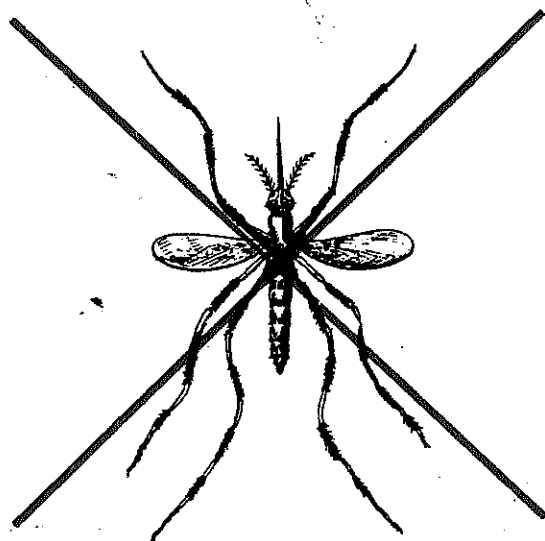


PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO Aedes Aegypti DO BRASIL



**ELABORADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM ARTICULAÇÃO
COM O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE
SAÚDE (CONASS) E CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)**

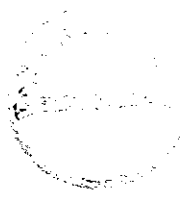
ASSESSORIA DA ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS

08:578.833.2(81)_DENGUE

1996

atualizada

Janeiro/96 -



AG
616.981.9788332 (VU) - DENGUE
B 823p
1996
Versão atualizada
01 mar. 1996
E. 2

**VERSÃO ATUALIZADA EM
01/03/96**

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti* DO BRASIL

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Antecedentes	3
3. Justificativa	6
4. Objetivos	7
5. Desenho do Modelo de Erradicação	8
5.1. Estratégias utilizadas no Controle do Dengue	8
5.2. Diretrizes para o Desenho do Novo Modelo de Erradicação	10
5.3. Caracterização do Novo Modelo	10
5.4. Estruturas organizacionais	11
6. Estratégia de Implantação	16
6.1. Componentes do Plano	16
6.2. Fases da Erradicação	19
6.3. Transição da Estratégia de Controle para a Erradicação	19
6.4. Desencadeamento do Plano	21
7. Cronograma de Trabalho para 1996	
8. Relação dos participantes de grupos especiais	22
8.1. Grupo Coordenador da Elaboração do Plano Diretor	23
8.2. Comissão Técnica do Conselho Nacional de Saúde	24
8.3. Grupo de Elaboração do Desenho do Modelo de Erradicação	24
9. Anexos	25
Anexo I - Entomologia	33
Anexo II - Operações de Campo de Combate ao Vetor	37
Anexo III - Vigilância de Portos, Aeroportos e Fronteiras	48
Anexo IV - Saneamento	
Anexo V - Informação, Educação, Comunicação e Mobilização Comunitária	70
Anexo VI - Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação	76
Anexo VII - Laboratório	86
Anexo VIII - Desenvolvimento de Recursos Humanos	97
Anexo IX - Legislação de Suporte	125
Anexo X - Diretrizes Técnico-Políticas para Elaboração de um Projeto de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i> do Brasil (Aprovado em Seminário realizado em novembro de 1995).	131
Anexo XI - Diretrizes e Parâmetros Operacionais para Elaboração dos Planos Estaduais e Municipais	140

1 - INTRODUÇÃO

Aedes aegypti: controlar ou erradicar?

O custo da erradicação do *Aedes aegypti* a longo prazo é menor que o das ações de controle. É o que afirmaram os técnicos da OPAS, em resposta a consulta específica do Ministro da Saúde do Brasil. O incremento de custos a longo prazo não diz respeito unicamente aos custos financeiros, que são altíssimos, mas incluem também os custos de vidas humanas precocemente ceifadas, os efeitos sobre o sistema produtivo dos países, pelos dias de trabalho perdidos, além dos impactos sobre o meio ambiente, que o uso de inseticidas por longos períodos causam, e que ainda não foram adequadamente estimados.

Ainda que mais caro fosse, o programa de erradicação do *Aedes aegypti* estaria plenamente justificado apenas pelo número de pessoas que deixarão de adoecer e morrer, que as mais simplificadas projeções indicam ser bastante significativo.

Trata-se, portanto de eliminar os obstáculos à erradicação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor do Dengue e da Febre Amarela Urbana, no Brasil e no continente americano.

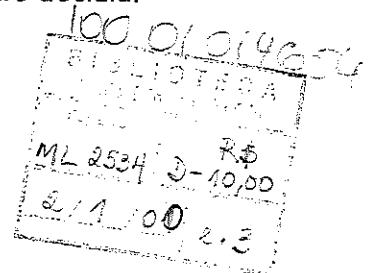
2. ANTECEDENTES

Na última década vem sendo observado, a nível mundial, mudança significativa no padrão de ocorrência das doenças infecciosas e parasitárias, com o surgimento de doenças novas, emergentes e reemergentes, como o Dengue.

No continente americano, a situação das doenças infecciosas emergentes e reemergentes, que se consideravam controladas ou em processo de erradicação, tem sido preocupação destacada da OPAS/OMS. Conseqüentemente, através da Resolução CD 32 R12, aprovada na sessão plenária do seu Conselho Diretor, realizada em 28 de setembro de 1995, essa Organização solicitou:

- a) aos Governos Membros, o fortalecimento das estruturas de vigilância, pesquisa e informação das doenças transmissíveis; e
- b) ao Diretor da OPAS, a criação de um Grupo Técnico Assessor para estudar "a viabilidade, a oportunidade e a conveniência da elaboração de um plano continental para a erradicação do *Aedes aegypti*, como meio eficaz de controle do Dengue e da Febre Amarela Urbana nas Américas".

Afinado com a proposição do Conselho Diretor da OPAS e igualmente preocupado com a dispersão do mosquito no país, com a situação epidemiológica do Dengue e com o risco de reurbanização da Febre Amarela, o Governo brasileiro decidiu:



- a) Intensificar as ações de controle do Dengue, através da implantação imediata de Plano específico elaborado pela Fundação Nacional de Saúde;
- b) Acatar Recomendação da Comissão Técnica do Conselho Nacional de Saúde, no sentido de elaborar um Plano Diretor para Erradicação do *Aedes aegypti* no país; e
- c) Integrar profissionais brasileiros ao Grupo Técnico Assessor da OPAS, na perspectiva de trabalhar em prol de um pacto de erradicação continental.

A atualidade da discussão sobre a adoção de uma estratégia continental de erradicação do *Aedes aegypti* se deve ao agravamento da situação epidemiológica do Dengue e Dengue Hemorrágico. A dispersão do vetor já atinge quase todos os países e os quatro sorotipos do vírus já se encontram circulando nas Américas. Casos de Febre Hemorrágica do Dengue já foram registrados em Cuba, Nicarágua, Venezuela, Colômbia, El Salvador, Porto Rico, Guiana Francesa, México e Brasil. Epidemias de Dengue clássico tem se sucedido ao longo dos últimos quinze anos. No Brasil, o *Aedes aegypti* já foi detectado em 25 estados e em 1.522 dos quase 5.000 municípios existentes. Epidemias de Dengue clássico já ocorreram em 19 dessas unidades federadas e casos de Dengue Hemorrágico já foram diagnosticados no Ceará e no Rio de Janeiro. Os vírus DEN-I e DEN-II estão circulando em grande faixa do território brasileiro.

Recentemente, países como o Peru e Bolívia sofreram epidemias de Febre Amarela com altas taxas de letalidade. No Brasil, essa virose encontra-se, até o momento, sob controle, em virtude da extensão da cobertura vacinal nos estados que compõem a sua área enzoótica. Entretanto, o risco de reurbanização da Febre Amarela persiste devido às altas densidades e dispersão do seu vetor urbano, o *Aedes aegypti*.

a) O nível de dispersão do vetor do Dengue e da Febre Amarela Urbana observado no Brasil e nas Américas constitui uma demonstração muito clara de que as ações de controle do *Aedes aegypti*, desenvolvidas ao longo dos últimos quinze anos não têm surtido os resultados esperados, não obstante responsáveis pelo gasto de substanciais parcelas dos escassos recursos disponíveis para o setor saúde, na maioria dos países do continente.

Antes da decisão do Conselho Diretor de criar o Grupo Técnico Assessor, o Ministro de Estado da Saúde do Brasil solicitou a opinião de técnicos da OPAS sobre a erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil.

Em resposta, os referidos técnicos afirmaram que a erradicação do *Aedes aegypti* é tecnicamente factível e que, a médio ou longo prazo, poderia ser mais econômica do que o controle do vetor.

Os técnicos da OPAS citaram, nas suas respostas, obstáculos à consecução de um programa de erradicação:

- 1) a necessidade de estrutura vertical/centralizada que não se alinharia com a diretriz de descentralização, recomendada em diversos documentos da OPAS sobre Sistemas de Saúde e adotado na Constituição Brasileira de 1988.

Analisando o assunto, o Ministro determinou a seus técnicos que, obedecendo às diretrizes legais do Sistema Único de Saúde do Brasil e procurando fortalecer a sua implantação, elaborassem um novo modelo de erradicação com centralização das diretrizes e normas técnicas e descentralização da execução das ações de campo. Solicitou, para este trabalho, o apoio técnico-político dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde, Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS).

As discussões do novo modelo de erradicação mostraram que, em vez de obstáculos, os princípios e diretrizes do SUS constituem-se em suportes estratégicos para a execução e consolidação de programa de erradicação do vetor.

Um modelo eficaz de erradicação propõe o combate ao mosquito para rapidamente impedir a circulação dos vírus por eles transmitidos; assim como a manutenção contínua de um sistema de vigilância entomológica, que permita a detecção precoce da reintrodução do *Aedes aegypti*, e a imediata atuação, no caso de identificação de qualquer foco.

O Sistema Único de Saúde define responsabilidades compartilhadas e específicas para os níveis de governo Federal, Estadual e Municipal. No caso da erradicação do *Aedes aegypti*, o envolvimento municipal é novo e reveste-se de importância estratégica na execução de todas as fases do programa e especialmente na etapa de consolidação, onde a vigilância entomológica é a ação principal.

Foi exatamente na consolidação que os programas verticais de erradicação falharam, seja pela não detecção das reinfestações, seja por desativação das estruturas de combate a vetores, o que dificultou a pronta atuação sobre os focos detectados.

- 2) "O crescimento urbano desordenado, com os chamados cinturões de pobreza, marginalidade e insegurança urbana, deficiência no abastecimento de água e da coleta de lixo, aumento exponencial do número de criadouros".

Com relação ao desafio de se enfrentar estes grandes problemas atuais, o Governo Brasileiro decidiu priorizar a melhoria da qualidade de vida da população, o que exige trabalho voltado para a resolução de todos estes problemas. Este, inclusive é o tema central da X Conferência Nacional de Saúde, recentemente convocada pelo Presidente da República.

Além disto, a experiência de secretarias municipais de saúde como as de Recife, Salvador e Niterói, todas grandes capitais, que desenvolveram ações de controle do *Aedes*, como parte do enfrentamento das epidemias de Dengue, mostrou que, havendo decisão política e disposição de negociar, é perfeitamente factível identificar formas de assegurar o acesso dos Agentes de Saúde às áreas onde vivem as populações marginalizadas.

Em cada centro urbano, caberá às autoridades sanitárias locais, analisar as peculiaridades de sua situação, manter contatos com as lideranças comunitárias das áreas em questão, explicando-lhes os detalhes das operações a serem realizadas, as vantagens e benefícios das mesmas para a população local, para em seguida definir, de forma negociada, a maneira de desenvolver as ações de campo, com o acompanhamento da população.

3) Necessidade de um programa continental de erradicação.

Quanto ao apoio político dos países do continente, o governo do Brasil entende que este deve ser construído, como parte de um Programa Continental de Erradicação do *Aedes aegypti*, e com este propósito dispõe-se a trabalhar, aprovando a viabilização de programas nacionais de erradicação, através de cooperação técnica, como forma de alcançar o consenso e o suporte político dos demais países-membros da OPAS.

A erradicação é tecnicamente factível e os obstáculos apontados podem ser contornados, portanto não se pode esquecer que a principal meta da Saúde Pública é manter a população sadia, o que se constitui em tarefa governamental intransferível e uma de suas preocupações centrais.

Os problemas a serem enfrentados na operacionalização de programas da abrangência deste de erradicação do *Aedes aegypti*, conseqüentes às dificuldades estruturais e eventuais descontinuidades administrativas, não podem ser considerados obstáculos intransponíveis.

Em condições semelhantes, enfrentando problemas equivalentes, muitos países do continente americano e o Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, lograram erradicar a Poliomielite, e está no caminho da erradicação do *Triatoma infestans*, da eliminação do Sarampo e da Hanseníase.

Cada êxito alcançado, torna as próximas propostas mais exeqüíveis e a implantação de seus Sistemas de Saúde mais avançada.

3. JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, a proposta de erradicação do *Aedes aegypti* está alicerçada em várias justificativas:

- 1) a gravidade do quadro epidemiológico do Dengue e do Dengue hemorrágico;
- 2) o risco de reurbanização da Febre Amarela;
- 3) o grande número de mortes prematuras que serão evitadas;
- 4) a pouca eficácia e efetividade demonstradas pelos programas de controle ao longo dos últimos 15 anos;
- 5) a economia que se faz, a longo prazo;
- 6) a possibilidade de, ao tempo em que se evita doenças tão graves e se promove a saúde da população, fortalecer as estruturas político-administrativas e de controle social do SUS e, conseqüentemente, ser um fator que favorece a sua implantação;
- 7) a opção de se implantar um novo modelo de erradicação tendo como eixo central a promoção da qualidade de vida da população, através de ações de saneamento dos centros urbanos, possibilitando a melhoria nos indicadores epidemiológicos das doenças transmitidas por falta de saneamento básico.

Deste modo, os esforços necessários para eliminar os obstáculos à erradicação do *Aedes aegypti*, transmissor de viroses de incontestável magnitude e transcendência, e o único elo vulnerável na cadeia epidemiológica, dentro dos conhecimentos técnicos-científicos disponíveis no momento, são plenamente justificáveis.

4. OBJETIVOS

a) Gerais

- 1) Erradicar o *Aedes aegypti* do território brasileiro visando eliminar a circulação dos vírus do Dengue e impedir a reurbanização do vírus da Febre Amarela no Brasil, através de um projeto que envolva todas as forças políticas e sociais da nação brasileira;
- 2) Ampliar a cobertura da oferta de água em quantidade e qualidade satisfatórias, e de coleta, manejo e destino adequado de lixo para os centros urbanos, visando diminuir a quantidade de criadouros potenciais do *Aedes aegypti* e proporcionar a melhoria da *Qualidade de Vida* das populações.
- 3) Desenvolver uma estratégia de informação, educação e comunicação em saúde, articulada com todos os setores sociais da nação, visando promover a participação e a mobilização consciente da população no sentido da promoção da saúde e da educação sobre as formas de prevenção do Dengue e da Febre Amarela.

b) Específicos

- 1) Formular as bases científicas e operacionais para a execução do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*, em observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com destaque para a descentralização;
- 2) Elaborar e executar projetos de saneamento básico para os centros urbanos;
- 3) Promover ações de informação, educação, comunicação e mobilização comunitária, objetivando elevar a consciência sanitária da população, na perspectiva de destruição dos criadouros potenciais do *Aedes aegypti*, no domicílio e peridomicílio;
- 4) Combater o *Aedes aegypti* em todas as suas fases evolutivas de acordo com cada situação entomológica e de circulação viral;
- 5) Articular as forças políticas e sociais do País na perspectiva de garantir os recursos materiais e humanos necessários à consecução de Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*;
- 6) Fortalecer e aprimorar os sistemas de vigilância epidemiológica e entomológica, visando dar suporte às ações de erradicação do vetor;
- 7) Elaborar as normas técnicas e operacionais do Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* objetivando a uniformização de procedimentos e viabilização de apoio técnico aos estados e municípios;
- 8) Estimular a participação social, em todos os níveis, de acordo com a Lei 8.080, de 1990, na perspectiva do controle público do processo de implantação, avaliação e acompanhamento do Plano Diretor;

- 9) Desenvolver estudos-pilotos e pesquisas operacionais necessárias ao aperfeiçoamento do conhecimento técnico-científico em apoio ao desenvolvimento do Plano Diretor;
- 10) Garantir assistência médica oportuna e adequada a todos os casos das diversas formas clínicas das viroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*;
- 11) Elaborar, em articulação com o Programa Nacional de Imunizações, projeto de vacinação anti-amarílica para o Brasil, de acordo com a situação epidemiológica e entomológica de cada Município; e
- 12) Manter os portos, aeroportos e terminais rodoferroviários livres de focos de *Aedes aegypti*.

5. MODELO DE ERRADICAÇÃO

5.1- Estratégias utilizadas no Controle do Dengue

O único elo vulnerável na cadeia epidemiológica do Dengue é o vetor, que transmite o vírus ao homem. Nestas circunstâncias, a prevenção e o controle do Dengue tem de ser feito através de atividades orientadas para o combate ao vetor que tem importância epidemiológica, o *Aedes aegypti*.

O combate ao *Aedes aegypti*, mosquito de hábitos estritamente domésticos, tem sido feito, basicamente com dois propósitos distintos o de **controle** e o de **erradicação**.

A estratégia de controle visa a interrupção da transmissão do Dengue. O vetor é constantemente combatido, mas sempre estará presente, ainda que em quantidades mais reduzidas. As populações de mosquito voltam a se recuperar após as intervenções, sobretudo se houver atrasos ou interrupções nas ações de controle.

Nestas circunstâncias, os orçamentos de saúde dos países deverão sempre prever gastos significativos, permanentes e crescentes para o combate ao vetor, especialmente levando em conta a inflação de, pelo menos 20% ao ano, em países onde esta já foi significativamente reduzida, como é o caso do Brasil.

A situação descrita pode ser inclusive agravada, com surgimento do Dengue Hemorrágico, quando, além da perda desnecessária de vidas humanas, a demanda por atenção médico-hospitalar aumenta as dificuldades, que os Governos já vêm encontrando em atender adequadamente suas populações e causam significativos incrementos nos gastos.

O crescimento nos gastos em casos de epidemias de Dengue Hemorrágico é também causado pelo aumento da necessidade de inseticidas para intensificar as ações de combate ao vetor, muitas vezes adquiridos em processos de compra acelerados e com preços elevados

A opção pela estratégia de controle, portanto, deixa o problema sem solução definitiva, forçando as instituições de Saúde Pública a permanecer lidando com o mesmo problema, enquanto enfrenta novos desafios à saúde das populações, que não param de surgir.

A estratégia de controle do *Aedes aegypti*, portanto, é mais cara e ineficaz.

Já a **erradicação** tem como objetivo manter, permanentemente, todos os Municípios sem a presença do mosquito, e, portanto, sem possibilidade de transmissão do vírus do Dengue.

Quando a estratégia de erradicação é adotada, as ações voltadas para o combate ao vetor são iniciadas concomitantemente, em todos os municípios infestados, a partir de esforço coordenado, visando o preparo de todos os municípios com antecedência, para que todos os recursos necessários às operações de campo estejam prontos para o ataque simultâneo ao mosquito. Além disto, nos municípios não infestados, é implantado de forma permanente, sistema de vigilância entomológica, para manter o monitoramento de todo o território nacional, e poder detectar precocemente qualquer infestação, atuando com rapidez sobre os focos detectados.

A proposta de erradicação é de custo mais reduzido, a longo prazo, e seus benefícios justificam plenamente os esforços e os gastos das fases iniciais.

Propor formas abrangentes e radicais de combate a doenças de importância para a Saúde Pública não se constitui novidade no Brasil. Ao serem apresentadas pela primeira vez estas propostas causam alguma reação. Não obstante, o Brasil e vários países do continente já têm um número significativo de propostas similares implantadas com êxito e certamente podem se beneficiar da experiência acumulada nas anteriores, o que tornam os novos desafios menos assustadores.

No caso específico é importante lembrar que o *Aedes aegypti* já foi erradicado do nosso território mais de uma vez e, não obstante, foi novamente reintroduzido. Impõe-se, portanto, que se procure identificar as razões dos fracassos anteriores, analisando criticamente suas causas., que foram basicamente as seguintes:

- a) relaxamento da vigilância entomológica na fase de manutenção, especialmente no que se refere a vigilância de portos, aeroportos e fronteiras, que dificultou a detecção precoce da entrada do vetor no Brasil, procedente de países infestados;
- b) execução centralizada do Programa de erradicação, através de estruturas criadas especificamente para este fim e de caráter temporário, o que criou obstáculos a uma intervenção pronta e eficaz sobre os focos detectados;
- c) ausência de envolvimento das administrações municipais na gestão sanitária, agravando os problemas já referidos;
- d) descontinuidade do apoio político à proposta, de execução plurianual, envolvendo mais de um governo, o que reduz a prioridade dada ao programa e necessária ao seu sucesso;
- e) falta de uma estratégia que envolvesse todos os países americanos, possibilitando a manutenção de focos no continente;
- f) os modelos de erradicação empregados anteriormente não contemplavam ações de saneamento, deixando, portanto, intocadas as causas geradoras dos criadouros de mosquito;
- g) da mesma forma, nos programas anteriores de erradicação do *Aedes aegypti*, foram bastantes reduzidas às atividades voltadas para a divulgação de informações, a comunicação social ou para a educação popular, todas incrementadoras da consciência sanitária da população.

5.2 - Diretrizes para o desenho do novo modelo de erradicação

O desenho de um novo modelo de erradicação do *Aedes aegypti* levou em conta:

- a) os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- b) a experiência acumulada com as campanhas, de erradicação anteriores;
- c) as Diretrizes Técnico-Políticas para a Construção de um Projeto de Erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil, aprovadas pela comunidade científica brasileira, no Seminário de novembro de 1995.

5.3 - Características do novo modelo

O novo modelo de erradicação proposto tem as seguintes características:

- a) ser um projeto de toda a Nação, especialmente um projeto do Governo Brasileiro, em todos os níveis de organização político-administrativa do país;
- b) observar e reforçar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, especificados nos artigos 198 da Constituição da República e no sétimo da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, destacando-se, dentre estes, dada a sua relevância para o efetivo combate ao *Aedes aegypti*, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo;
- c) propiciar o avanço da municipalização na área de controle de vetores;
- d) contribuir para que o nível estadual exerça seu papel de coordenador das ações de saúde desenvolvidas no Estado, de assessor técnico dos Municípios e de executor suplementar;
- e) preconizar a atuação integrada de três grupos de ações, todos voltados para os objetivos de eliminar a circulação do vírus do Dengue, evitar a reurbanização da Febre Amarela e erradicar o *Aedes aegypti* do território brasileiro:

Grupo 1 - **Ações de saneamento básico**, especialmente, as asseguradoras do abastecimento de água em quantidade e de qualidade satisfatórias; e as voltadas para o manejo adequado do lixo;

Grupo 2 - Ações voltadas para a **divulgação de informações, comunicação social e educação** que favoreçam o envolvimento consciente da população em ações de promoção da saúde e no controle social do programa;

Grupo 3 - Ações especificamente orientadas para o **combate ao *Aedes aegypti***, através do uso racional dos meios físicos, químicos e biológicos disponíveis;

d) Estratificar epidemiologicamente os Municípios, utilizando como critérios as informações obtidas através das vigilâncias epidemiológica e entomológica, as quais serão desenvolvidas em todos os Municípios do país;

e) diferenciar as atividades, de acordo com a situação epidemiológica de cada Município, garantindo cobertura universal a todas as **áreas urbanas, peri-urbanas e aglomerados rurais**;

f) reforçar as ações de vigilância entomológica nas áreas de portos, aeroportos internacionais e estações de fronteiras, que serão trabalhadas com metodologia específica;

g) utilizar, nas atividades de campo, as divisões territoriais dos Municípios e Setores censitários estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE;

h) utilizar o Município como unidade de classificação para as fases de desenvolvimento do Plano de Erradicação (preparatória, ataque, consolidação e manutenção);

i) desenvolver projetos-piloto, com o propósito de preencher eventuais lacunas de conhecimentos necessários ao incremento das ações do Plano.

5.4 - Estruturas organizacionais

As principais mudanças propostas nas estruturas necessárias ao desenvolvimento do Plano de Erradicação diz respeito aos componentes de operações de campo e entomologia, que devem ser municipalizadas ou estadualizadas, quando a municipalização não for possível.

Propõe-se a criação inicial de estruturas mínimas, futuros Centros de Controle de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CCZDT), que agregariam os dois componentes citados e se encarregariam das ações de combate ao *Aedes aegypti*, e posteriormente, após a erradicação, mas do controle de outros vetores de importância epidemiológica para o Município, Região ou Estado em questão.

Os CCZDT poderão ter abrangência municipal ou regional.

Serão utilizados, para definir o seu número e abrangência geográfica, critérios demográficos; de vias de acesso entre o município-sede e os demais; e epidemiológicos.

- CCZDTs municipais, para Municípios, com no mínimo, 500.000 habitantes;

- CCZDTs regionais, com gerenciamento municipal por meio de consórcios para, no mínimo, 500 000 habitantes, utilizando os mesmos critérios empregados para a definição da abrangência geográfica e do Município sede

- Os CCZDT contarão com pessoal sediado nos diversos municípios para as atividades mais rotineiras, constituindo-se os Núcleos de Controle de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (NCZDTV), ou bases operacionais. As atividades de maior complexidade ou não rotineiras serão realizadas na sede dos CCZDT, conforme segue:

* os **CCZDT** deverão estar estruturados para o gerenciamento e supervisão técnico-operacional das atividades desenvolvidas, dando todo apoio técnico e material aos Municípios por ele abrangidos, bem como apoio laboratorial para identificação do vetor. Caberá também aos Centros o monitoramento de armadilhas e a nebulização com equipamento portátil, inclusive a manutenção dessas máquinas;

* os **NCZDTV**, ou bases operacionais, deverão estar estruturadas para as atividades de controle de criadouros em ciclos bimestrais, levantamento de índices de densidade, pesquisa e tratamento de pontos estratégicos.

Estas estruturas deverão receber os recursos humanos da Fundação Nacional de Saúde e das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais já envolvidas no controle de *Aedes*, além de outros adicionais, através da contratação pelos municípios de pessoal para

atingir o contingente de recursos humanos necessário. Da mesma forma, os prédios já existentes deverão ser aproveitados, adequando-os para serem sede dos CCZDT, mediante reformas ou ampliações.

Os CCZDT regionais recém criados poderão ser gerenciados pelo Estado, enquanto os municípios não se organizarem em consórcios, ou quando as características da Unidade Federada exijam a ação coordenadora e/ou de execução suplementar do estado, como por exemplo nos estados da Região Norte.

O nível estadual ficará responsável pela coordenação dos trabalhos dentro do seu território, pelo apoio técnico aos municípios pela manutenção de laboratórios de referência em Entomologia, Virologia e pelo equipamento pesado de nebulização.

5.4.1. Comissões Executivas para cada esfera de Governo

Essas comissões terão como objetivo coordenar o desenvolvimento técnico operacional do programa, promovendo a articulação interinstitucional, intersetorial e entre esferas de governo, visando a sustentação do programa, inclusive como forma de subsídio ao seu financiamento. Para cumprir esse objetivo é fundamental o comprometimento de todos os setores e instituições que compõem as comissões de cada esfera de governo, inclusive garantindo a efetiva participação de seus membros para o desenvolvimento de suas atribuições nas referidas comissões.

As três Comissões deverão, nos seus respectivos níveis de governo, fortalecer o uso da epidemiologia no planejamento das várias ações do programa, através da utilização das informações geradas pelas vigilâncias epidemiológica e entomológica. Essas informações deverão também ser divulgadas, de maneira simples e apropriada, para a população, de tal forma que esta possa melhor contribuir para o controle social sobre o desenvolvimento do programa, junto aos Conselhos de Saúde.

5.4.1.1 - Comissão Executiva Nacional:

Atribuições:

- Coordenar e acompanhar a elaboração e desenvolvimento do plano de trabalho nacional, bem como avaliar seus resultados, buscando a integração de ações entre setores e entre esferas de governo e, aplicando os ajustes necessários.

- Acompanhar e avaliar a elaboração e desenvolvimento dos planos estaduais, bem como seus resultados, buscando a integração de ações entre as esferas federal e estadual, e propondo os ajustes necessários. Para tanto, serão realizadas periodicamente reuniões desta Comissão com os Coordenadores das Comissões Estaduais. Além disso, representante do CONASS participará desta Comissão.

- Acompanhar e avaliar a elaboração do desenvolvimento dos planos municipais, bem como seus resultados, buscando a integração das 3 esferas de governo e propondo ajustes necessários. Para tanto, serão utilizadas as reuniões já referidas no item anterior com os Coordenadores das Comissões Estaduais que farão uma avaliação do desempenho dos municípios. Além disso, representante do CONASEMS participará desta Comissão.

- Promover o envolvimento da sociedade civil na gestão do programa, através do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, esta Comissão participará de reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para informar o mesmo sobre o andamento do

trabalho e resultados obtidos, apontando as dificuldades e propondo encaminhamento para solucioná-los. Além disso, representante do CNS será membro desta Comissão.

- Garantir que a implantação do programa implemente o SUS, avançando no sentido da descentralização (municipalização) do controle de doenças transmitidas por vetores.

- Propor e viabilizar a elaboração de manuais e normas nacionais necessárias ao desenvolvimento do programa, bem como a realização de cursos e treinamentos necessariamente de caráter nacional.

- Propor e viabilizar a elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa que se fizerem necessários para responder a questões das várias áreas de atuação.

Composição:

- Representante do Ministério da Saúde: 1 do Gabinete do Ministro, 1 da SAS e 6 da FNS (Operações de Campo, Educação em Saúde, Entomologia, Saneamento, Vigilância Epidemiológica, Laboratórios).

- 1 Representante do Conselho Nacional de Saúde
- 1 Representante do CONASS
- 1 Representante do CONASEMS
- 1 Representante do Ministério da Educação
- 1 Representante do Ministério do Meio Ambiente
- 1 Representante da ABRASCO
- 1 Representante da SBMT
- 1 Representante da ABES
- 1 Representante das Forças Armadas
- 1 Representante da Defesa Civil Nacional
- 1 Representante do Ministério Público
- 1 Representante do Programa Comunidade Solidária
- 1 Representante do Ministério do Planejamento
- 1 Representante da Secretaria do Tesouro do Ministério da Fazenda

A Coordenação da Comissão ficará sob responsabilidade do representante da FNS - Área de Operações de Campo.

5.4.1.2 - Comissão Executiva Estadual- Atribuições:

- Coordenar e acompanhar a elaboração e desenvolvimento do plano de trabalho estadual, bem como avaliar seus resultados buscando a integração de ações entre setores e entre esferas do governo e aplicando os ajustes necessários a nível estadual.

- Acompanhar e avaliar a elaboração e desenvolvimento dos planos municipais, bem como, avaliar seus resultados, buscando a integração de ações entre as três esferas e, propondo os ajustes necessários. Para tanto, membros desta Comissão solicitarão participação nas reuniões do COSEMS. Além disso representante do COSEMS participará

desta Comissão.

- Participar de reuniões com a Comissão Executiva Nacional do Plano diretor de Erradicação, para apresentar o andamento dos trabalhos e resultados, apontando dificuldades e propondo soluções, incluindo avaliação de desempenho dos municípios.

- Promover o envolvimento da sociedade civil na gestão do programa, através do Conselho Estadual de Saúde. Para tanto, esta Comissão participará periodicamente de reuniões do Conselho Estadual de Saúde para informar o mesmo sobre o andamento do trabalho e resultados, apontando dificuldades e propondo encaminhamentos para solucioná-las. Além disso, representante do Conselho Estadual de Saúde será membro da Comissão.

- Garantir que a implantação do programa implemente o SUS, avançando no sentido da descentralização (municipalização) do controle de doenças transmitidas por vetores.

- Propor à Comissão Nacional a elaboração de Manuais e normas de caráter nacional, bem como a realização de cursos e treinamento com o mesmo caráter.

- Propor e viabilizar elaboração de manuais e normas de caráter estadual, ou adaptação de manuais e normas federais para a realidade do Estado, bem como propor e viabilizar cursos e treinamentos com o mesmo caráter.

- Propor e viabilizar elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa que se fizerem necessário para responder a questões das várias áreas de atuação do programa.

Composição:

- Representantes da Secretaria de Estado da Saúde: 1 do Gabinete do Secretário, 1 da área de operações de campo, 1 da entomologia, 1 da educação em saúde, 1 do saneamento, 1 da vigilância epidemiológica e 1 dos laboratórios de virologia.

- 1 Representante do Conselho Estadual de Saúde

- 1 Representante do COSEMS.

- 1 Coordenador da Comissão Executiva da Capital.

- 1 Representante da Secretaria de Estado da Educação

- Representantes do setor de Saneamento

- Representantes das Universidades e Institutos de Pesquisa

- 1 Representante das Forças Armadas

- 1 Representante da Defesa Civil Estadual

- 1 Representante do Ministério Público. A coordenação da comissão ficará sob a responsabilidade do representante da SES - Área de Operações de Campo.

5.4.1.3 - Comissão Executiva Municipal.- Atribuições:

- Coordenar e acompanhar a elaboração e desenvolvimento do plano de trabalho municipal, bem como, avaliar seus resultados, buscando a integração de ações entre setores, instituições e esferas de governo e, aplicando os ajustes necessários a nível municipal.

- Promover o envolvimento da sociedade civil na gestão do programa, através do Conselho Municipal de Saúde. Para tanto, esta Comissão participará periodicamente de reuniões do Conselho Municipal de Saúde para informar o mesmo sobre o andamento do trabalho e resultados, apontando dificuldades e propondo encaminhamentos

para solucioná-las. Além disso, representante do conselho Municipal de Saúde será membro da Comissão.

- Garantir que a implantação do programa implemente o SUS, avançando no sentido da descentralização (municipalização) do controle de doenças transmitidas por vetores, o que propiciará o reconhecimento da determinação "espacial das" mesmas, avançado na estratificação epidemiológica a nível local.

- Utilizar os vários meios de envolvimento dos diversos segmentos da sociedade local para o enfrentamento solidário do preocupante quadro da dengue e febre amarela, buscando a erradicação do *Aedes aegypti* naquela comunidade.

- Manter contato permanente com a Comissão Executiva Estadual, buscando maior integração com esse nível de governo, seja por meio de troca de informações e experiências, seja na busca de soluções para problemas não resolvidos em seu nível. Deverá também, quando necessário, recorrer à Comissão Executiva Nacional.

- Propor à Comissão Estadual a elaboração de manuais e normas de caráter estadual ou a adaptação de manuais e normas federais para a realidade estadual, bem como a realização de cursos e treinamentos com o mesmo caráter.

- Propor e viabilizar a adaptação de manuais e normas federais ou estaduais à realidade local, bem como a realização de cursos e treinamentos a nível local.

- Propor e viabilizar junto às Universidade ou através da Comissão Executiva Estadual, a elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa que se fizerem necessários para responder a questões locais das várias áreas de atuação do programa.

Composição:

- Representantes da Secretaria Municipal de Saúde, ou órgão correspondente: 1 representante da direção máxima da saúde, 1 da área de operações de campo, 1 da vigilância epidemiológica, 1 da educação em saúde, 1 da entomologia e 1 do saneamento. As 3 primeiras áreas devem existir a nível municipal, independente do tamanho do município e portanto sempre terão sua participação na comissão, as duas últimas nem sempre existirão a esse nível. Nesse caso, deverão participar desta comissão os representantes dos órgãos regionais (CCZ e Regional da Saúde) independente da gestão municipal (consórcio) ou estadual.

- Representante do conselho Municipal de Saúde.
- Representante do Setor de Educação do Município.
- Representantes dos setores de saneamento/ infra estrutura/ políticas sociais do Município.

- Representante da Defesa Civil Municipal.
- Representante do Ministério Público.
- Representante das Universidades ou Campus Avançados com interface com o programa nos municípios onde estes estiverem presentes.

- Representante da Comissão Executiva Estadual da área da saúde, nas capitais. A coordenação da Comissão ficará sob responsabilidade de representante da área de saúde do município.

5.4.1.4 - Comissão Consultiva de Avaliação e Acompanhamento.

Considerando as características do programa, que prevê o envolvimento dos diversos segmentos da sociedade é importante que sua implantação e desenvolvimento sejam acompanhados sistematicamente por uma comissão independente, formada por representantes de instituições de ensino e pesquisa.

Essa Comissão será responsável pela avaliação periódica do programa a nível estadual e nacional, emitindo pareceres e sugestões técnicas e operacionais, visando a melhoria de desempenho, no sentido do alcance das metas estabelecidas para cada período.

Essas avaliações deverão se constituir em documentos oficiais apresentados aos dirigentes das três esferas de governo, divulgados junto às diversas instituições governamentais e não governamentais envolvidas no programa, além da divulgação dos aspectos mais importantes da avaliação junto à mídia falada e escrita, e outros meios de comunicação social, para que haja transparência das informações e conseqüente participação social.

5.4.1.5 - Mecanismos de articulação política para sustentação do programa:

Essa articulação deverá ser garantida pelos canais regulares já existentes no Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, que devem atuar junto aos demais Ministérios com interface com o programa, bem como junto à Presidência da República e demais Poderes da República.

6. ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO

6.1 - Componentes do Plano

Com o propósito de facilitar a organização e a divisão do trabalho, o Plano de Erradicação será dividido em nove componentes, cada qual com funções e responsabilidades especificamente definidas, todos bem articulados, de forma a desempenhar adequadamente todas as funções necessárias e cumprir os objetivos pré determinados.

São os seguintes os componentes do Plano: Entomologia; Operações de campo de combate ao vetor; Vigilância de Portos, Aeroportos e Fronteiras; Saneamento; Informação, Educação e Comunicação Social; Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação; Laboratório; Desenvolvimento de Recursos Humanos e Legislação de Suporte.

Os anexos de I a IX evidenciam as propostas específicas de cada componente.

6.2 - Fases da Erradicação

Este Plano de Erradicação implantar-se-á com o desenvolvimento de **quatro fases** distintas, bem demarcadas, com atividades e responsabilidades claramente definidas, visando facilitar o planejamento, o acompanhamento e a avaliação. Estas fases são: **preparatória, ataque, consolidação e manutenção.**

6.2.1 - Fase preparatória

A fase preparatória é a fase inicial do Plano de Erradicação. É nesta fase que serão desenvolvidas todas as atividades, previstas para todos e cada um dos componentes do Plano, necessárias a que as operações de campo de combate ao vetor se iniciem, concomitantemente, em todos os Municípios do país que se apresentam infestados com o *Aedes aegypti*.

Nesta fase são feitos todos os levantamentos das necessidades de insumos, equipamentos, recursos humanos e materiais para todos os componentes do Plano, que serão orçados e terão suas respectivas fontes de financiamento definidas.

É ainda na fase preparatória que são criadas os colegiados de coordenação e articulação, reforçadas as estruturas do Sistema Único de Saúde, que serão envolvidas com o Plano, e iniciadas as atividades de mobilização visando informar a população sobre a natureza e as características das operações de campo de combate ao vetor, assim como estimular sua participação consciente nas ações tendentes à eliminação de criadouros de mosquito e à manutenção dos municípios livres destes.

Os responsáveis pelos diversos componentes operacionais do Plano deverão ter, completamente pronto, tudo que o componente requererá para apoiar as operações de campo de combate ao vetor, uma vez que a fase de ataque seja iniciada.

Evidentemente o componente **operações de campo de combate ao vetor** deverá, nesta fase, igualmente, ter preparado tudo que precisa para começar seu trabalho específico tais como: contatos a nível local, início da mobilização comunitária, levantamento de Índices de Infestação Predial (IIP), reconhecimento geográfico, etc.

Todos os componentes operacionais do Plano desenvolverão a fase preparatória no mesmo período, podendo adotar ritmos de trabalho ajustados às condições operacionais de cada Secretaria de Saúde, e em consonância com as particularidades e especificidade de cada um deles.

Não obstante, todos os componentes deverão ter sua fase preparatória concluída no dia estabelecido para o início da fase de ataque, que será o mesmo para todo o país. Propõe-se que a fase de ataque deste Plano se inicie em março de 1997.

No dia marcado para iniciar a fase de ataque, todos os municípios infestados começarão suas operações de campo, conforme as normas de Erradicação.

6.2.2 - Fase de ataque

A fase de ataque é a fase de combate ao vetor propriamente dita, quando serão iniciadas simultaneamente, de forma articulada, em todos os municípios infestados, as ações que permitirão eliminar todas as fases evolutivas do *Aedes aegypti*. A metodologia utilizada nas operações de campo será diferenciada de acordo com a situação epidemiológica e entomológica de cada município, ainda que o início das ações se dê no mesmo dia.

As operações de campo de combate ao vetor, na fase de ataque incluirão levantamento dos índices de infestação predial (amostral) com periodicidade

bimensal, o monitoramento e tratamento quinzenal dos pontos estratégicos, pesquisa entomológica em armadilhas, e o tratamento em todos os prédios das áreas infestadas, com regularidade bimensal.

São fatores essenciais a serem observados na fase de ataque: cobertura total de cada localidade/ município a ser trabalhado; cumprimento rigoroso do cronograma de trabalho de todos os componentes do plano; manutenção pontual dos ciclos de controle do vetor; avaliação e acompanhamento sistemático dos trabalhos.

Em todos os casos em que não se consiga reduzir drasticamente os índices de infestação da localidade ou município, antes de se prosseguir com a estratégia adotada, esta deve ser objeto de avaliação minuciosa. Caso seja necessário, assessoria externa, ao nível local deverá ser acionada para discutir o problema e indicar o redirecionamento dos trabalhos.

A fase de ataque será considerada concluída quando o monitoramento entomológico registrar negatização do município por, pelo menos, doze meses consecutivos. Para isto, o final das atividades de ataque deve ser criteriosamente avaliado, localidade por localidade, bairro por bairro, embora a unidade de classificação para passar de uma fase a outra seja o município. Assim sendo, um município só será considerado em condições de passar à fase seguinte quando todos os seus bairros e suas localidades preencherem o critério de estar há doze meses consecutivos negativo para o monitoramento entomológico.

Por outro lado, como os municípios partem de situação epidemiológicas e entomológicas diferentes e possuem condições de trabalho diversas, haverá municípios já em fase de consolidação enquanto outros ainda se encontram na fase de ataque, mesmo tendo todos iniciado os trabalhos de operações de campo voltadas para a erradicação do vetor no mesmo período.

A fase de consolidação é uma fase de monitoramento entomológico, avaliação e acompanhamento. Nesta fase, o levantamento dos índices de infestação predial é feito trimestralmente, o monitoramento das armadilhas e dos pontos estratégicos é mensal.

A fase de consolidação será considerada concluída quando todas as localidades de uma área inicialmente positiva se negativem e se mantenham com **índices zero, após doze meses de sistemática verificação.**

Se na fase de consolidação, em pontos estratégicos ou armadilhas for detectado a reintrodução do vetor, serão realizados os controles do foco necessários. Caso essas medidas eliminem o foco encontrado, e não se detectar infestação domiciliar, o município permanecerá na fase de consolidação.

No entanto, se estes controles não forem suficientes para eliminar o foco e se encontrar infestação domiciliar, o município retornará à fase de ataque.

A fase de manutenção é caracterizada pela permanência do monitoramento da presença do *Aedes aegypti* apenas nos pontos estratégicos e com armadilhas, podendo manter também a vigilância em áreas selecionadas.

O Sistema de vigilância entomológica será mantido em funcionamento em todas as áreas e ficará sob a responsabilidade de Serviço Municipal específico, de combate ao vetor, para que, de forma pronta e eficaz, possa ser acionado a todo e qualquer sinal de alerta da presença do *Aedes aegypti*.

Será montado sistema de vigilância entomológica em todos os municípios, inclusive os que estiverem livres do *Aedes aegypti* no início da fase de ataque, com o objetivo de assegurar a detecção precoce e rápida atuação, na eventualidade de infestação destes municípios pelo vetor, para impedir sua dispersão.

Maiores detalhes sobre as ações que serão realizadas em cada fase do Plano podem ser encontrados nos capítulos correspondentes a cada componente.

A erradicação do Aedes de cada país será certificada por Organismos externos, (OPAS/OMS) após todos os municípios do país terem passado dois anos sem a presença do vetor (um ano em consolidação e um ano na fase de manutenção).

6.3 - Transição da Estratégia de Controle para a de Erradicação

A situação epidemiológica do Dengue e o risco de reurbanização da Febre Amarela não permitem que se espere até março de 1997 para se iniciar as ações de campo voltadas para o combate ao *Aedes aegypti*.

Nestas circunstâncias, recomenda-se, como medida de importância estratégica, para a Saúde Pública e para o próprio Plano de Erradicação, que sejam mantidas, de forma ininterrupta as atividades previstas no Plano de Intensificação das Ações de Controle da Fundação Nacional de Saúde. Os resultados obtidos com a intensificação do controle, inclusive, aumentarão as condições de viabilidade e exequibilidade do Plano de Erradicação.

Recomenda-se também que os profissionais envolvidos na execução do Plano de Intensificação das Ações de Controle tomem conhecimento o mais precocemente possível, do Plano de Erradicação e até participem de seu detalhamento e da elaboração das estratégias de transição de um para o outro. Desta forma já irão orientando suas atividades de modo a evitar duplicações desnecessárias.

6.4 - Desencadeamento do Plano de Erradicação

O desencadeamento do Plano de Erradicação envolve um conjunto de ações imediatamente após a sua aprovação pelo Senhor Ministro da Saúde. A seguir são listadas as principais destas ações:

- * Apresentação do Plano ao Senhor Presidente da República, aos demais Ministros, ao Conselho Nacional de Saúde;
- * Reunião com os Governadores e seus Secretários Estaduais de Saúde, com os propósitos de dar conhecimento ao Plano e obter um pacto de Governadores em torno do mesmo;
- * Designar o Gerente Nacional do Plano de Erradicação e a Comissão de Coordenação Executiva, cujo Presidente será o Gerente do Plano;
- * Designar os Gerentes Estaduais e Municipais do Plano de Erradicação e as respectivas Comissões Estaduais e Municipais de Coordenação Executiva;

* Estabelecer em cada nível de governo um mecanismo regular e prioritário de acompanhamento do Plano de Erradicação, pelo Conselho de Saúde de cada nível de governo.

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

GRUPO COORDENADOR PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR

Participantes:

- ***Dra. Vanize Macedo***

Coordenadora da Comissão Técnica de Erradicação
do *Aedes aegypti*

- ***Dr. Paulo Sellera***

Gerente do Programa de Controle do Dengue e Febre
Amarela da Fundação Nacional de Saúde

- ***Dra. Maria da Glória Lima Cruz Teixeira***

Representante da Comissão Técnica do Conselho
Nacional de Saúde no Grupo Executivo criado
através da Res. CD 32 R-12, do Conselho Diretor da
OPAS

- ***Dra. Fabíola de Aguiar Nunes***

Coordenadora Geral do Conselho Nacional de Saúde

- ***Dr. Juan Bisset***

Chefe do Departamento de Controle de Vetores do
Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri/Cuba -
Assessor Temporário da OPAS

- ***Dr. Elias Antônio Jorge***

Assessor para Assuntos de Orçamento e Finanças do
Conselho Nacional de Saúde

Janeiro / 96

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *AEDES* *AEGYPTI* DO BRASIL

COMISSÃO TÉCNICA DE ERRADICAÇÃO DO *AEDES* *AEGYPTI* DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Participantes:

- ***Dra. Vanize Macedo***
Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
- ***Dr. Antônio Carlos Silveira***
DEOPE/FNS
- ***Dra. Maria da Glória Lima Cruz Teixeira***
Representante da Comissão Técnica do Conselho Nacional de Saúde no Grupo Executivo
- ***Dra. Regina Lúcia Coelho C. Lima***
COMED/FNS
- ***Dra. Rita de Cássia Barradas Barata***
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- ***Dra. Valéria Padrão***
ASCOM/MS
- ***Dr. Walter S. P. Leser***
- ***Dr. Adauto José Gonçalves de Araújo***
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ
- ***Dr. Jorge Fernando Travassos da Rosa***
Instituto Evandro Chagas
- ***Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota***
Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASEMS
- ***Dr. Ivanildo Tajra Franzosi***

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

COMPONENTE: DESENHO DO MODELO DE ERRADICAÇÃO

Participantes:

- **Dr. Paulo Eduardo Guedes Sellera** - Coordenador
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
Gerência Técnica de Febre Amarela e Dengue
- **Dra. Carmem Moreno Glasser**
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo -
Superintendência de Controle de Endemias
- **Dr. Sylvain Nahum Levi**
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
Assessoria de Planejamento Estratégico
- **Dr. Eduardo Luiz de Andrade Mota**
Representante do CONASEMS - Secretaria Municipal
de Saúde de Salvador, BA
- **Dr. Rogério Valls de Souza**
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva - ABRASCO/FIOCRUZ
- **Dr. Ruy Pereira dos Santos**
Secretaria Municipal de Saúde de Recife
- **Dra. Maria Bernadete de Cerqueira Antunes**
Representante do CONASS - Secretaria de Estado
da Saúde de Recife
- **Dr. José Luiz Ferreira Cardoso**
- **Dr. Zamir Martins**
Representante do CONASEMS - Secretaria Municipal
de Saúde de Niterói

Janeiro / 96

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

ANEXO I

COMPONENTE: ENTOMOLOGIA

Participantes:

- ***Dra. Ima Aparecida Braga***
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde
- ***Dra. Liléia Gonçalves Diotaiuti***
Ministério da Saúde - Fundação Oswaldo Cruz
- ***Dr. Cristiano Corrêa de Azevedo Marques***
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo -
Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN
- ***Dr. Paulo de Tarso Ribeiro Vilarinhos***
Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Instituto de
Saúde do DF - Gerência de Controle de Zoonozes
- ***Dr. Alessandro Filgueiras da Silva***
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde

Janeiro / 96

Componente: ENTOMOLOGIA

I. DESCRIÇÃO DO TRABALHO

1- Definição das atividades de entomologia: As atividades de entomologia se darão em três diferentes níveis:

1.1- Vigilância Entomológica: Todas as ações relacionadas ao conhecimento e monitoramento do vetor quanto a:

- Ocorrência
- Distribuição
- Dispersão
- Criadouros preferenciais
- Densidade
- Suscetibilidade aos inseticidas

1.2- Pesquisa em entomologia: Estudos com a finalidade de atender às demandas de entomologia geradas no programa de erradicação, buscando informações que possam subsidiá-lo, e desenvolver medidas alternativas de controle para as áreas onde a metodologia convencional não eliminou totalmente o vetor.

Temas de pesquisa eleitos como prioritários:

- Capacidade vetorial de *Aedes albopictus*.
- Estudos para a determinação da ocorrência de resistência a inseticidas.
- Desenvolvimento de tecnologia simplificada para detecção de resistência.
- Estudos de campo para avaliar novos métodos de vigilância e controle, além de outras formulações já disponíveis.
- Avaliação de alternativas de controle biológico.

1.3- Centros de Referência para Entomologia: Entende-se como **Centro de Referência** instituições de pesquisa e/ou ensino com três finalidades básicas.

a- Treinamento de pessoal de nível de especialização para gerenciamento do programa no país.

b- Controle de qualidade e auditoria técnica do programa: atividade de referência e contra-referência para laboratórios de identificação, testes de suscetibilidade, etc.

c- Realizar pesquisas em entomologia.

II. ATIVIDADES POR FASE

A . FASE PREPARATÓRIA

1. Implementação das atividades entomológicas

Na Fase Preparatória, deverá ser instituída uma coordenação composta por profissionais com experiência técnica e administrativa, capazes de articular atividades a nível nacional e regional que resultem na implementação das ações de entomologia do programa. Estas atividades deverão levantar os indicadores entomológicos, de maneira que os municípios obedeçam à seguinte classificação:

- Municípios c/ transmissão de dengue
- Municípios infestados c/ *Aedes. aegypti*
- Municípios sem *Aedes. aegypti*.

Nos municípios ainda não trabalhados ou sem informação (aproximadamente 1000), as atividades de pesquisa entomológica deverão promover o monitoramento necessário para a sua classificação em um dos níveis acima relacionados, utilizando-se as atividades descritas no item 6.1.4 (GRUPO D - pontos estratégicos).

2. Estabelecimento dos Centros de Referência em Entomologia

- Identificar instituições já capacitadas para o treinamento de pessoal, controle de qualidade e desenvolvimento de pesquisas, classificando-as como centro de referência nacional, regional ou local.

- Identificar nas instituições já selecionadas as necessidades para viabilizar as atividades supracitadas.

3. Capacitação técnica em entomologia para os níveis superior e médio.

Com o objetivo de aprimoramento do corpo técnico, deverá ser estimulada e financiada a participação dos mesmos em cursos de nível médio, de reciclagem ou de pós-graduação.

4. Instituição dos Núcleos de Referência em Entomologia com respectivas redes locais de Laboratórios de Identificação.

4.1 - Núcleos de Referência em Entomologia

Para que o laboratório possa integrar a Rede de Núcleos de Referência em Entomologia, deverá exercer as seguintes atividades e preencher os requisitos abaixo discriminados:

Atividades:

- Avaliação periódica de resistência aos inseticidas;
- Coleta de informações para acompanhamento de capacidade vetorial;
- Envio de amostras entomológicas para o Centro de Referência para isolamento de vírus etc.;
- Treinamento e reciclagem de pessoal dos municípios;
- Controle de qualidade dos laboratórios locais;
- Controle de qualidade das ações de campo.

Requisitos:

a- Ter no seu quadro pelo menos um profissional de nível superior da área biomédica e outras afins, com treinamento em biologia e controle de vetores, com ênfase em *Aedes aegypti*.

b- Ter uma equipe de apoio (4 técnicos de laboratório, 4 auxiliares de entomologia, 1 motorista, 1 apoio administrativo).

c- Ter uma viatura.

d- Apresentar uma área física (de laboratório) com os seguintes equipamentos:

- Microscópio entomológico
- Microscópio bacteriológico
- Kits para prova suscetibilidade de adultos e larvas aos inseticidas.
- Material para captura entomológica
- Gaiolas e bandejas para criação de mosquitos
- Computador e impressora

Com base nos critérios entomo-epidemiológicos regionais, bem como levando em consideração as estruturas já existentes, estimou-se como mínimo necessário, por estado, um total de 68 Núcleos de Referência em Entomologia, conforme tabela a seguir.

ESTADO	NECESSÁRIO	EXISTENTE	À SUPRIR
Rio Grande do Sul	01	00	01
Santa Catarina	01	00	01
Paraná	04	00	04
São Paulo	10	10	00
Rio de Janeiro	04	03	01
Minas Gerais	05	02	03
Espírito Santo	01	01	00
Bahia	06	01	05
Sergipe	01	01	00
Alagoas	01	01	00
Pernambuco	02	00	02
Paraíba	02	02	00
Rio Grande do Norte	01	01	00
Ceará	03	01	02
Piauí	02	01	01
Maranhão	04	01	03
Tocantins	02	00	02
Pará	02	02	00
Amapá	01	00	01
Amazonas	02	01	01
Roraima	01	01	00
Acre	01	00	01
Rondônia	02	02	00
Mato Grosso	03	01	02
Mato Grosso do Sul	02	01	01
Goiás	03	01	02
Distrito Federal	01	01	00
TOTAL	68	35	33

4.2 - Laboratórios Locais de Identificação do Vetor Atividades:

- Processar as amostras de campo para identificação das formas imaturas do vetor.
- Envio de um percentual de 10 % das amostras para o Núcleo de Referência em Entomologia.
- Informar sistematicamente à Gerência local do programa e ao Núcleo de Referência em Entomologia a dispersão e densidade do vetor.

Requisitos:

- Um técnico de laboratório de nível médio com treinamento em identificação de larvas de *Aedes. aegypti*.
- Um auxiliar de laboratório.
- Um microscópio entomológico.
- Área física com uma bancada e uma pia.

Estima-se que um Laboratório Local possa atender à demanda de uma área com uma população de 500.000 habitantes. Portanto, para o país, seriam necessários 320 Laboratórios Locais.

B. FASE DE ATAQUE, CONSOLIDAÇÃO, MANUTENÇÃO E ERRADICAÇÃO**1- Atividades de Vigilância Entomológica e critérios de evolução das fases do programa de erradicação do *Aedes. aegypti***

O programa de erradicação do *Aedes. aegypti* deve apresentar um caráter dinâmico, de forma a permitir que, de acordo com os riscos epidemiológicos, os municípios possam ser avaliados e, por conseqüência, reclassificados em fases do programa. Isto possibilitará que as fases estejam de acordo com a evolução do programa de erradicação, permitindo a adoção de medidas específicas para cada uma destas fases e conseqüente racionalização de recursos, conforme quadro a seguir.

FASE	SITUAÇÃO	GRUPO
ATAQUE	CIRCULAÇÃO DE VIRUS	A
	COM <i>Aedes. aegypti</i> , sem circulação de vírus	B
CONSOLIDAÇÃO	SEM INFESTAÇÃO	C
MANUTENÇÃO	SEM INFESTAÇÃO	D

1.1- Atividades de vigilância entomológica por grupo :**1.1.1 - GRUPO A**

- Acompanhar a incidência do dengue e realizar avaliação de densidade larvária por ciclo.

- Estimar a densidade de alados e idade fisiológica das fêmeas para avaliar a Capacidade Vetorial e subsidiar as eventuais medidas de controle necessárias.

- Pontos estratégicos: realizar pesquisa larvária e tratamento focal quinzenalmente.

1.1.2 - GRUPO B

- Realizar avaliação da densidade larvária por ciclo.

- Pontos estratégicos: realizar pesquisa larvária e tratamento focal quinzenalmente.

- Instalar rede de armadilhas.

1.1.3 - GRUPO C

- Realizar avaliação de densidade larvária trimestralmente.
- Pontos estratégicos: realizar pesquisa larvária e tratamento focal mensalmente.
- Instalar rede de armadilhas.

1.1.4 - GRUPO D e E

- Instalação de uma rede de pontos estratégicos com pesquisa larvária mensal complementada com armadilhas que serão pesquisadas a cada 7 dias. Quando um determinado ponto estratégico tornar-se positivo, deverão ser adotadas medidas de delimitação de foco, com ampliação da área investigada à medida que os imóveis trabalhados permanecerem positivos.

1.2 - Evolução dos GRUPOS conforme situação epidemiológica**1.2.1 - Evolução do GRUPO A —> B**

Por 12 meses consecutivos, e se neste período não houver transmissão do dengue, classificar o município como GRUPO B.

1.2.2 - Evolução do GRUPO B —> C ou A —> C

Quando os índices de infestação Predial forem igual a zero e não forem encontradas larvas ou ovos nos pontos estratégicos nem nas armadilhas, por 12 meses consecutivos.

1.2.3 - Evolução do GRUPO C —> D

Quando IB/IP = 0, PE = 0 e armadilhas = 0 no período de 12 meses consecutivos, classificar o município como GRUPO D.

Quando todos os municípios do país estiverem em fase de manutenção (Grupo D), e portanto sem infestação há mais de 12 meses, o governo solicitará avaliação da OPAS/OMS, que atestará a erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil.

1.2.4 - Evolução do GRUPO D —> B, ou C —> B

Quando um determinado ponto estratégico tornar-se positivo, o município deverá adotar medidas de delimitação de foco, com ampliação da área investigada, à medida que os imóveis trabalhados permanecerem positivos. A investigação deverá incluir um índice de densidade larvária.

Neste caso, quando IB/IP > 0, classificar como GRUPO B.

1.2.5 - Evolução dos GRUPOS B, C ou D —> A

Quando for constatada a circulação do vírus do Dengue, o município deverá ser classificado como GRUPO A.

1.2.6 - Considerações Gerais

Em situações de infestação residual sem transmissão do dengue, manter o município na classificação original e estudar medidas alternativas para o controle do vetor, em função das características da área.

NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS

PESSOAL NECESSÁRIO	CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL	COORDENAÇÃO NACIONAL	COMISSÃO ESTADUAL	NÚCLEO DE REFERÊNCIA	LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO	TOTAL	CUSTO (REAIS 1,00)
ENTOMÓLOGO C/ PÓS GRADUAÇÃO	10	5	0	0	0	15	438.750,00
ENTOMÓLOGO ESPECIALISTA ENTOMÓLOGO (GRADUAÇÃO)	0	0	27	0	0	27	422.000,00
TÉCNICO EM ENTOMOLOGIA AUXILIAR DE ENTOMOLOGIA	0	0	0	68	0	68	1.060.800,00
MOTORISTA	0	0	0	272	320	592	3.463.200,00
APOIO ADMINISTRATIVO	0	0	0	272	320	592	1.731.600,00
ESTAGIÁRIO APERFEIÇOAMENTO	10	0	0	68	0	68	198.900,00
				68	0	68	198.900,00
				0	0	10	72.000,00
TOTAL	20	5	27	768	640	1450	7586.150,00

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

ANEXO II

COMPONENTE: OPERAÇÕES DE CAMPO DE COMBATE AO VETOR

Participantes:

- **Dr. Paulo Eduardo Guedes Sellera**

Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
Gerência Técnica de Febre Amarela e Dengue

- **Dr. Edmar Cabral da Silva**

Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
CCDTV

- **Dr. Paulo Cezar da Silva**

Ministério da Saúde - FUNDAÇÃO Nacional de Saúde -
CCDTV

- **Dr. Nilson Vieira de Melo**

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo -
Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN

Janeiro / 96

Componente: Operações de Campo

As operações de campo são o conjunto de atividades realizadas com o objetivo de:

- interromper a transmissão do Dengue; e
- implementar, no território de cada Município, as medidas necessárias à erradicação do *Aedes aegypti*.

Estas operações serão feitas com a supervisão e fiscalização dos diferentes níveis, articulados por um plano que envolve a participação dos Municípios, Estados e União.

As características das operações são basicamente as mesmas, em todo o território nacional, apesar de que o desenvolvimento do Plano nos níveis estaduais e municipais permitem que sejam assumidas as particularidades das diversas situações identificadas na implementação do plano, obedecendo a estratégia de descentralização.

As operações de campo em conjunto com os componentes de saneamento e de informação, educação e comunicação, constituem os três grupos de atividades básicas do Plano de Erradicação. Para seu desenvolvimento adequado, as operações de campo utilizam, rotineiramente, as informações e os serviços de apoio dos sistemas de vigilância entomológica, epidemiológica e dos laboratórios, que lhe servem de referência.

Na fase preparatória, as operações de campo devem começar reconhecendo ou atualizando as áreas que constituíram o universo de trabalho. Para isto os mapas de cada município serão divididos em áreas, que, por sua vez, serão subdivididas em setores e zonas de trabalho, as quais serão distribuídas entre as equipes.

Será então desenhado um mapa (croquis) para cada área de trabalho, numerando os quarteirões e desenhando os melhores trajetos para o desenvolvimento das ações de controle (itinerários de trabalho), localizando todos os prédios existentes na área. Em seguida serão definidas as áreas urbanas, peri-urbanas e os aglomerados rurais, levando em conta os setores censitários do IBGE.

Em seguida realizar-se-á um levantamento amostra, para calcular os índices de Breteau, predial e de recipientes (IB, IP e IR), com vistas a conhecer a distribuição e a densidade de *Aedes aegypti*, por localidade. O levantamento dos índices será a primeira atividade voltada ao conhecimento da distribuição e densidade do vetor na área, o qual apoiará o estabelecimento do sistema de vigilância entomológica, com o que serão feitas as monitorizações da ocorrência do vetor.

Caso seja necessário, será também calculado índice de alados através da densidade média/hora/homem.

Ainda na fase preparatória, serão calculadas as necessidades quantitativas de Abate e de produção do Bacilo turinghienses, inseticida biológico que poderá ser utilizado de maneira rotativa com o Abate, evitando o surgimento de resistência do mosquito a este produto, caso seja assegurada a produção do Bacilo, nas quantidades necessárias.

Da mesma forma, serão calculadas as necessidades quantitativas de piretróides, que serão utilizados rotativamente com os inseticidas organo-fosforados, com propósitos idênticos.

O Plano dará prioridade ao uso das máquinas de UBV portáteis, devido à experiência acumulada, de que estas são mais eficientes no combate à forma alada do mosquito. Assim sendo, na fase preparatória é necessário proceder a um levantamento completo dos equipamentos portáteis de aplicação de UBV existentes.

Finalmente, nesta fase são identificados os meios de transporte que se necessitará, de acordo com as características de cada área; feito o inventário dos já existentes, calculadas as necessidades de compra e efetivadas as compras requeridas. Da mesma forma serão implantados os sistemas de manutenção e reparos destes veículos.

Tudo isto, em conjunto, deve estar pronto antes da data marcada para o primeiro dia da fase de ataque.

É importante, mais uma vez ressaltar, que durante a fase preparatória do Plano de Erradicação as ações de controle do *Aedes aegypti* não podem ser interrompidas. Portanto, a erradicação deve ser preparada, ao tempo em que se mantém as ações de controle.

A Fase de Ataque será iniciada simultaneamente em todo o território nacional, em março de 1977.

Os trabalhos de combate ao vetor começam nesta fase. As atividades definidas deverão ser executadas obedecendo os itinerários elaborados na fase preparatória. 100% dos domicílios, pontos estratégicos (PE), terrenos baldios serão inspecionados e tratados nas localidades sabidamente infestadas pelo vetor. O monitoramento dos índices de infestação, distribuição do vetor e tipo de recipiente preferencialmente usados pelo vetor como criadouros são fundamentais para dirigir as ações.

A periodicidade dos ciclos de tratamento será bimensal.

Os Municípios serão estratificados e para cada grupo definidas as ações de combate e de vigilância entomológica que serão diferenciadas.

As ações de saneamento domiciliar, a partir da mobilização e participação popular devem se constituir em estratégia central dos trabalhos, junto com as operações direcionadas ao combate das diversas formas do vetor. As ações de combate ao vetor, propriamente ditas, em todas as localidades, deverão obedecer a seqüência de eliminação física dos criadouros, prosseguindo, caso seja necessário, com larvicida, e posteriormente com aplicação de pulverização e nebulização. As aplicações de UBV são utilizadas com o propósito de eliminação das formas aladas do mosquito. Podem ser feitas com máquinas pesadas ou equipamentos portáteis.

As máquinas de UBV pesadas serão utilizadas nos Municípios classificados no grupo A, onde existe transmissão do vírus do Dengue. Os ciclos e uso destas máquinas serão repetidos, em no máximo 7 dias até o término da transmissão.

As máquinas de UBV portáteis serão utilizadas em todos os grupos:

- No grupo A, em ciclos de, no máximo, 7 dias, em áreas de difícil acesso para a UBV pesada e até o término da transmissão.
- No grupo B, serão utilizadas até os índices larvários, pontos estratégicos e armadilhas não detectarem mais a presença do vetor, estratificando-se por áreas e usando o UBV, de acordo com a distribuição do vetor.
- No grupo C e D serão utilizadas nas áreas restritas às delimitações de foco.

O tratamento residual para eliminação das formas do *Aedes aegypti*, é feito com máquinas de pré-compressão. As máquinas de pré-compressão serão utilizadas nos pontos estratégicos dos municípios classificados nos grupos A e B. Nos municípios dos grupos C e D serão utilizadas nos PE onde forem detectados focos de *Aedes aegypti*. O larvicida será utilizado nos grupos A até o término da transmissão e no B até a reclassificação para C. Nos grupos C e D será utilizado nas delimitações de foco e nos PE caso se positivarem. O controle físico dos recipientes/criadouros será utilizado em todos os grupos e deverá ser priorizado como principal meio de eliminação de criadouros. Desta forma, o maior contingente de Recursos Humanos deverá estar alocados de forma complementar para essa atividade. Este procedimento possibilitará a permanência por um tempo maior de condições desfavoráveis ao vetor, visto que o larvicida possui vida média próxima a 60 dias. Nos casos que o controle físico não puder ser realizado, o controle focal com larvicida deverá ser o eleito.

Fase de Consolidação

A manutenção da vigilância entomológica é de primordial importância nesta fase. Os resíduos de infestação deverão ser eliminados. A manutenção servirá para confirmar a não presença do vetor nas localidades e também para prevenir as reinfestações. A fase de consolidação será considerada terminada quando todas as localidades inicialmente consideradas positivas estiverem negativas.

Fase de Manutenção

A vigilância entomológica deverá continuar nesta fase em todas as áreas inicialmente consideradas positivas, até serem consideradas erradicadas conforme definições de critérios.

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

ANEXO III

COMPONENTE: *VIGILÂNCIA DE* *PORTOS, AEROPORTOS E* *FRONTEIRAS*

Participantes:

- *Dr. Marcelo Felga de Carvalho*

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância
Sanitária - COPAF

- *Dr. Luiz Felipe Moreira Lima*

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância
Sanitária

- *Dr. Afonso Infuma Júnior*

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância
Sanitária

Componente: VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1 - Descrição do trabalho

A- MEIOS DE TRANSPORTES, TERMINAIS DE CARGAS, VIAJANTES, HANGARES E GARAGENS.

- 1 - Vigilância sanitária do *Aedes aegypti* em meios de transporte procedentes de áreas nacionais e internacionais de ocorrência de casos de febre amarela e/ou dengue, ou que estejam infestados por vetores.
 - 1.1 - Busca e captura de ovos, larvas e formas aladas de vetores transmissores;
 - 1.2 - Atividades de controle:
 - Educação sanitária;
 - Uso de larvicidas (embarcações);
 - Uso de inseticidas de ação espacial ou residual.

- 2 - Vigilância sanitária do *Aedes aegypti* em áreas portuárias, aeroportuárias, estações rodoviárias e ferroviárias, respectivos hangares e garagens, e estações de fronteira.
 - 2.1- Instalação do plano operacional.
 - 2.1.1 - Monitoração da área:
 - Definição de pontos estratégicos;
 - Instalação de armadilhas;
 - Leitura periódica
 - 2.1.2 - Controle de índices de infestação.
 - Desinsetização
 - 2.1.3 - Melhorias sanitárias nas instalações físicas e pátios de manobras relacionadas à água para consumo, lixo, dejetos e águas residuais.

B - VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE INDIVÍDUOS.

- 1 - Vigilância sanitária de pessoal ocupacionalmente exposto.

Aplicação da vacinação contra febre amarela nos indivíduos ocupacionalmente expostos em áreas portuárias, aeroportuárias, estações rodoviárias e ferroviárias, e postos de fronteiras que recebem indivíduos e meios de transportes procedentes de áreas de ocorrência de febre amarela.
- 2 - Vigilância sanitária de viajantes internacionais (passageiros e tripulantes).
 - 2.1 - Promover a vigilância sanitária do viajante internacional procedente de países onde estejam ocorrendo casos de febre amarela ou dengue.
 - 2.1.1 - Definir fluxo operacional relacionado à vigilância sanitária do viajante internacional, junto à secretaria estadual ou municipal de saúde.
 - 2.2.2 - Fazer cumprir a exigência da apresentação do certificado internacional de vacinação contra a febre amarela pelo viajante internacional.
- 3 - Educação sanitária.
 - 3.1 - desenvolver a orientação preventiva a viajante internacional que se desloca para área nacional e internacional de ocorrência de casos de febre amarela ou dengue, ou que esteja infestada de vetores.

4 - Fluxo de atendimento.

- 4.1 - Definição junto à gerência do plano na U.F. de fluxo de atendimento nos níveis municipal e estadual para viajantes internacionais quando houver suspeita de febre amarela ou dengue.

C - VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM FRONTEIRAS

A vigilância sanitária dos municípios que fazem fronteira com países onde ocorrem infestação pelo *Aedes aegypti* bem como aqueles instalados ao longo das vias de transporte deverá atender aos padrões estabelecidos pelo Plano.

- 1- Necessidades de estudos e pesquisas para desenvolvimento do plano diretor.
 - 1.1- Implementar a cooperação internacional com vistas à obtenção de informação relacionada à ocorrência de infestação por vetores em portos e aeroportos de exterior.
 - 1.2- Implementar o repasse de informação relacionada à ocorrência de infestação por vetores em portos, aeroportos, estações rodoviárias e ferroviárias, e postos de fronteira instalados no território nacional.

2- Cooperação técnica.

Incentivar em cooperação com os países do continente Africano, Sul-americano e América Central a aplicação da vacinação contra a febre amarela em viajantes internacionais que se deslocam para o Brasil.

3- Diretrizes para a elaboração do plano de erradicação do *Aedes aegypti*.

Portos, aeroportos, estações rodoviárias e ferroviária, e postos de fronteira por serem pontos estáticos localizados em um município, unidades federadas ou país, relacionados com a entrada de indivíduos e meios de transporte deverão ter prioridade nas ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti*.

Destacamos que é atribuição da União a atividade de vigilância sanitária de portos aeroportos e fronteiras conforme Inciso VII, Art. 16 da Lei nº 8.080/90 :

“ Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;”

Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios a colaboração com a União das atividades de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, conforme respectivamente o Inciso XIII do Art. 17 e Inciso IX do Art. 18 da Lei 8.80/90 :

“Art. 17 À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete: (...)

Inciso XIII - Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos aeroportos e fronteiras;

Art. 18 À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete: (...)

Inciso IX - Colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos aeroportos e fronteiras;”

Ressaltamos que o descumprimento de normas do SUS no sentido de propagação de doenças no país constitui crime previsto no Art. 268 do Dec. Lei nº 2.848/40 (Código

Penal); bem como o infrator estará sujeito às penalidades previstas nos Incisos VII, X, XXIII e XXXI do Art. 10 da Lei nº 6.437/77:

“ Dec. Lei nº 2.848/40 (Código Penal)

Art. 268 Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:

Pena - Detenção de um mês a um ano e multa de vinte centavos a três cruzeiros.

Parágrafo Único - A pena é aumentada de um terço se o agente é funcionário da saúde público ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro.

Lei nº 6.437/77

Art. 10 São infrações sanitárias: (...)

Inciso VII - Impedir ou dificultar a aplicação de medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis e ao sacrifício de animais domésticos considerados perigosos pelas autoridades sanitárias;

Pena - Advertência e/ou multa

Inciso X - Obstar ou dificultar a ação fiscalizadora das autoridades sanitárias competentes no exercício de suas funções;

Pena - advertência, interdição, cancelamento de licença e autorização, e/ou multa;

Inciso XXIII - Descumprimento de normas legais e regulamentos, medidas, formalidades e outras exigências sanitárias pelas empresas de transportes, seus agentes e consignatários, comandantes ou responsáveis diretos por embarcações, aeronaves, ferrovias, veículos terrestres nacionais e estrangeiros;

Pena - Advertência interdição e/ou multa.

Inciso XXXI - Descumprir atos emanados das autoridades sanitárias competentes visando a aplicação da legislação pertinente;

Pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou de fabricação do produto, cancelamento do registro do produto, interdição parcial ou total do estabelecimento; cancelamento de autorização para o funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento, proibição de propaganda.”

2- Estratégia Operacional

No atendimento operacional do programa de erradicação do *Aedes aegypti*, no que se refere às áreas portuárias, aeroportuárias, estações rodoviárias e ferroviárias, e estações de fronteira que recebem viajantes e meios de transporte procedentes de áreas infestadas por esse vetor propõe-se como estratégia:

2.1 - Que a vigilância sanitária do vetor seja feita pela União em portos e aeroportos que recebem meios de transporte e viajantes procedentes do exterior.

- 2.2** - Que a vigilância sanitária do vetor seja feita por Estados e Municípios em portos aeroportos, estações rodoviárias e ferroviárias (respectivas garagens) que recebam meios de transporte e viajantes em trânsito nacional.
- 2.3** - Vigilância sanitária dos municípios que fazem fronteira com países onde ocorrem infestação pelo *Aedes aegypti* bem como aqueles instalados ao longo das vias de transporte deverá atender aos padrões estabelecidos pelo Plano.
- 2.4** - Deve constar da regulamentação as normas legais do programa de erradicação do *Aedes aegypti*:
- A facilitação, por empresas transportadoras ou seus agentes autorizados, do transporte das autoridades sanitárias competentes aos locais de difícil acesso, como por exemplo as embarcações fundeadas em pontos estratégicos da carta náutica local aguardando inspeção sanitária.
 - A facilitação pelas empresas administradoras dos terminais portuários e aeroportuários, do acesso das autoridades sanitárias competentes às áreas e instalações físicas sujeitas à vigilância sanitária.
- 2.5** - Receber mensalmente, ou de acordo com a situação epidemiológica, as informações relacionadas aos contextos nacional e internacional de áreas infestadas por vetores, bem como daquelas de ocorrências de casos de febre amarela ou dengue;
- 2.6** - Intensificar o diagnóstico situacional relativo às condições sanitárias das instalações físicas de terminais de viajantes e de cargas, no tocante à coleta, acondicionamento, transporte, destino final do lixo, água para consumo e efluentes de águas residuais;
- 2.7** - Operacionalização da fase de ataque visando eliminar os vetores, nos terminais portuários, aeroportuários, estações rodoviárias e ferroviárias, e postos de fronteira que recebam meios de transporte, cargas e indivíduos procedentes de áreas infestadas pelo vetor, seguida de vigilância entomológica intensificada.
- 2.8** - Intensificar a orientação ao viajante (passageiros e tripulantes) com relação à prevenção da febre amarela e dengue e áreas de ocorrência de casos no território nacional e no exterior.
- 2.9** - Produção de material didático a ser distribuído à população ocupacionalmente exposta e viajantes procedentes ou com destino a áreas de ocorrência de febre amarela e dengue
- 2.10** - Receber os índices de infestação dos terminais aeroportuários e portuários bem como informações sobre as medidas sanitárias aplicadas.
- 2.11** - Definir, junto aos gerentes do Plano nas Unidades Federadas, metodologia e fluxo operacional relacionados à captura e transporte de vetores ao laboratório de referência na U.F., para a identificação de espécies.
- 2.12** - A autoridade sanitária instalada em terminais portuários internacionais deverá informar à gerência de vigilância entomológica local, com antecedência mínima de seis horas, a previsão diária de chegada de embarcações procedentes de áreas infestadas por vetores que deverão ser inspecionadas em fundeadouros de visita.
- 2.13** - Definir por local de execução o tipo e número de recursos humanos necessários, conforme tabela anexa, bem como as estratégias de administração e capacitação.

2.14 - Compatibilizar a legislação vigente com as propostas do plano de erradicação do *Aedes aegypti*.

3- Envolvimento de outros órgãos ou instituição de governo

3.1 - Ministério das Relações Exteriores.

Implementação da divulgação a nível internacional, em especial em países onde ocorrem casos de febre amarela ou dengue, as exigências sanitárias vigentes no atendimento ao Plano.

3.2 - Forças Armadas

Implementação da divulgação das exigências sanitárias vigentes no atendimento do plano, no que se refere à entrada ou saída de um meio de transporte em terminal.

3.3 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Local de instalação do terminal)

- Implantação ou implementação das atividades de vigilância sanitária dos vetores em áreas portuárias e aeroportuárias de trânsito nacional, estações rodoviárias e ferroviárias, e municípios localizados em área de fronteira.

- Definição de fluxos de informação relacionados ao contexto por U.F. ou local de áreas infestadas por vetores transmissores.

- Definição de fluxo de transporte e atendimento de casos suspeitos.

3.4 - Empresas administradoras de portos, aeroportos, estações rodoviárias e ferroviárias, transportadoras de viajantes e cargas.

Implementação da divulgação das exigências sanitárias vigentes no atendimento do plano.

4- Modificações na legislação em vigor.

Consolidação da legislação vigente relacionada à prevenção e controle de vetores em áreas portuárias e aeroportuárias relacionadas às obrigações das empresas públicas e privadas que operam a prestação de serviços nessas áreas.

**RECURSOS HUMANOS PARA ÁREA DE PORTOS, AEROPORTOS
E FRONTEIRAS**

UF/MUNICÍPIO	PORTOS	AEROPORTOS	FRONTEIRAS	TOTAL
Acre				
Rio Branco	2	1	-	3
Cruzeiro do Sul	2	1	-	3
Xapuri	-	-	2	2
Brasileira	-	-	2	2
Assis Brasil	-	-	2	2
Plácido de Castro	-	-	2	2
Alagoas				
Maceió	4	2	-	6
Amapá				
Macapá	4	2	-	6
Oiapoque	-	2	2	4
Amazonas				
Manaus	4	2	-	6
Tabatinga	1	1	-	2
Tefé	-	1	-	1
Benjamim Constant	2	-	-	2
Atalaia do Norte	2	-	-	2
Bahia				
Salvador	4	2	-	6
Ilhéus	2	-	-	2
Porto Seguro	1	1	-	2
Ceará				
Fortaleza	4	2	-	6
Brasília				
Distrito Federal	-	2	-	2
Espírito Santo				
Vitória	-	-	-	-
Anchieta	2	-	-	2
Aracruz	2	-	-	2
Cabuaba	2	-	-	2
Goiás				
Goiânia	-	2	-	2
Maranhão				
São Luis	6	2	-	8
Tutóia	2	-	-	2
Mato Grosso				
Cuiabá	-	2	-	2
Cáceres	1	-	-	1
Vila V. S. Trindade	-	-	2	2
Pontes de Lacerda	-	-	2	2
Posto Esperidião	-	-	2	2
Comodoro	-	-	2	2
Mato Grosso do Sul				
Campo Grande	-	2	-	2
Corumbá	3	2	1	6
Ponta Porã	-	2	1	3

Obs.: Recursos Humanos/Agente de Saúde Pública ou Guarda de Endemias

UF/MUNICÍPIO	PORTOS	AEROPORTOS	FRONTEIRAS	TOTAL
Minas Gerais				
Belo Horizonte	-	2	-	2
Confins	-	2	-	2
Pará				
Belém	4	2	-	6
Barcarena	2	-	-	2
Santarém	2	2	-	4
Paraíba				
João Pessoa	4	2	-	6
Cabedelo	2	-	-	2
Paraná				
Curitiba	-	2	-	2
Paranaguá	4	-	-	4
Foz do iguaçu	-	2	4	6
Guaira	-	-	2	2
Pernambuco				
Recife	4	2	-	6
Petrolina	-	2	-	2
Ipojuca	-	2	-	2
Fernando de Noronha	-	1	-	1
Piauí				
Terezinha	-	2	-	2
Parnaíba	2	-	-	2
Rio de Janeiro				
Rio de Janeiro	5	3	-	8
Angra dos Reis	2	-	-	2
Macaé	1	1	-	2
Mangaratiba	2	-	-	2
Itaguaí	2	-	-	2
Rondônia				
Porto Velho	4	2	-	6
Guajará-Mirim	2	-	-	2
Rio Grande do Norte				
Natal	4	2	-	6
Rio Grande do Sul				
Porto Alegre	4	2	-	6
Rio Grande	2	-	-	2
Chui	-	-	2	2
Jaguarão	-	-	2	2
Santana de Livramento	-	-	2	2
Bagé	-	-	2	2
Quaraí	-	-	2	2
Uruguaiana	-	1	2	3
Barra do Quaraí	-	-	2	2
Itaquí	-	-	2	2
São Borja	-	-	2	2
Porto Xavier	-	-	2	2
Porto de Lucena	-	-	2	2
Porto Mauá	-	-	2	2

UF/MUNICÍPIO	PORTOS	AEROPORTOS	FRONTEIRAS	TOTAL
Roraima				
Boa Vista	-	2	-	2
Marco B. V.8	-	-	2	2
Caracoari	-	-	2	2
Bonfim	-	-	2	2
Santa Catarina				
Florianópolis	-	2	-	2
Itajaí	2	-	-	2
Imbituba	2	-	-	2
Navegantes	-	2	-	2
Dionísio Cerqueira	-	-	2	2
Lajes	-	-	2	2
Joinville	-	2	-	2
Criciúma	-	2	-	2
Chapecó	-	2	-	2
São Paulo				
São Paulo	-	4	-	4
Santos	4	-	-	4
São Sebastião	2	-	-	2
Campinas	-	2	-	2
Sergipe				
Aracaju	4	2	-	6
Tocantins				
Palmas	-	2	-	2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
COMISSÃO TÉCNICA DO DENGUE

SUGESTÃO DE PLANILHA DE GASTOS NUM PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DA DENGUE

GRUPO Nº _____
NOME: _____

ANO	Elemento Desp.	Pessoal	Consultoria	Passagens e Diárias	Insumos	Equipamentos	Obras e Instalações	Inf. Enc. Comunicação e Divulgação	* Outros	Total por Esfera de Governo
96	U									
	E									
	M									
Total Ano										
97	U									
	E									
	M									
Total Ano										
98	U									
	E									
	M									
Total Ano										
Total Triênio										

* Outros - Especificar

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

ANEXO IV

COMPONENTE: SANEAMENTO

Participantes:

- **Eng^a. Mara Lúcia Carneiro Oliveira**

Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde

- **Dr. Alfredo Benatto**

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância Sanitária

- **Eng^a. Jacira Azevedo Cancio**

Saúde Ambiental OPAS/OMS

- **Eng^o Victor Pou Howley**

Organização Panamericana de Saúde - Saneamento
Ambiental - Doenças Transmitidas por Vetores

- **Eng^o. Jorge Luiz Borges**

Ministério do Planejamento e Orçamento - SEPURB

- **Sr. Osmano José de Mesquita**

Serviço de Limpeza Urbana - DF - Asses. de
Planejamento

- **Eng^o. Jaime Brito de Azevedo**

Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
Coordenação Regional de Pernambuco

- **Eng^o. Mário Mutsuo Onuki**

Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
Coordenação Regional da Paraíba

- **Dra. Sônia Maria de Lima Oliveira**

Representante da Associação Brasileira de Engenharia
Sanitária e Ambiental /ABES

- **Eng^o. Luiz Roberto Santos Moraes**

Universidade Federal da Bahia - Departamento de
Hidráulica e Saneamento

- **Dra. Leny Gomes de Carvalho**

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância Sanitária

- **Eng^o. Jorge Artur Fontes Chagas de Oliveira**

Serviço de Limpeza Urbana - SLU/DF - Chefe da
Assessoria de Planejamento

Janeiro / 96

COMPONENTE: SANEAMENTO

I- Diretrizes para elaboração dos Planos Estaduais e Municipais

O saneamento é o conjunto de ações, obras e serviços entendidos fundamentalmente como sendo de saúde pública, compreendendo o: a) abastecimento de águas - em quantidade suficiente para assegurar a higiene e o conforto, com a qualidade compatível com os padrões de potabilidade; b) esgotamento sanitário - com soluções sanitárias para casos individuais ou coletivas, fossas, rede coletora e tratamento; c) resíduos sólidos - armazenamento, coleta, transporte, tratamento e destino final, ambiental e sanitariamente adequado; d) drenagem urbana ; e) controle de vetores e roedores - de maneira a quebrar elos na cadeia de transmissão de doenças.

As ações de saneamento deverão ser compreendidas como fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população, não devendo ser consideradas apenas como ações de controle de endemias. Assim, a adoção de critérios epidemiológicos e entomológicos são parâmetros fundamentais na alocação de recursos, bem como nas fases de planejamento, implementação e avaliação de programas.

Desta forma, o Programa Brasileiro de Erradicação do *Aedes aegypti* tem entre suas propostas de atuação "o saneamento básico visando a melhoria da qualidade de vida da população, mobilização popular e educação e comunicação em saúde".

As ações de saneamento de importância e de interesse para o referido Programa são aquelas que visam a eliminação dos criadouros. Desta forma, as ações de importância a serem contempladas são a regularização no fornecimento de água potável nos sistemas públicos de abastecimento e ampliação da rede de distribuição a toda a população, bem como a ampliação e regularização da coleta de lixo nas áreas urbanas e a disposição final adequada dos resíduos sólidos. O conceito de valor do "lixo" devera ser trabalhado junto a população com o objetivo de mostrar sua importância ambiental, sanitária, social e seu valor econômico.

Partindo do conceito de que gestão ambiental é qualquer mudança no meio ambiente que impeça ou minimize a propagação do vetor ou diminua o contato entre o ser humano, o vetor e o patógeno, a OMS (1980) definiu três tipos de gestão ambiental, como parte do conjunto de medidas a serem aplicadas contra o *Aedes aegypti* :

a) **modificação ambiental:** transformações físicas de longo prazo nos habitats dos vetores, como por exemplo a melhoria nos sistemas de abastecimento de água.

b) **manipulação ambiental :** mudanças temporárias nos habitats, como armazenamento adequado de água, reciclagem ou eliminação dos recipientes que servem como criadouros, etc.

c) **mudanças nas habitações e no comportamento dos seres humanos:** colocação de telas nas janelas, uso de repelentes como proteção pessoal, etc.

Portanto as principais ações de saneamento que deverão ser consideradas para o Programa de erradicação do *Aedes aegypti* são :

1) Melhorias nos sistemas de abastecimento de água, através

- regularidade no fornecimento público de água - é preciso que a população seja atendida com fornecimento regular e contínuo de água potável, em quantidade e qualidade suficientes, a fim de reduzir a necessidade do armazenamento ou de praticas inadequadas que auxiliam a proliferação do vetor, como cisternas para água de chuva, chafarizes, poços e reservatórios desprotegidos;
- extensão da rede de distribuição de água para as populações ainda não atendidas;
- armazenamento individual adequado - reservatórios, toneis ou outros recipientes, devem ser cobertos com tampas ou telas;
- a implantação de melhorias sanitárias domiciliares, principalmente, reservatórios, deverá ser considerada para as populações da área rural, pequenas localidades e periferias dos centros urbanos.

2) Gestão dos resíduos sólidos através de:

- armazenamento, coleta , transporte e destino final dos resíduos sólidos com ênfase no manejo diferenciado e redução dos resíduos, acompanhado pela sua reciclagem e reutilização, coleta e disposição final adequada.

Torna-se importante destacar os seguintes pontos:

- a redução dos resíduos , ou seja a diminuição na geração dos recipientes (embalagens), implica em um envolvimento dos fabricantes e dos consumidores. Os fabricantes, deverão embalar seus produtos com recipientes que não venham se tornar um criadouro, incluindo o desenvolvimento e utilização de novas tecnologias e/ou adotando nos rótulos, recomendações sobre o manejo delas no pos-consumo, contribuindo assim para a destruição do seu potencial de armazenar água . Os consumidores deverão ser estimulados a comprarem produtos com menos embalagens ou que sejam reutilizáveis;
- a responsabilidade pelos serviços municipais de limpeza urbana na busca de soluções para a eliminação dos pontos de acumulação de resíduos em terrenos baldios, encostas, córregos, etc e recuperação ambiental dos lixões, que já estão se tornando criadouros, ou que permanecem como locais potenciais para criadouros;
- a universalização dos serviços de coleta deve ser vista como prioridade para não deixar que áreas críticas tenham o risco de ter o lixo espalhado nas ruas , bocas de lobo e valas de drenagem , que são formadores de criadouros para o *Aedes aegypti*;
- realização de coletas especiais para lixos volumosos, como carcaças de carros, eletrodomésticos usados, pneus, grandes embalagens;
- deve ser dada orientação a questão de armazenamento ou eliminação de pneus velhos, considerados como um dos principais criadouros, com significativo risco à saúde pública nos centros urbanos.

3) Eliminação dos demais criadouros naturais ou causados pelo homem:

- desenvolver metodologias de abordagem específica sobre saneamento intra-domiciliar, específico para o controle, como vasos de flores naturais, ocas de árvores e postes de luz, calhas de chuva, espelhos de água, fontes públicas etc.

É importante o envolvimento dos setores responsáveis pelos serviços nas áreas de parque e jardins (áreas verdes), de obras e infra-estrutura e de meio ambiente.

4) Gestão do sistema de vigilância ambiental, através de:

- fortalecimento do sistema de vigilância sanitária, com implantação de ações pertinentes;
- ao monitoramento ambiental;
- informatização do sistema de vigilância sanitária.

Os quadros de I a VI referentes ao planejamento das ações, assim como a matriz de articulação e integração e o cronograma de trabalho, apresentam as ações a serem desenvolvidas e as instituições envolvidas e visam, subsidiar os governos estaduais e municipais na elaboração dos seus Planos Estadual e Municipal, respectivamente.

II - Orientação para a necessidade de estudos e pesquisas

É necessário proceder uma revisão da literatura disponível em relação a estudos que associem esgotamento sanitário e dengue; drenagem e dengue; cloro residual e sua ação no combate as larvas; os criadouros e tipos de recipientes armazenadores de água e locais onde estão depositados.

III- Educação Sanitária e Ambiental

O trabalho educativo deverá ser centrado no marco conceitual de saneamento.

O processo educativo deve ter como princípio a busca da credibilidade da população nos serviços públicos, portanto, as ações de limpeza pública devem ser garantidas com frequência e continuidade nos horários e dias estabelecidos, como por exemplo a coleta do lixo, dando um destino final adequado.

O processo educativo continuado é que irá contribuir para as mudanças de hábitos na população, e não apenas uma ação pontual, que se limite a divulgar as informações que interessam as instituições.

O entendimento da mobilização da população é aquele que apenas instrui e fornece informações, enquanto que a participação da comunidade é entendida como um processo de construção e decisão conjunto.

IV- Gestão das políticas públicas

Considerando a competência municipal estabelecida pela constituição federal, quanto a titularidade dos serviços públicos locais, é importante garantir a participação e integração de todos os setores no nível municipal, destacando que atualmente as ações de abastecimento de água e de limpeza pública são exercidas por níveis e instituições diferentes.

É necessário contar com a decisão política da Presidência da República e buscar o comprometimento dos outros setores e definir mecanismos que garantam o envolvimento político dos demais ministérios como o Ministério do Planejamento e Orçamento/Secretaria de Política Urbana (MPO/SEPURB), responsável pela coordenação das políticas de saneamento, habitação e desenvolvimento urbano, o Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, responsável pelas políticas de meio ambiente e recursos hídricos e o Ministério da Educação e dos Desporto.

Devera ser garantido também o comprometimento dos demais conselhos deliberativos existentes nos diferentes níveis de Governo, com atribuições compatíveis com as ações de saneamento previstas no Programa, no sentido de discutir, estabelecer prioridades e comprometer-se com o mesmo.

Devera também ser buscado junto ao MPO/SEPURB a elaboração e implementação de um programa nacional para a gestão dos resíduos sólidos.

V- Organismos colegiados

A criação de instâncias colegiadas que não tenham ação executiva, e que também não tenham poder de decisão e integração com as demais instâncias colegiadas existentes deve ser evitada.

Devera ser buscada, também, a integração com o Conselho Nacional de Meio Ambiente - CONAMA, Conselho de Desenvolvimento Urbano (proposto pelo MPO/SEPURB), Comitê Nacional de Saneamento (MPO/SEPURB), e os Comitês estaduais de Habitação e Saneamento (para os recursos do FGTS).

VI- Legislação

A legislação atual já permite amparo legal para uma atuação adequada, embora seja necessário a revisão de alguns pontos específicos, como por exemplo no que se refere as multas e sanções a serem aplicadas.

Quanto a política de gestão de resíduos sólidos, existe um projeto de lei proposto pela SEPURB sobre a política de desenvolvimento urbano, onde são abordadas questões específicas sobre a gestão e financiamento dos resíduos sólidos, que se encontra ainda em tramitação no Congresso.

É importante uma discussão quanto as competências das secretarias estaduais e municipais de saúde com relação ao monitoramento do meio ambiente e ao cumprimento da portaria 036/90 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a qualidade da água para o consumo humano, no que diz respeito a regularidade do abastecimento da população.

No que tange a algumas questões específicas, pela importância das mesmas, deverão ser propostas novas leis e/ou regulamentações, como :

- comércio de pneus usados
- proteção dos mananciais
- códigos municipais de postura
- revisões dos códigos sanitários

VII - ORÇAMENTO

A elaboração do orçamento para viabilização do plano foi feita a partir dos níveis de cobertura dos serviços de saneamento básico no Brasil.

Tomou-se como base os déficits existentes nas regiões infestadas pelo *Aedes aegypti* no que se refere a abastecimento de água, resíduos sólidos e melhorias sanitárias nos domicílios.

O valor estimativo foi obtido com base nos custos referenciais especificados e abrange as seguintes atividades:

- custo de elaboração do projeto;
- custos diretos para viabilização das ações de abastecimento d'água, resíduos sólidos e melhorias sanitárias;
- custos outros compreendendo:
 - . engenharia e administração;
 - . contingências;
 - . educação em saúde e participação comunitária;
 - . capacitação de recursos humanos;
 - . desenvolvimento institucional.

A partir dos parâmetros trabalhados, chega-se a seguinte situação:

1. Abastecimento d'água

1.1. Dados

- População da área infestada:	56.000.000 hab.
- População abastecida:	47.000.000 hab.
sendo:	
* De forma regular:	33.320.000 hab.
* Com intermitência:	14.280.000 hab.
- População sem abastecimento público:	8.400.000 hab.

1.2. Custo

- Ampliação de sistemas	
* (80% x 8.400.000) hab. x R\$ 60,00/hab.	R\$ 403.200.000,00
* (80% x 14.280.000) hab. x R\$ 60,00/hab.	R\$ 685.440.000,00
- Implantação de sistemas	
* (20% x 8.400.000) hab. x R\$ 120,00/hab.	R\$ 201.600.000,00
- Melhoria de sistemas	
* (20% x 14.280.000) hab. x R\$ 35,00/hab.	R\$ 99.960.000,00
TOTAL	R\$ 1.390.200.000,00

2. Melhorias Sanitárias**2.1. Dados**

- População da área infestada:	56.000.000 hab.
- População sem melhorias:	
* 20% x 33.320.000	6.664.000 hab.
* 40% x 14.280.000	5.712.000 hab.
* 80% x 8.400.000	6.720.000 hab.

2.2. Custos

- 19.096.000 hab. x R\$ 40,00/hab.	R\$ 763.840.000,00
TOTAL	R\$ 763.840.000,00

3. Resíduos sólidos**3.1. Dados**

- População da área infestada:	56.000.000
- População sem coleta regular:	16.800.000

3.2. Custos

- 16.800.000 hab. x R\$ 15,00	R\$ 252.000.000,00
TOTAL	R\$ 252.000.000,00

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO Aedes aegypti

QUADRO I
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento

AÇÃO: Abastecimento de Água e Acúmulo de Águas Pluviais

FASE: Preparatória

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1.000,00
<p>1. DIAGNÓSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento Populacional; • Número de domicílios - total - com ligação de água; • Identificação e extensão dos logradouros (relação com nome da rua e mapeamento) - com abastecimento regular - com abastecimento intermitente; • Identificação de formas alternativas de abastecimento de água; • Tipo, localização e situação do recipiente domiciliar de armazenamento de água; • Identificação da unidade do sistema de abastecimento de água com deficiência e índice de perda do sistema; • Situação do órgão responsável pelo abastecimento de água e capacidade operacional; • Realizar o diagnóstico situacional relativo às condições de abastecimento de água e efluentes das águas pluviais das edificações; • Intensificar o diagnóstico situacional relativo ao abastecimento de água e efluente das águas pluviais, das instalações físicas: <ul style="list-style-type: none"> - de terminais portuários, aeroportos, rodoferroviários de passageiros e cargas; - das unidades de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Concessionárias Estaduais de Saneamento • Concessionárias Municipais de Saneamento • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de saúde • Vigilância Sanitária: Estaduais, Municipais e Federal 	<p>Jun a Dez/96</p>		

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO Aedes aegypti

QUADRO I (CONTINUAÇÃO)
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento
AÇÃO: Abastecimento de Água e Acúmulo de Águas Pluviais
FASE: Preparatória

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1000,00
<p>1. DIAGNÓSTICO (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver sistema informatizado de vigilância de água para consumo humano. <p>2. PLANEJAMENTO CONJUNTO DAS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Melhorias intradomiciliares necessárias; Garantia da qualidade da água; Extensão de rede de distribuição; Regularização do fornecimento de água; Educação sanitária e ambiental dos funcionários e da população, no que tange à: <ul style="list-style-type: none"> - mobilização; - participação; Elaboração de projetos de engenharia; Identificação das fontes de financiamento; Identificação da necessidade de assistência técnica; Definição de responsabilidade de cada instituição. <p>3. LEVANTAMENTO E REVISÃO DAS LEGISLAÇÕES EXISTENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> Discussão da Portaria 36/90 da qualidade de água para consumo humano: <ul style="list-style-type: none"> - formação da Comissão Assessora; Discussão para elaboração de normas referentes à Vigilância de Ambientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Concessionárias Estaduais de Saneamento Concessionárias Municipais de Saneamento Fundação Nacional de Saúde Secretarias Estaduais e Municipais de saúde 	Jun a Dez/96		
<ul style="list-style-type: none"> Instâncias colegiadas nos níveis Federal, Estadual e Municipal Universidades, Instituições de pesquisa Secretarias Estaduais de Saúde. Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal. 		Jun a Dez/96		

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

QUADRO III

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento
AÇÃO: Abastecimento de Água e Acúmulo de Águas Pluviais
FASE: Consolidação

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1.000,00
<p>1. OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS IMPLANTADOS COM REGULARIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE TARIFAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concessionárias Estaduais de Saneamento • Concessionárias Municipais de Saneamento • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde 			
<p>2. MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA SOBRE O MEIO AMBIENTE NAS QUESTÕES RELATIVAS AO CONTROLE DOS CRIADOUROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • A bastecimento de Água; • Resíduos sólidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procon • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Meio Ambiente • Serviços Municipais de Limpeza Urbana 			

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

QUADRO IV

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento

AÇÃO: Resíduos Sólidos

FASE: Preparatória

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1.000,00
<p>1. DIAGNÓSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento populacional; • Realizar caracterização urbanística; • Levantamento das vias de acesso e transporte; • Caracterização dos pontos de lixões e aterros; • Caracterização do lixo (quantidade e qualidade); • Levantamento da infra-estrutura existente: <ul style="list-style-type: none"> - forma de disposição final; - tipo de transporte e frota; - tipo de acondicionamento; - limpeza de logradouros; - áreas de transbordo e pontos críticos de acumulação; - recursos humanos e necessidades de capacitação; - programas de informação e participação comunitária existentes; - formas de fiscalização e controle; - estrutura administrativa e legislação. • Intensificação do diagnóstico situacional da coleta, tratamento e destino final do lixo dos: <ul style="list-style-type: none"> - terminais portuários, aeroportos, rodoferroviárias de passageiros, e cargas; - das unidades de saúde; • Desenvolver sistema informatizado para controle dos resíduos sólidos. 	<p>INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços Municipais de Limpeza Urbana • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Meio Ambiente • Secretarias Estaduais e Municipais de Educação • Serviços Municipais de Administração de Parques e Jardins • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal. 	<p>CRONOGRAMA</p> <p>Jun/96 a Dez/96</p>		

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO Aedes aegypti

QUADRO IV (continuação)

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento
AÇÃO: Resíduos Sólidos
FASE: Preparatória

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1.000,00
<p>2. PLANO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO NA LIMPEZA URBANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimização da prestação dos serviços; <ul style="list-style-type: none"> - levantamento topográfico; - identificação das deficiências; - ampliação e adequação dos serviços; - melhorias nos sistemas de condicionamento • Modernização da limpeza urbana: <ul style="list-style-type: none"> - manejo diferenciado; - acondicionamento segregado no domicílio; - implantação e/ou melhoria do sistema de limpeza de logradouros; - eliminação de lixões e pontos difusos de acumulação, em área urbana (eliminação de criadouros); • Capacitação de recursos humanos; • Identificação da necessidade de assistência técnica; <p>3. LEVANTAMENTO E REVISÃO DA LEGISLAÇÃO EXISTENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão para elaboração de normas para lixo; - formação de Comissão Assessora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Municipais de Limpeza Urbana • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Meio Ambiente • Secretarias Estaduais e Municipais de Educação • Serviços Municipais de Administração de Parques e Jardins • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal 	Jun/96 a Dez/96		
	<ul style="list-style-type: none"> • Instâncias colegiadas nos níveis Federal, Estadual e Municipal • Universidades e Instituições de Pesquisa • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Meio Ambiente 	Jun/96 a Dez/96		

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

QUADRO V

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento

AÇÃO: Resíduos Sólidos

FASE: Ataque

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1.000,00
<p>1. IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE OTIMIZAÇÃO E MODERNIZAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamento: <ul style="list-style-type: none"> - adequação do sistema de acondicionamento domiciliar e coletivo; - implantação de acondicionamento diferenciado para resíduos especiais (serviços de saúde, resíduos tóxicos etc); - adequação ou implantação de programas de redução, reutilização e reciclagem; • Limpeza de logradouros: <ul style="list-style-type: none"> - adequação da varrição de ruas e logradouros públicos, limpeza de bocas de lobo, canais, galerias pluviais, açudes e lagoas - adequação do serviço de capinação, podas e raspagens de ruas, praças, cemitérios, terrenos baldios e feiras livres; - adequação da manutenção e limpeza de monumentos e obras de arte; • Transporte: <ul style="list-style-type: none"> - adequação e modernização da frota de coleta, equipamentos e ferramentas de serviço; • Coleta: <ul style="list-style-type: none"> - ampliação do atendimento; - adequação de roteiros e setores de coleta - regularização da frequência e periodicidade; - implantação ou adequação da coleta diferenciada (lixo domiciliar, serviços de saúde, varrição, entulhos); 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Municipais Municipais de Limpeza Urbana • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Meio Ambiente • Secretarias Estaduais e Municipais de Educação • Secretarias Estaduais e Municipais de Obras • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal 	Jan/97 a Dez/98		

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

QUADRO V

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento
AÇÃO: Resíduos Sólidos
FASE: Ataque

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1.000,00
<p>1. IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE OTIMIZAÇÃO E MODERNIZAÇÃO (continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destino final: <ul style="list-style-type: none"> - eliminação dos pontos críticos de descarga descontrolada, difusos na área urbana; - redução de impactos ambientais, por meio da eliminação de descargas à céu aberto; - adoção de reciclagem/compostagem da fração orgânica do lixo domiciliar; - implantação de aterros sanitários; - recuperação ambiental das áreas degradadas por disposição inadequada dos resíduos sólidos; <p>2. FORTALECIMENTO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DO MEIO AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver sistema para controle dos resíduos sólidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Meio Ambiente 	<p>Jan/97 a dez/98</p>		

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

QUADRO VI

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

COMPONENTE: Saneamento
AÇÃO: Resíduos Sólidos
FASE: Consolidação

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	CRONOGRAMA	UNIDADE/META	CUSTOS R\$1.000,00
<p>1. MONITORAMENTO DA OPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE LIMPEZA URBANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Municipais de Limpeza Urbana • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Meio Ambiente • Secretarias Estaduais e Municipais de Educação • Secretarias Estaduais de Saneamento • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal 	a partir dez/97		
<p>2. MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DO MEIO AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimento de água; • Resíduos sólidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Municipais de Limpeza Urbana • Fundação Nacional de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Secretarias Estaduais e Municipais de Meio Ambiente • Secretarias Estaduais e Municipais de Educação • Secretarias Estaduais de Saneamento • Vigilâncias Sanitárias: Estaduais, Municipais e Federal 	a partir dez/97		

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

MATRIZ DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO

COMPONENTE: SANEAMENTO
AÇÃO: Abastecimento de Água

INSTITUIÇÕES E ENTIDADES POTENCIALMENTE ENVOLVIDAS	SÍNTESE DAS AÇÕES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO		
	PREPARATÓRIA	ATAQUE	CONSOLIDAÇÃO
MUNICÍPIO			
ESTADO			
UNIÃO			
SOCIEDADE CIVIL <ul style="list-style-type: none"> • Associações • Sindicatos • ONG's • Universidades 			

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

MATRIZ DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO

COMPONENTE: SANEAMENTO
AÇÃO: Resíduos Sólidos

INSTITUIÇÕES E ENTIDADES POTENCIALMENTE ENVOLVIDAS	SÍNTESE DAS AÇÕES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO		
	PREPARATÓRIA	ATAQUE	CONSOLIDAÇÃO
MUNICÍPIO			
ESTADO			
UNIÃO			
SOCIEDADE CIVIL <ul style="list-style-type: none"> • Associações • Sindicatos • ONG's • Universidades 			

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

MATRIZ DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO

COMPONENTE: SANEAMENTO

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	SÍNTESE DAS AÇÕES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO		
	PREPARATÓRIA	ATAQUE	CONSOLIDAÇÃO
MUNICÍPIO <ul style="list-style-type: none"> · Serviço de Limpeza Urbana · Serviço de abastecimento de água · Secretaria de Saúde · Secretaria de Meio Ambiente · Secretaria de Ação Social · Secretaria de Educação · Secretaria de Obras · Secretaria de Planejamento · Outros órgãos afins · Instâncias colegiadas 	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnósticos da área, dos serviços existentes e legislação disponível; · Plano integrado de intervenção visando a: <ol style="list-style-type: none"> 1. otimização; 2. modernização; e 3. expansão dos serviços; · Preparação de projetos de investimentos; · Necessidade de assistência técnica; · Capacitação de recursos humanos; · Diagnóstico relativo às condições de monitoramento do meio. 	<ul style="list-style-type: none"> · Implementação das ações de otimização dos serviços; · Execução de obras e melhorias domiciliares; · Fortalecimento do sistema de vigilância; · Implantação das ações de educação e participação da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> · Operação e manutenção dos serviços de abastecimento de água e de limpeza urbana; · Manutenção do sistema de vigilância; · Implementação das ações de educação e participação da comunidade.
ESTADO <ul style="list-style-type: none"> · Secretaria de Saneamento e/ou de Obras · Secretaria de Saúde · Secretaria de Meio Ambiente · Secretaria de Ação Social · Secretaria de Educação · Secretaria de Planejamento · Outros órgãos afins · Instâncias colegiadas 	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico da área, dos serviços existentes e legislação disponível; · Plano integrado de intervenção e de apoio aos municípios; · Comprometimento de recursos; · Preparação de projetos de investimentos; 	<ul style="list-style-type: none"> · Assistência técnica; · Execução de ações em municípios conveniados com as Concessionárias estaduais. 	<ul style="list-style-type: none"> · Manutenção dos sistemas de vigilância; · Acompanhamento e avaliação do programa.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti***

MATRIZ DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO
(CONTINUAÇÃO)

COMPONENTE: SANEAMENTO

<p>UNIÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ministérios: - Saúde - MPO/SEPURB - Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal - Fazenda · Conselhos Nacionais: - Saúde - Meio Ambiente - Desenvolvimento Urbano - Comunidade Solidária 	<ul style="list-style-type: none"> · Comprometimento dos demais setores · Pacto entre governadores e prefeitos · Preparação de proposta de orçamento · Prestação de assistência técnica 	<ul style="list-style-type: none"> · Prestação de assistência técnica · Implementação das ações 	<ul style="list-style-type: none"> · Acompanhamento e avaliação
<p>SOCIEDADE CIVIL</p> <ul style="list-style-type: none"> · Associações · Sindicatos · ONG's · Universidades 	<ul style="list-style-type: none"> · Mobilização, comprometimento e apoio ao programa de erradicação; · Desenvolvimento de estudos e pesquisas 		<ul style="list-style-type: none"> · Acompanhamento e avaliação

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

MATRIZ DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO

COMPONENTE: SANEAMENTO

INSTITUIÇÕES E ENTIDADES POTENCIALMENTE ENVOLVIDAS	SÍNTESE DAS AÇÕES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO		
	PREPARATÓRIA	ATAQUE	CONSOLIDAÇÃO
MUNICÍPIO			
ESTADO			
UNIÃO			
SOCIEDADE CIVIL <ul style="list-style-type: none"> • Associações • Sindicatos • ONG's • Universidade 			

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

ANEXO V

COMPONENTE: INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Participantes:

- ***Dra. Núbia Brelaz Nunes - Coordenadora***
Ministério da Saúde-Gerência Técnica de Educação em Saúde - Fundação Nacional de Saúde
- ***Dra. Maria Valéria de Vasconcelos Padrão Freire***
Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro - Assessor de Imprensa
- ***Dra. Arlene Marchiori Macedo***
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais/Comunicador Social - Relações Públicas
- ***Dra. Alice Satiko Kaimoti***
Fundação Nacional de Saúde - RJ - Educador em Saúde
- ***Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira***
Coordenação de Informação, Educação e Comunicação-IEC/MS
- ***Dr. Danaé T. Nogueira Convessani***
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Superintendência de Controle de Endemias - SUCEN
- ***Dr. Everardo de Carvalho Cordeiro Filho***
Fundação Nacional de Saúde - Médico Sanitarista
- ***Dra. Laura Maria Coutinho***
Universidade de Brasília - Faculdade de Educação
- ***Dra. Quédile Aragão de Souza***
Fundação Nacional de Saúde - Técnica em Assuntos Educacionais
- ***Dra. Raimunda Nonato da Cruz Oliveira Lemos***
Fundação Nacional de Saúde - Educadora em Saúde
- ***Dra. Sonia Maris Oliveira Zagne***
CONASEMS/Secretaria Municipal de Saúde de Niterói
- ***Dra. Terezinha Marques da Silva***
Secretaria Municipal de Saúde - Assessora de Comunicação em Saúde
- ***Dr. Zamir Martins***
Representante do CONASEMS - Secretaria Municipal de Saúde de Niterói
- ***Dra. Regina Lúcia C. Lima***
Ministério da Saúde-Fundação Nacional de Saúde - Coordenação de Comunicação e Educação
- ***Dra. Cristina Maria Vieira da Rocha***
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde

COMPONENTE: INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

1. O plano proposto para erradicação do vetor do dengue e da febre amarela urbana se define como “novo” em contraposição ao modelo tradicional de combate às endemias pelos seguintes aspectos:

- Ser um “projeto de governo”, um “projeto do Governo Brasileiro”, extrapolando os limites das esferas particulares do governo federal, estaduais e municipais e assumindo os princípios do Sistema Único de Saúde - participação, equidade, integralidade, universalidade e acessibilidade à informação de qualidade e ao serviço de atendimento a população - normatizado pela lei 8080 que orienta sua implantação;
- Ser um “projeto de Nação”, por reconhecer como único caminho legítimo para a mobilização social a negação do autoritarismo na relação entre a sociedade política e a sociedade civil;
- Ser a descentralização uma oportunidade de multiplicação dos atores e agentes sociais envolvidos no processo de criação das condições de auto-sustentação necessários à manutenção de um estado de erradicação de um agravo de natureza simultaneamente biológica e social.

2. Ao reconhecer a melhoria da qualidade de vida da população brasileira como meta maior do programa e das ações de saúde, o plano de erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil abre espaço para que o componente de IEC se converta no “eixo central do projeto de erradicação destinado à mobilização e participação da população” ao estimular o controle social e uma adesão crítica dos indivíduos e coletividades às propostas do Estado.

3. Compreendemos o papel das atividades de Informação, Educação e Comunicação em Saúde como ação estratégica que busca viabilizar e garantir junto às forças políticas e sociais do país a construção de um pacto de cooperação em torno do plano de erradicação, etapa prévia e necessária à sua implementação. A tarefa correspondente a construção do pacto social pode ser resumida nas ações que levariam a erradicação do *Aedes aegypti* para as pautas da agenda social, o que implicaria garantir o acesso ampliado da sociedade às informações epidemiológicas, tecnológicas e ambientais associadas ao vetor e endemias, mecanismos participativos e instâncias de controle social.

4. Durante as fases de preparação, ataque, consolidação e manutenção, as atividades de IEC de assessoria, capacitação e a geração de produtos específicos às áreas operacionais do Plano, terão como eixo central o trinômio: Participação Social, Melhoria da Qualidade de Vida e Controle Ambiental. Estes elementos integrados implicam uma intervenção que extrapola o âmbito da saúde, stricto sensu, e resulta em impacto sobre a infra-estrutura urbana e o meio-ambiente.

5. Compreendendo o papel dos atores sociais envolvidos na implantação do Plano como superando a mera execução de tarefas específicas - distribuição de folhetos educativos, borrifação de produtos químicos, limpeza de reservatórios, destruição de criadouros, etc... - caberia às atividades de IEC a agregação de valores "novos" e diferenciados, capazes de criar uma "nova cultura" e um "novo modelo" de interação entre os trabalhadores de saúde e as populações expostas aos agravos. Para isso é preciso que:

- se definam e negociem quais os papéis de cada um dos atores na erradicação do vetor;
- Estado e população, reconheçam e assumam as responsabilidades que lhes cabem enquanto formuladores e executores de políticas públicas, provedores de serviços, usuários, membros das instâncias de controle social e cidadãos;
- o controle e melhoria do meio ambiente, imediato e mediato, é responsabilidade do Estado no que diz respeito ao provimento de infra-estrutura urbana e sanitária (coleta e destinação adequada do lixo, instalação e manutenção das redes de abastecimento de água e esgotos, pavimentação de vias, atendimento a doentes, ações de combate aos vetores, vigilância entomológica, etc...) e dos indivíduos e coletividades em seus âmbitos de intervenção cotidiana
- as atividades de IEC contribuam junto à área de desenvolvimento de recursos humanos na preparação dos trabalhadores de saúde com propostas pedagógicas e metodológicas que levem à superação das práticas fragmentadas, pautadas no modelo autoritário.

6. A credibilidade do Plano nas esferas de governo e na sociedade dependerá da consistência e continuidade das ações propostas em todas as fases do programa. Ações assistemáticas e intervenções episódicas provocariam descrédito e ruptura das relações políticas e institucionais, por este motivo, as ações de IEC devem ser planejadas e avaliadas considerando o caráter permanente e continuado do processo de sustentação do Plano de Erradicação.

Diretrizes Operacionais para as Atividades de Informação, Educação e Comunicação em Saúde

1. Constituição e formalização de Grupos de Trabalho em IEC para Saúde, nos três níveis administrativos - união, estados e municípios - com representação nas Coordenações Executivas do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*.

2. Os Grupos de Trabalho serão organizados de forma a integrar as equipes técnicas setoriais de Educação e Comunicação das instituições participantes do esforço de erradicação.

3. Aos GT's caberá viabilizar:

- a articulação intra e interinstitucional, incluindo setores organizados da sociedade civil, para estabelecer pautas comuns de negociação em torno do Plano de Erradicação, que levem a definição de responsabilidades e possíveis formas de cooperação e parcerias.
- a organização das atividades de sensibilização, envolvimento político e mobilização dos gestores, técnicos, empresários, lideranças sindicais, religiosas e populares para discussão e compromisso com os objetivos e resultados do Plano de Erradicação;
- a produção de diagnóstico situacional, elaborado participativamente, sobre as realidades particulares de cada região trabalhada e utilizando insumos como dados e informações confiáveis e divulgadas de forma clara e reconhecível pela população;
- a organização de uma assessoria permanente de comunicação social, vinculada aos GT's;
- elaboração de diagnóstico das necessidades de recursos humanos em IEC em Saúde - união, estados e municípios;
- a geração de subsídios para o RH na definição do perfil e critérios de seleção de profissionais das áreas especializadas necessários às atividades de IEC em Saúde para o Plano de Erradicação;
- a capacitação das equipes multi-profissionais envolvidas nas atividades do Plano de Erradicação, gerando multiplicadores e executores das ações de IEC em Saúde junto às populações - alvo e aos parceiros institucionais e não-institucionais;
- a definição da linha pedagógica para as atividades de IEC em Saúde, coerente com os princípios centrais do Plano de Erradicação;

- a elaboração e normatização das estratégias de capacitação e de acompanhamento das equipes de operação de campo;
- a participação no desenvolvimento e execução do projeto de capacitação pedagógica, específico para o Plano de Erradicação, em articulação com os setores de Desenvolvimento de RH;
- a participação na reestruturação da grade curricular dos cursos de profissionalização de nível médio, com a inclusão dos conteúdos de IEC em Saúde pertinentes ao Plano de Erradicação;
- a participação no desenho de estratégias de envolvimento do sistema formal de ensino, alunos e professores, em atividades curriculares e extra-curriculares relacionadas às metas do Plano de Erradicação;
- a assessoria, acompanhamento e avaliação das campanhas publicitárias e demais estratégias de comunicação ;
- a organização de um processo de acompanhamento e avaliação de impactos e processos das intervenções geradas a partir das atividades de IEC em Saúde, garantindo que os resultados das avaliações sejam apropriados pela população;
- a concepção, desenvolvimento e produção de material de apoio às atividades de IEC, adequados aos contextos territoriais, sociais, culturais, epidemiológicos das populações a que se destinam, privilegiando, nos níveis locais, as redes sociais de informação e comunicação, estimulando as produções locais e regionais;
- a documentação e registro da atividades do Plano de Erradicação com vistas à geração de uma memória institucional;

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes* *Aegypti* DO BRASIL

ANEXO VI

COMPONENTE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Participantes:

- ***Dra. Disney Fabíola Antezana Urquidí***

Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
GT-FAD/CCDTV/DEOPE

- ***Dra. Maria da Glória Lima Cruz Teixeira***

Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde
Coletiva - UFBA

- ***Dra. Lorene Louise Silva Pinto***

Secretaria de Saúde da Bahia - Diretoria do
Departamento de Vigilância da Saúde

- ***Dra. Gizelda Katz***

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Centro
de Vigilância Epidemiológica "Alexandre Uranjar"

- ***Dr. José Tavares - Neto***

Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina

- ***Dra. Sandra Regina da Silva***

Ministério da Saúde-Fundação Nacional de Saúde -
COR/SP

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

Sistema de Informação e Vigilância Epidemiológica

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE) das viroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* está integrada ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), tendo que ser fortalecida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde visando manter o fluxo de informações atualizado, e o pronto desenvolvimento das ações e atividades de combate ao vetor, impedindo-se que ocorra solução de continuidade. A qualidade e agilidade do sistema será garantido pela permanente articulação da VE com a Vigilância Entomológica, com as equipes de operações de campo e com a rede laboratorial de diagnóstico. Por outro lado, as ações e atividades de informação, educação, comunicação e mobilização comunitária (IEC/MC) deverão estar em perfeita consonância com a situação epidemiológica e entomológica de cada município, o que pressupõe que os instrumentos e técnicas utilizadas no IEC/MC serão produzidos e implantados em articulação com a VE de cada nível de atuação do SUS. A articulação interinstitucional deverá ser permanente, objetivando a troca de informações e a otimização de recursos para a adoção das medidas de vigilância e controle do vetor. Essa troca de informações deverá ser sistemática e contínua.

O fortalecimento e desenvolvimento do Sistema de Vigilância levará em consideração a heterogeneidade epidemiológica do Dengue no Brasil. Dessa forma, as ações de VE serão diferenciadas de acordo com a situação encontrada em cada município.

2. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), sistema de informações desenvolvido pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), tem base de dados descentralizada, e já vem sendo implantado nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Sua concepção é considerada avançada e atende a nova concepção do SNVE do SUS. A ficha de investigação do Dengue e Febre Amarela já foram desenvolvidas e testadas, e estão acopladas a esse sistema. Desse modo, entende-se que o Dengue deve continuar atuando nesse sistema onde ele já estiver implantado e através do Plano Diretor de Erradicação, propiciar sua implantação para as outras áreas que ainda não dispõem de sistema informatizado. Essa implantação deve ser acelerada, desde quando o Sistema de Informações é o meio capaz de dar suporte às ações a serem desenvolvidas nesse componente desse Plano-Diretor. Desse modo, a Vigilância Epidemiológica (VE) terá as informações necessárias e em tempo hábil para desencadear suas ações com agilidade maior. Um sistema de informações eficiente é fundamental para a eficácia da VE. A implantação do SINAN em qualquer local tem que ser precedido da capacitação técnica específica dos profissionais, não só para viabilizar a operacionalização do sistema como também para se processar a análise dos dados e se desencadear as ações de controle preconizadas a cada situação específica.

A unidade de atuação do SINAN e da VE será o município. Caso o(s) município(s) não tenha(m) condições técnicas ou de pessoal recomenda-se que as atividades do SINAN e da VE sejam executadas pelo(s) níveis regionais da (s) Secretária(s) