

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE RESOLUÇÃO Nº 227, DE 2002

Institui Comissão Parlamentar de Inquérito, com o objetivo de identificar os responsáveis pelo avanço da epidemia da dengue.

Autor: Deputado Alexandre Cardoso e outros

Relator: Deputado José Linhares

I - RELATÓRIO

Com o projeto de resolução em epígrafe, o Sr. Deputado Alexandre Cardoso e demais signatários pretendem instituir Comissão Parlamentar de Inquérito a fim de identificar os responsáveis pelo avanço da epidemia da dengue no País.

O art. 2º da proposição indica que a Comissão seria constituída por onze membros e igual número de suplentes, com prazo prorrogável de 120 dias para conclusão de seu trabalhos.

Os artigos 3º e 4º tratam do assessoramento e dos recursos necessários ao funcionamento da Comissão.

A justificação da iniciativa assenta-se na falta de transparência a respeito da responsabilidade pelo avanço da epidemia da dengue no País e na necessidade do Parlamento Brasileiro indicar à sociedade os principais responsáveis pela questão da dengue no Brasil.

É enfatizado que em 1996 o Ministério da Saúde (MS) teve conhecimento da necessidade de implementar o Plano de Erradicação do Mosquito *Aedes aegypti* para evitar uma previsível epidemia, no entanto, o plano não foi implementado.

Mencionou-se, também, a ocorrência de mais de 30 óbitos por dengue em 2002, o desencontro de informações entre os entes federados e questionamentos sobre a eficiência dos inseticidas.

A proposição foi remetida à CSSF, que será a única Comissão a apreciar o mérito da matéria, cabendo à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, o exame dos aspectos de constitucionalidade, legalidade, juridicidade, regimentalidade e de técnica legislativa.

É o relatório.

II - VOTO DO RELATOR

A preocupação do nobre Deputado Alexandre Cardoso com a epidemia da dengue é, com certeza, compartilhada por todos os membros desta Comissão. A doença representa, atualmente, um importante problema de saúde pública para o Brasil e para o mundo.

O mosquito transmissor do vírus da dengue, o *Aedes aegypti*, que havia sido erradicado de vários países do continente americano nas décadas de 50 e 60, retornou na década de 70, por falhas na vigilância epidemiológica e pelas mudanças sociais e ambientais propiciadas pela urbanização acelerada dessa época.

Mais de 100 países em todos os continentes registram a presença do mosquito e casos da doença. O *Aedes aegypti* espalhou-se por uma

área onde vivem cerca de 3,5 bilhões de pessoas. Nas Américas, o mosquito é encontrado do Uruguai até o sul dos Estados Unidos. São conhecidos quatro sorotipos do vírus da dengue: 1, 2, 3 e 4, sendo que no Brasil não existe circulação do tipo 4.

No Brasil há referências de epidemias em 1916, em São Paulo, e em 1923, em Niterói, sem diagnóstico laboratorial. O *Aedes* foi considerado erradicado no Brasil em duas ocasiões, nas décadas de 50 e de 70. Mas este resultado não foi obtido em outros países do continente americano, como os Estados Unidos, Venezuela e as ilhas do Caribe, mantendo o Brasil sob permanente risco de reinfestação. Em 1976, o *Aedes aegypti* foi reintroduzido no País, encontrando condições socioambientais favoráveis à expansão. Programas de controle centrados no combate químico, com baixa ou mesmo nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico mostraram-se incapazes de conter um vetor com elevada capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos.

A primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1981-1982, em Boa Vista. A partir de 1986, foram registradas epidemias em diversos estados. Estima-se que, nos anos 1986/1987, pelo menos 1 milhão de pessoas foram afetadas pelo sorotipo 1 do vírus da dengue no Rio de Janeiro. Outros estados (Ceará, Alagoas, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Tocantins, São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) notificaram surtos no período de 1986/1993.

