente da Subcomissão Especial

Deputado **ANTONIO BRITO**
Relator da Subcomissão Especial

A Sua Excelência o Senhor
GARIBALDE ALVES FILHO
Ministro de Estado da Previdência Social
Nesta

12.3 Anexo III



CÂMARA DOS DEPUTADOS COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.

Of. 03/2013

Brasília, 26 de abril de 2013.

Senhora Ministra,

Comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão de Seguridade Social e Família criou a **"Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza"**, em reunião ordinária no dia 20 de março do corrente.

Com o objetivo de subsidiar nossos trabalhos, solicitamos de Vossa Excelência as seguintes informações:

- I. Ações do Plano Brasil Sem Miséria que contemplem doenças como hanseníase, tuberculose e doenças negligenciadas;
- M. Ações conjuntas entre os programas de tuberculose e hanseníase e o atendimento a população em situação de rua; e
- N. Número de famílias / beneficiários do BPC atingidos pela tuberculose e hanseníase.

Agradecendo antecipadamente e na certeza de um pronto atendimento, aguardamos retorno.

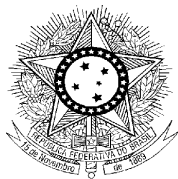
Respeitosamente,

Deputada **BENEDITA DA SILVA**
Presidente da Subcomissão Especial

Deputado **ANTONIO BRITO**
Relator da Subcomissão Especial

A Sua Excelência a Senhora
TEREZA HELENA GABRIELLI BARRETO CAMPELLO
Ministra de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Nesta

12.4 Anexo IV



CÂMARA DOS DEPUTADOS COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.

Of. 04/2013

Brasília, 26 de abril de 2013.

Senhora Ministra,

Comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão de Seguridade Social e Família criou a **"Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza"**, em reunião ordinária no dia 20 de março do corrente.

Com o objetivo de subsidiar nossos trabalhos, solicitamos de Vossa Excelência as seguintes informações:

- O. Ações desenvolvidas na área da hanseníase (número de pensões concedidas às pessoas/família atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsória);
- P. Potencialidades no atendimento as pessoas com tuberculose, sobretudo as mais vulneráveis (população de rua, privados de liberdade, vivendo com HIV-AIDS e povos indígenas); e
- Q. Se existe, e em caso positivo, como se encontra a ligação entre os Centros de Referencias em Diretos Humanos e as coordenações de tuberculose.

Agradecendo antecipadamente e na certeza de um pronto atendimento, aguardamos o retorno.

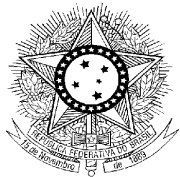
Respeitosamente,

Deputada **BENEDITA DA SILVA**
Presidente da Subcomissão Especial

Deputado **ANTONIO BRITO**
Relator da Subcomissão Especial

A Sua Excelência a Senhora
MARIA DO ROSÁRIO NUNES
Ministra de Estado da Secretária de Direitos Humanos
Nesta

12.5 Anexo V



CÂMARA DOS DEPUTADOS COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.

Of. 06/2013

Brasília, 22 de maio de 2013.

Senhora Diretora,

Comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão de Seguridade Social e Família criou a **"Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza"**, em reunião ordinária no dia 20 de março do corrente.

Com o objetivo de subsidiar nossos trabalhos, solicitamos de Vossa Excelência as seguintes informações:

- a. Relatório das atividades das doenças relacionadas à pobreza e o Plano Brasil Sem Miséria, e
- b. Pesquisas e publicações atuais sobre doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza no Brasil.

Agradecendo antecipadamente e na certeza de um pronto atendimento, aguardamos o retorno.

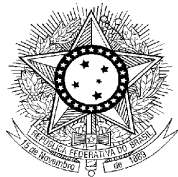
Respeitosamente,

Deputada **BENEDITA DA SILVA**
Presidente da Subcomissão Especial

Deputado **ANTONIO BRITO**
Relator da Subcomissão Especial

A Sua Excelência o Senhor
Tânia Araújo
Diretora do Instituto Oswaldo Cruz
Nesta

12.6 Anexo VI



CÂMARA DOS DEPUTADOS COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.

Of. 07/2013

Brasília, 22 de maio de 2013.

Prezado Senhor,

Comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão de Seguridade Social e Família criou a **"Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza"**, em reunião ordinária no dia 20 de março do corrente.

Com o objetivo de subsidiar nossos trabalhos, solicitamos de Vossa Excelência as seguintes informações:

- a. Global Tuberculosis Report 2012, e
- b. Relatório regional sobre o controle da tuberculose (TB), com uma avaliação atualizada dos países das Américas.

Agradecendo antecipadamente e na certeza de um pronto atendimento, aguardamos o retorno.

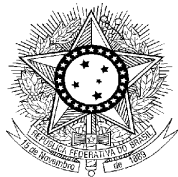
Respeitosamente,

Deputada **BENEDITA DA SILVA**
Presidente da Subcomissão Especial

Deputado **ANTONIO BRITO**
Relator da Subcomissão Especial

A Sua Excelência o Senhor
DR. JOAQUÍN MOLINA
Representante da Organização Panamericana de Saúde no Brasil
Nesta

12.7 Anexo VII



CÂMARA DOS DEPUTADOS COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A ANALISAR E DIAGNOSTICAR A SITUAÇÃO EM QUE SE ENCONTRAM AS POLÍTICAS DE GOVERNO RELACIONADAS ÀS DOENÇAS DETERMINADAS PELA POBREZA.

Of. 08/2013

Brasília, 22 de maio de 2013.

Senhor Diretor,

Comunicamos a Vossa Excelência que a Comissão de Seguridade Social e Família criou a "**Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza**", em reunião ordinária no dia 20 de março do corrente.

Com o objetivo de subsidiar nossos trabalhos, solicitamos de Vossa Excelência as seguintes informações:

- a. Principais indicadores do Brasil, Macrorregiões e Regiões Metropolitanas, e
- b. Pesquisas e publicações atuais sobre doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza no Brasil.

Agradecendo antecipadamente e na certeza de um pronto atendimento, aguardamos o retorno.

Respeitosamente,

Deputada **BENEDITA DA SILVA**
Presidente da Subcomissão Especial

Deputado **ANTONIO BRITO**
Relator da Subcomissão Especial

A Sua Excelência o Senhor
Diretor ALBERTO PELLEGRINI
Diretor do Centro de Pesquisa, Política e Informação em Determinantes Sociais da Saúde –
ENSP/Fiocruz

12.8 Anexo VIII

Brasília, 15 de maio de 2013.

Ofício 093/2013

A Sua Excelência o Senhor
PRESIDENTE DO COSEMS

Senhor Presidente,

Encontra-se em funcionamento na Câmara dos Deputados a “*Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza*”, vinculada à Comissão de Seguridade Social e Família.

Considerando que o enfoque da Subcomissão é verificar as principais ações, avanços e desafios nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal), como também as articulações extrassetoriais, para o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza, especialmente tuberculose, hanseníase e doenças negligenciadas (esquistossomose, verminoses, Chagas, leishmaniose, entre outras), bem como as propostas que possam contribuir com todo o processo, apresentamos roteiro de questões com o objetivo de embasar e potencializar os trabalhos que veem sendo desenvolvidos por esta Casa.

Como relator desta Subcomissão, solicitamos o envio, por meio eletrônico, das respostas às questões apresentadas, até o dia 21 de junho, para utilização posterior como subsídio na elaboração do Relatório Final dos trabalhos, para permitir que as conclusões alcançadas possam expressar, o mais fielmente possível, a realidade brasileira e propor alternativas e soluções para o enfrentamento deste grave problema.

Certo de poder contar com sua atenção e colaboração, antecipo agradecimentos, renovando meus protestos de grande estima e apreço.

Atenciosamente,

Deputado ANTONIO BRITO

Relator da Subcomissão destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza

QUESTIONÁRIO PARA O CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – COSEMS

1. O controle da tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza são alvo de discussão entre as demandas das Secretarias Municipais de Saúde? Quais as doenças mais discutidas?
2. Há diagnóstico situacional dos municípios que devem ser alvo das ações de controle de tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Quais os principais de acordo com a Região?
3. Há articulação extra-setorial dentro dos municípios para o desenvolvimento de ações de controle de tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Quais os setores envolvidos?
4. Quais os principais entraves encontrados pelas Secretarias Municipais de Saúde para o controle da tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza?
5. Diante dos entraves encontrados, como as Secretarias Municipais de Saúde têm enfrentado às doenças relacionadas à pobreza?

12.9 Anexo IX

Brasília, 15 de maio de 2013.

Ofício 120/2013

A Sua Excelência o Senhor
Secretaria de Estado da Saúde

Senhor Secretário,

Encontra-se em funcionamento na Câmara dos Deputados a *“Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza”*, vinculada à Comissão de Seguridade Social e Família.

Considerando que o enfoque da Subcomissão é verificar as principais ações, avanços e desafios nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal), como também as articulações extra-setoriais, para o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza, especialmente tuberculose, hanseníase e doenças negligenciadas (esquistossomose, verminoses, Chagas, leishmaniose, entre outras), bem como as propostas que possam contribuir com todo o processo, apresentamos roteiro de questões com o objetivo de embasar e potencializar os trabalhos que veem sendo desenvolvidos por esta Casa.

Como relator desta Subcomissão, solicitamos o envio, por meio eletrônico, das respostas às questões apresentadas, até o dia 21 de junho, para utilização posterior como subsídio na elaboração do Relatório Final dos trabalhos, para permitir que as conclusões alcançadas possam expressar, o mais fielmente possível, a realidade brasileira e propor alternativas e soluções para o enfrentamento deste grave problema.

Certo de poder contar com sua atenção e colaboração, antecipo agradecimentos, renovando meus protestos de grande estima e apreço.

Atenciosamente,

Deputado ANTONIO BRITO

Relator da Subcomissão destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza

QUESTIONÁRIO PARA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES)

1. Há planejamento de ações de controle da tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Quais os atores envolvidos no planejamento realizado pela SES?
2. Quais as ações desenvolvidas para o controle da tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza?
3. Há o monitoramento de indicadores operacionais e epidemiológicos dessas doenças? Com qual periodicidade são realizados?
4. Existe no estado fluxo de referência e contrarreferência para atendimento aos pacientes de hanseníase? Serviços de confecção e dispensação de órteses e próteses? Serviços de reabilitação cirúrgicas? Outros?
5. Quais os grupos mais vulneráveis à tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Há ações específicas para essas populações? (Elencar as doenças e ações de acordo com os grupos populacionais).
6. Com relação à tuberculose e hanseníase, a SES oferece/apóia incentivos ao tratamento, por exemplo, cesta de alimentos, café da manhã, vale transporte, repasse de recurso ou outros? Como são operacionalizados?
7. Descreva as ações desenvolvidas a partir do repasse de recursos extras, realizado pelo Ministério da Saúde em 2012, para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase e doenças em eliminação.

Parcerias Intersectoriais

8. Há o estabelecimento de parcerias com a Secretaria Estadual de Assistência Social? Quais as ações desenvolvidas?
9. A SES preconiza/recomenda algum fluxo entre as Secretarias de Saúde e as de Assistência Social, no acompanhamento dos pacientes com tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza em situação de vulnerabilidade social? Em caso afirmativo, descreva esse fluxo.
10. A SES tem parceria com organizações da sociedade civil no desenvolvimento de ações de tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Quais as organizações parceiras e as ações desenvolvidas?
11. Quais os principais problemas identificados na articulação com a política de assistência social ao enfrentamento à tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Comente.

12.10 Anexo X

Brasília, 15 de maio de 2013.

Ofício 129/2013

A Sua Excelência o Senhor
Secretaria Municipal da Saúde

Senhor Secretário,

Encontra-se em funcionamento na Câmara dos Deputados a *“Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza”*, vinculada à Comissão de Seguridade Social e Família.

Considerando que o enfoque da Subcomissão é verificar as principais ações, avanços e desafios nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal), como também as articulações extrassetoriais, para o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza, especialmente tuberculose, hanseníase e doenças negligenciadas (esquistossomose, verminoses, Chagas, leishmaniose, entre outras), bem como as propostas que possam contribuir com todo o processo, apresentamos roteiro de questões com o objetivo de embasar e potencializar os trabalhos que veem sendo desenvolvidos por esta Casa.

Como relator desta Subcomissão, solicitamos o envio, por meio eletrônico, das respostas às questões apresentadas, até o dia 21 de junho, para utilização posterior como subsídio na elaboração do Relatório Final dos trabalhos, para permitir que as conclusões alcançadas possam expressar, o mais fielmente possível, a realidade brasileira e propor alternativas e soluções para o enfrentamento deste grave problema.

Certo de poder contar com sua atenção e colaboração, antecipo agradecimentos, renovando meus protestos de grande estima e apreço.

Atenciosamente,

Deputado ANTONIO BRITO

Relator da Subcomissão destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza

QUESTIONÁRIO PARA AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS) DAS CAPITAIS.

1. Os programas de controle da tuberculose e da hanseníase são implantados no município?
2. Existem equipes responsáveis pelo controle de outras doenças relacionadas à pobreza (por exemplo, tracoma, esquistossomose, verminoses, filariose, Doença de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária, entre outras). Quais?
3. Quais os atores envolvidos no planejamento das ações de controle da tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza?
4. Quais as ações desenvolvidas para o controle da tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Enumere de acordo com a doença.
5. Em relação ao tratamento de tuberculose e hanseníase:
 - 5.1 – O tratamento é descentralizado para as unidades básicas de saúde?
 - 5.2 – Os pacientes vão até a unidade de saúde para receber o tratamento?
 - 5.3 – No caso da tuberculose, é realizado tratamento diretamente observado (TDO)? Qual a periodicidade de realização do TDO?
 - 5.4 – Há algum tipo de incentivo para realização do tratamento de tuberculose e hanseníase, por exemplo: cesta básica, café da manhã, vale transporte ou repasse em dinheiro? Como é operacionalizado?
6. As unidades com o programa de hanseníase implantado realizam ações de prevenção de incapacidades? A equipe realiza monitoramento da função neural como rotina? Realizam técnicas simples de autocuidado? Existe grupo de autocuidados implantados?
7. Em relação ao controle da esquistossomose e geo-helmintíases, quais as ações desenvolvidas?
 - 7.1 Realiza busca ativa de portadores de portadores de *Schistosoma mansoni*?
 - 7.2 Realiza tratamento coletivo para as geo-helmintíases nos escolares?
 - 7.3 Quais os pontos críticos para o alcance de uma proporção (cobertura) de tratamento $\geq 80\%$?
8. A SMS identifica situações de vulnerabilidade social entre as pessoas diagnosticadas com tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Como se dá essa identificação?
9. Há realização da atividade de busca ativa de casos de tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Como é realizada?

Parcerias Intersetoriais:

10. A SMS realiza alguma atividade relacionada à tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza em parceria com a Secretaria de Assistência Social (Ação Social/Direitos Humanos/Desenvolvimento Social)?
11. É desenvolvida alguma ação específica para as populações mais vulneráveis à tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Qual?
12. A SMS preconiza/estabelece algum fluxo entre as Secretarias de Saúde e a de Assistência Social, no acompanhamento dos pacientes com tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza em situação de vulnerabilidade social? Para onde é esse encaminhamento (CRAS, CREAS, Centro Pop, albergues, INSS ou outros)? Descreva o fluxo.

- a. A SMS tem parceria com organizações da sociedade civil no desenvolvimento de ações de tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza? Quais as organizações parceiras e as ações desenvolvidas?
 - b. Quais os principais problemas identificados na articulação entre as ações de assistência social e o enfrentamento à tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza?
 - c. Quais os pontos críticos para o alcance de desfecho favorável (cura) para os casos de tuberculose, hanseníase e outras doenças relacionadas à pobreza. Comente.
13. Quais os pontos críticos para o alcance da meta de $\geq 86\%$ de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes?
14. Quais os pontos críticos para o alcance da meta de $\geq 69\%$ de contatos examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase?

12.11 Anexo XI

Brasília, 21 de maio de 2013.

Ofício 177/2013

A Sua Senhoria o Senhor
Comitê Metropolitano de Tuberculose

Senhor Coordenador,

Encontra-se em funcionamento na Câmara dos Deputados a “*Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza*”, vinculada à Comissão de Seguridade Social e Família.

Considerando que o enfoque da Subcomissão é verificar as principais ações, avanços e desafios nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal), como também as articulações extrassetoriais, para o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza, especialmente tuberculose, hanseníase e doenças negligenciadas (esquistossomose, verminoses, Chagas, leishmaniose, entre outras), bem como as propostas que possam contribuir com todo o processo, apresentamos roteiro de questões com o objetivo de embasar e potencializar os trabalhos que veem sendo desenvolvidos por esta Casa.

Como relator desta Subcomissão, solicitamos o envio, por meio eletrônico, das respostas às questões apresentadas, até o dia 21 de junho, para utilização posterior como subsídio na elaboração do Relatório Final dos trabalhos, para permitir que as conclusões alcançadas possam expressar, o mais fielmente possível, a realidade brasileira e propor alternativas e soluções para o enfrentamento deste grave problema.

Certo de poder contar com sua atenção e colaboração, antecipo agradecimentos, renovando meus protestos de grande estima e apreço.

Atenciosamente,

Deputado ANTONIO BRITO

Relator da Subcomissão destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza

Questionário para os Comitês de Controle de Tuberculose:

- a) Quais as principais ações desenvolvidas pelo Comitê?
- b) Há ações relacionadas às populações mais vulneráveis à tuberculose? Como o comitê contribui para enfrentar as vulnerabilidades sociais das pessoas com tuberculose?
- c) Com relação à sustentabilidade, quem financia as ações desenvolvidas pelo comitê? Quais as principais dificuldades encontradas na realização das atividades?

12.12 Anexo XII

Projetos de Lei em tramitação que se referem à Tuberculose				
Proposição	Autor	Situação	Ementa	Explicação da Ementa
PL 302/2011	Dep. Marçal Filho	Pronta para Pauta na CSSF	Dá nova redação aos incisos III e IV, § 8º do art. 6º da Lei nº 10.999, de 15 de dezembro de 2004.	Autoriza o pagamento, em parcela única, dos valores da revisão dos benefícios previdenciários atrasados, devidos aos segurados aposentados e pensionistas, em caso de doenças graves que especifica.
PL 3928/2008	Dep. Júlio Delgado	Pronta para Pauta na CSSF	Acrescenta parágrafo único ao art. 151, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.	Garante a aposentadoria por invalidez ao segurado em gozo de auxílio-doença há mais de um ano, em decorrência das doenças relacionadas na Lei de Benefícios.
PL 3394/2000	Dep. Feu Rosa	Apensado ao PL 3310/2000	Cria nova hipótese de saque de recursos do FGTS para o titular da conta vinculada e/ou seus dependentes, nos casos de doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.	Altera a Lei nº 8.036, de 1990.
PL 3371/2000	Dep. Celso Giglio	Apensado ao PL 3310/2000	Modifica a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação do saldo das contas individuais do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço por motivo de doença grave do titular da conta ou de seus dependentes.	Altera a Lei nº 8.036, de 1990.
PL 519/1999	Dep. Silas Brasileiro	Apensado ao PL 289/1999	Acrescenta parágrafo ao art. 82 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal - para criar nas penitenciárias alojamentos para portadores de doenças infectocontagiosas e de doenças sexualmente transmissíveis.	

Projetos de Lei em tramitação que se referem à Hanseníase				
Proposição	Autor	Situação	Ementa	Explicação da Ementa
PL 4907/2012	Dep. Domingos Dutra	Apensado ao PL 2104/2011	Acrescenta o § 5º ao art. 1º da Lei nº 11.520 de 18 de setembro de 2007, para dar direito à pensão especial aos filhos separados dos genitores atingidos pela hanseníase, isolados e internados compulsoriamente.	
PL 3303/2012	Dep. Edivaldo Holanda Junior	Apensado ao PL 2104/2011	Institui pensão especial aos "Filhos Órfãos de Pais Vivos"	Concede pensão especial aos filhos de pessoas atingidas pela hanseníase
PL 2962/2011	Dep. Sarney Filho	Apensado ao PL 2104/2011	Altera a Lei nº 11.520 de 18 de setembro de 2007, para conceder pensão especial aos filhos separados dos genitores atingidos pela hanseníase, isolados e internados compulsoriamente.	
2104/2011	Dep. Diego Andrade	Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)	Altera o § 1º do art. 1º da Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007, que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios, para permitir a transmissão do benefício aos dependentes hipossuficientes.	
PL 302/2011	Dep. Marçal Filho	Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)	Autoriza o pagamento, em parcela única, dos valores da revisão dos benefícios previdenciários atrasados, devidos aos segurados aposentados e pensionistas, em caso de doenças graves que especifica.	
PL 7256/2010	Dep. Arnaldo Faria de Sá	Apensado ao PL 3085/2008	Altera o art. 1º da Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007, para dispor sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase.	Exigindo a apresentação de atestado médico aos requerentes de pensão especial atingidas pela hanseníase que apresentem sequelas.
PL 3928/2008	Dep. Júlio Delgado	Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)	Acrescenta parágrafo único ao art. 151, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.	Garante a aposentadoria por invalidez ao segurado em gozo de auxílio-doença há mais de um ano, em decorrência das doenças relacionadas na Lei de Benefícios.

PL 3482/2008	Dep. Vanessa Grazziotin	Apensado ao PL 3085/2008	Altera a Lei que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios.	Altera a Lei nº 11.520, de 2007.
PL 3085/2008	Dep. Gladson Cameli	Aguardando Parecer na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)	Altera o art. 1º da Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007, para dispor sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que sofreram amputação cirúrgica de segmentos corporais.	
PL 4159/2001	Dep. Josué Bengtson	Apensado ao PL 3310/2000	Modifica a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação do saldo das contas individuais do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS - quando os titulares ou seus dependentes forem acometidos de hanseníase virchoviana.	
PL 3394/2000	Dep. Feu Rosa	Apensado ao PL 3310/2000	Cria nova hipótese de saque de recursos do FGTS para o titular da conta vinculada e/ou seus dependentes, nos casos de doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.	Altera a Lei nº 8.036, de 1990.
PL 3371/2000	Dep. Celso Giglio	Apensado ao PL 3310/2000	Modifica a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação do saldo das contas individuais do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço por motivo de doença grave do titular da conta ou de seus dependentes.	Altera a Lei nº 8.036, de 1990.