CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

PREVENÇÃO E CONTROLE DE EPIDEMIAS DE DENGUE

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
OUTUBRO, 2013

ESTUDO TÉCNICO: "PREVENÇÃO E CONTROLE DE EPIDEMIAS DE DENGUE"

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei no 347/2011 de autoria do Vereador Heber Santana, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social. Entretanto, não cabe neste estudo qualquer análise relacionada ao mérito ou constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-nos apenas sistematizar os principais achados técnico-científicos e a legislação relacionada ao tema em questão.

1) DENGUE: MAGNITUDE DO PROBLEMA

Nas ultimas duas décadas, a incidência de dengue nas Américas tem apresentado uma tendência ascendente, com mais de 30 países informando casos da doença, a despeito dos numerosos programas de erradicação ou controle que foram implementados. Os picos epidêmicos tem sido cada vez maiores, em períodos que se repetem a cada 3-5 anos, quase de maneira regular. Entre 2001 e 2005, foram notificados 2.879.926 casos de dengue na região, sendo 65.235 de dengue hemorrágica, com 789 óbitos. As maiores incidências nesse período foram reportadas pelo Brasil, Colômbia, Venezuela, Costa Rica e Honduras (82% do total).

O quadro epidemiológico atual da dengue no país caracteriza-se pela ampla distribuição do Aedes aegypti em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus, circulação simultânea de três sorotipos virais (DENV1, DENV2 e DENV3) e vulnerabilidade para a introdução do sorotipo DENV4.

Essa situação epidemiológica tem, ao longo dos anos, apesar dos esforços do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, provocado a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos.

No Brasil, os adultos jovens foram os mais atingidos pela doença desde a introdução do vírus. No entanto, a partir de 2006, alguns estados apresentaram a recirculação do sorotipo DENV2 apos alguns anos de predomínio do sorotipo DENV3. Esse cenário levou a um aumento no numero de casos, de formas graves e de hospitalizações em crianças, principalmente no Nordeste do país. Em 2008 foram notificados 585.769 casos e novas epidemias causadas pelo sorotipo DENV2 ocorreram em diversos estados do país, marcando o pior cenário da doença no Brasil, em relação ao total de internações e óbitos ate o momento. Essas epidemias foram caracterizadas por um padrão de migração de gravidade para as crianças, que representaram mais de 50% dos pacientes internados nos municípios de maior contingente populacional. Mesmo em municípios com menor população, mais de 25% dos pacientes internados por

dengue eram crianças, o que ressalta que todo o pais vem sofrendo, de maneira semelhante, essas alterações no perfil da doença. No ano de 2009, ate a semana epidemiológica 17, foram notificados 266.285 casos de dengue, o que representa um declínio de 52%, em relação ao mesmo período de 2008.

O cenário atual de diminuição de casos demonstra a capacidade da sociedade brasileira e do setor saúde no enfrentamento das epidemias de dengue. A sustentabilidade desse quadro exige a continuidade dos esforços pelas três esferas de governo, além do comprometimento de outros setores externos ao setor saúde. Por certo, a conjunção desses esforços, possibilitará responder adequadamente as epidemias de dengue.

1) DENGUE: INTERVENÇÃO

As intervenções sobre o problema são, em alguns aspectos, reconhecidas como de difícil implantação, por seu caráter de atuação global, que transcende o setor saúde. Algumas outras ações, entretanto, são de responsabilidade imediata dos gestores de saúde locais e potencialmente capazes de produzir mudanças efetivas no quadro atual, com destaque para a redução da letalidade dos casos de dengue com complicação e de febre hemorrágica da dengue.

Nessa direção, o SUS vem desenvolvendo uma serie de esforços solidários, buscando propiciar aos estados e municípios melhores condições para o adequado enfrentamento do problema. Dentre as ações destacam-se além do aumento de recursos para a Vigilância em Saúde e da publicação de uma série de manuais de manejo clínico da doença, a intensificação das campanhas de informação e mobilização da população.