No início da década de 90 o sorotipo 2 foi detectado no estado do Rio de Janeiro, registrando-se em seguida casos da Febre Hemorrágica da Dengue. De 1999 a 2002, tem sido registrado um aumento significativo no número de casos de dengue no País, alcançando 428.117 casos em 2001 e 780.645 casos em 2002. Dentre outros fatores que elevaram a incidência da dengue, destaca-se a introdução do sorotipo 3.

As medidas de controle da dengue são conhecidas e foram extensamente discutidas nesta Comissão por ocasião de audiências públicas realizadas em onze de abril e sete de maio de 2002.

Dentre as medidas de controle destacam-se: a notificação compulsória dos casos, a análise de dados, a organização da atenção médica pela rede de saúde, o manejo ambiental, o controle químico, a melhoria de saneamento básico, a educação em saúde e a participação comunitária (no sentido de evitar a infestação domiciliar do Aedes). É importante salientar que não existe vacina contra a dengue.

Para eliminar os focos do Aedes estão disponíveis larvicidas e inseticidas que têm indicação epidemiológica específica para sua utilização. O MS vem utilizando tais elementos com base em recomendações internacionais e reuniões de consenso técnico, a exemplo de Seminário Internacional realizado em outubro de 1998.

Não são poucas as dificuldades para erradicar um mosquito domiciliado, que se multiplica nos vários recipientes que podem armazenar água, particularmente aqueles encontrados nos lixos das cidades, como as garrafas, latas e pneus, ou no interior dos domicílios, como os pratos dos vasos de plantas. Além disso, as ações de controle desenvolvidas pelo setor saúde necessitam ser articuladas com outras políticas públicas, como a limpeza urbana, além de uma maior conscientização e mobilização social sobre a necessidade das comunidades manterem seu ambiente livre do mosquito.

Salientamos que, para serem efetivas, tais medidas devem ser realizadas de modo coordenado e, até, sincronizado. Já foi dito que o mosquito não pode ser carimbado como federal, estadual ou municipal. Essa consideração assume relevância no contexto da descentralização do SUS, em que cada ente federado tem um papel a cumprir no controle da doença. No caso da dengue, se determinada localidade não adota as medidas de controle, representa risco constante para as populações vizinhas.

A descentralização das ações e dos serviços de saúde é uma determinação constitucional. A Portaria do MS de nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite, regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento. Ao governo federal coube normatizar as ações e enviar os recursos e os meios necessários para que os governos estaduais e municipais exerçam suas

responsabilidades. A responsabilidade pela execução direta das ações de combate a dengue é dos governos municipais, complementada pelos governos estaduais.

Ressaltamos que a participação da sociedade em atividades de mobilização social é importante para o sucesso das ações de controle da dengue, e que as ações de combate à doença não se limitam ao setor saúde. Setores importantes, como Educação e Meio ambiente, por exemplo, são imprescindíveis neste processo.

É preciso aprender com as lições do passado. Até 1986, o País trabalhou na perspectiva da erradicação do mosquito. Entre 1986 e 1995, passou-se para a abordagem de controle, entretanto sem uma base técnica e científica mais sólida.

Em 1996, o MS propôs o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa). Ao longo do processo de implantação desse programa observou-se a inviabilidade técnica de erradicação do mosquito a curto e médio prazos. O PEAa, mesmo não atingindo seus objetivos, teve méritos ao propor a necessidade de atuação multissetorial e prever um modelo descentralizado de combate à doença, com a participação das três esferas de governo.

Em 2001, diante da tendência de aumento da incidência da doença e a introdução do sorotipo 3, o MS, com a parceria da Organização Pan-Americana de Saúde, realizou um Seminário Internacional para avaliar as diversas experiências e elaborar um Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), que não foi suficiente para impedir o agravamento da situação.

Em julho de 2002, o MS lançou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que redirecionou a política para controle do vetor, estabeleceu, pela primeira vez, objetivos e metas consistentes, e definiu com maior clareza o papel dos três níveis de governo, incentivando a intersetorialidade das ações.

As metas do PNCD são: reduzir a menos de 1% a infestação predial pelo *Aedes aegypti* em todos os municípios brasileiros; reduzir em 50% o número de casos em 2003, em relação a 2002, e em mais 25% nos anos seguintes; e a menos de 1% os óbitos por dengue hemorrágica.

O MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde vêm executando um conjunto de ações, destacando-se: a intensificação das ações de combate ao vetor, focalizando-se os municípios com maior número de casos; o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e entomológica; a integração das ações de vigilância e de educação sanitária com o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde; e uma campanha de mobilização social e de informação para estimular a participação da população.

Para atender à grave situação observada no estado do Rio de Janeiro no ano de 2002, onde ocorreram mais de 30 óbitos e observou-se um crescimento de mais de 900% no número de casos de dengue, o MS formou uma força-tarefa, composta por mais de mil agentes de saúde de todo o Brasil, que atuou por cerca de três meses. Soldados das Forças Armadas e voluntários de organizações não governamentais também participaram desse trabalho.

Os recursos para combate à dengue não diminuíram. Em 1996, gastava-se em torno de 189 milhões reais, em 2001, os gastos eram de aproximadamente 605 milhões. O PNCD, de 2002, previu recursos da ordem de R\$ 1 bilhão por ano para as ações de combate à endemia, representando um investimento de cerca de R\$ 2,7 milhões por dia.

Dentre as medidas do PNCD, inclui-se o “Dia D”, o dia nacional de combate à dengue, a ser repetido a cada ano. Em novembro de 2002, mais de 100 milhões de pessoas em quase cinco mil municípios brasileiros participaram das ações do Dia D. Mais de 3,5 milhões de imóveis foram visitados, e 149,5 mil toneladas de lixo foram recolhidas pelas secretarias municipais de limpeza urbana, reduzindo possíveis criadouros do Aedes.

O Ministro da Saúde, Humberto Costa, participou, em 2003, de encontros regionais para avaliar ações de controle e combate à doença. Participaram dos encontros secretários estaduais e municipais de saúde, presidentes dos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, coordenadores regionais da Funasa e dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Os dados preliminares do MS indicam que foram notificados 248.787 casos de dengue no primeiro semestre de 2003. Esse valor corresponde a uma redução de 66,14%, quando comparado ao mesmo período

de 2002. Algumas regiões, como a Sudeste e Centro-Oeste apresentaram reduções em torno de 80%. Atualmente há circulação autóctone dos sorotipos 1, 2 e 3 do vírus em 22 unidades federadas. Entretanto, no Sudeste, o estado do Espírito Santo apresentou um padrão diferente dos demais estados da região, com um aumento de casos a partir de outubro de 2002.

A situação é, sem dúvida, melhor que no ano passado, de modo que é preciso aproveitar o momento para intensificar as ações de controle, a fim de evitar as graves consequências de uma nova epidemia, particularmente se houver a circulação do sorotipo 4.

Destacamos, por fim, o papel desta Casa e desta Comissão no acompanhamento da situação da dengue no Brasil, por meio das várias indicações e solicitações de esclarecimento que fez ao MS, além das citadas audiências públicas, que demandaram a adoção de ações mais enérgicas. A CSSF chegou a criar, em 2002, um Grupo de Trabalho para verificar "in loco" a situação da dengue no País, que, entretanto, não apresentou relatório.

Concordamos com a ilustre Deputada Laura Carneiro, que numa das audiências públicas, no auge da epidemia de 2002, disse: "não é hora de se descobrir culpados, ... agora é hora de se construir um programa de erradicação em conjunto com a sociedade, o Poder Executivo e o Poder Legislativo".

O PNCD está em andamento e, até o momento, apresentando resultados razoáveis. Cabe ao Legislativo acompanhar decisivamente a sua implementação para evitar as graves consequências observadas no passado recente.

Somos favoráveis à definição clara e cobrança de responsabilidades, mas não consideramos oportuna ou viável a discussão sobre fatos relacionados a decisões tomadas, no mínimo, a partir da década de 70, envolvendo não apenas o setor saúde.

Diante do exposto, somos pela rejeição do Projeto de Resolução nº 227, de 2002.

Sala das Reuniões, em de de 2003 .

Deputado José Linhares
Relator

308121.210