Os resultados desses esforços parecem surtir efeito, especialmente em 2009, com uma importante redução no numero de casos de dengue, inclusive em suas formas graves, e principalmente no numero de óbitos.

O atual desafio do setor público é dar sustentabilidade e continuidade a esses resultados, tendo sempre como meta uma taxa de letalidade por dengue menor que 1%, mesmo que ainda se imponha a suscetibilidade de determinadas áreas ainda não expostas à circulação de determinados sorotipos virais.

Considerando-se o escopo de atuação da esfera municipal no enfrentamento da doença, destacam-se as responsabilidades atribuídas à esfera municipal para a adequada implantação das **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**:

- Elaborar e aprovar o plano municipal no Conselho Municipal de Saúde.
- Implantar o grupo executivo da dengue no âmbito da SMS, envolvendo as áreas de assistência, vigilâncias, comunicação e mobilização, entre outras julgadas relevantes.
- Implantar Grupo Executivo Intersetorial de Gestão do Plano Municipal de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, com a participação das diversas áreas de interesse da administração municipal, tais como

limpeza urbana, defesa civil, educação, saneamento, planejamento urbano etc.

- Acompanhar e monitorar a ocorrência de casos, óbitos por dengue e indicadores entomológicos do município.
- Manter equipes capacitadas para o desenvolvimento das atividades de assistência aos pacientes, vigilância epidemiológica e combate ao vetor.
- Garantir a supervisão das atividades de combate ao vetor e levantamentos entomológicos de forma regular.
- Garantir os insumos básicos para o desenvolvimento das atividades de assistência aos pacientes, vigilância epidemiológica e combate ao vetor, conforme regulamentação.
- Organizar a rede de atenção a saúde para o atendimento adequado e oportuno dos pacientes com dengue.
- Integrar as ações da atenção primaria (especialmente ACS e ESF e Agentes de Controle de Endemias) com as atividades de vigilância direcionadas a prevenção e controle da dengue no município.
- Mobilizar e instrumentalizar entidades da sociedade organizada, de âmbito municipal, para atuarem no enfrentamento da dengue.

Vale destacar que em 2010, o governo sancionou a lei que institui o penúltimo sábado do mês de novembro como o Dia Nacional de Combate à Dengue. O objetivo, de acordo com a lei, é mobilizar iniciativas do Poder Público e a participação da sociedade para a realização de combate ao vetor da doença.

3) PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS: RESPONSABILIDADES CONSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, fruto de exaustivos debates entre diversos atores sociais e políticos, representa no campo da saúde, a garantia de direitos sociais e a universalização de alguns direitos como atributos de cidadania e, simultaneamente, dever do Estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, definiu no Título VIII – Da Ordem Social, no seu Capítulo II, Seção II, por meio dos arts. 196 a 200, as bases legais da intervenção da sociedade, da seguinte maneira:

> **Art. 196**. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, a partir da nova Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

O SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, reafirma os ideais do movimento da reforma sanitária, principalmente no tocante à descentralização, participação e integralidade, sendo este último destinado a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde como direito e serviço de saúde.

A descentralização dos processos decisórios em saúde além de significar a possibilidade de se elaborarem projetos mais reais e compatíveis com cada realidade, é a probabilidade efetiva da comunidade interferir na concepção do sistema, na sua implementação, em seu funcionamento, na aplicação dos recursos, na avaliação de seus resultados e nos destinos da administração pública. Em relação à correta aplicação dos recursos, o gestor municipal deverá considerar as prioridades locais de atenção em saúde, ressaltando-se não apenas o quantitativo de pessoas atingidas pelo agravo ou doença, como também o risco de determinado grupo populacional vir a adoecer/morrer. Além disso, é fundamental o reconhecimento do potencial de gravidade de cada agravo/doença e nesse sentido, adotar-se-á uma perspectiva de atuação em parcela prioritária da população que necessita de intervenções e serviços efetivos e equânimes de saúde.

Por isso, tratou o constituinte (tanto o originário quanto o derivado) de estabelecer não só os deveres do Estado para com esse fundamental direito social – uma vez que intimamente ligado à garantia da vida e da dignidade humana, sem dúvida direitos prioritários em nossa ordem constitucional –, como também as fontes de custeio, já que a implementação de políticas públicas requerem recursos orçamentários para sua execução.

> **Art. 30.** Compete aos Municípios: [...]
> VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; [...].
>
> **Art. 198**. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]
>
> § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*Parágrafo único renumerado para § 1º pela EC n. 29, de 2000*.)
>
> § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:
>
> I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
> II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
> III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de

que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. *(§ 2º e incisos I a III acrescentados pela EC n. 29, de 2000*.)

Na Lei n. 8.142/1990:

Art 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...]
V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

A Emenda Constitucional n.29 (EC 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, vinculou os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. Posteriormente, a Resolução n. 322/2003 aprovou diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional n.29 e a Lei Complementar 141/2012 regulamentou a aplicação anual dos valores mínimos em ações e serviços públicos de saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de estabelecer uma série de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Segundo a LC 141/2012, os valores mínimos a serem destinados pelos municípios compreendem 15% dos seus recursos próprios provenientes de impostos.

Segundo a Sexta Diretriz da **Resolução n. 322/2003**, para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
II - vigilância sanitária;
III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
IV - educação para a saúde;
V - saúde do trabalhador;
VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
VII - assistência farmacêutica;
VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.
XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

Com vistas a garantir a correta aplicação de recursos em saúde, o Grupo de Saúde do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça, com a participação de representantes do Grupo de Saúde do Ministério Público Federal, firmou o entendimento de rechaçar quaisquer tentativas dos gestores de mitigar os princípios da universalidade e da integralidade sem que se garanta, antes, o estrito cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000.(MPF, 2008).

Atualmente, existem várias formas de atender às necessidades do usuário do SUS por meio dos gestores de saúde, utilizando os seguintes tipos de financiamento, quais sejam:

- Limite financeiro global do MAC ("teto"): de livre alocação dos recursos federais pelos respectivos gestores municipais e estaduais para o ressarcimento de procedimentos de média e alta complexidade contratados;
- FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação): são os recursos federais repassados, extra-teto ou não do estado ou município, com destinação especificada (para o ressarcimento de transplantes, por exemplo); e
- Recursos do Tesouro: município ou estado poderão alçar mão dos recursos do respectivo tesouro para financiar a necessidade local de saúde.

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), publicada em ato normativo específico.

O orçamento do Ministério da Saúde, como o dos demais ministérios, é definido, anualmente, em Lei específica, tendo sido progressivamente crescente. Para que se tenha ideia desse crescimento, anota-se que, em 2006 foi de R$ 44,3 bilhões e, para 2012, de R$ 91,7 bilhões, chamando-se a atenção para que mais da metade são recursos gastos com a atenção especializada de média e alta complexidade (MAC) e assistência farmacêutica.
Mais recentemente, o Pacto pela Saúde (2006), fortaleceu o processo de reorganização do financiamento da saúde possibilitando ao gestor programar com maior autonomia os níveis e modalidades de atenção, contando com blocos de recursos financeiros, de acordo com as necessidades das pessoas e da coletividade. Dessa forma, buscou-se estabelecer um financiamento compatível com as necessidades de saúde, por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos. Brasília: Síntese, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº204/GM de 29 de janeiro de 2007**.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Financiamento da Saúde**: novos desafios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde.** Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2005.

Brasil. Ministério Público Federal. **Financiamento da saúde** - Grupo de Trabalho "Saúde": Alexandre Amaral Gavronski [et al.] – Brasília : Escola Superior do Ministério Público da União, 2008. Manuais de atuação ESMPU; v. 4. Disponível em http://www.esmpu.gov.br/linha-editorial/manuais-de-atuação

Secretaria de Vigilância em Saúde. Sinan [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acessado 01 jul. 2013]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/sinanweb.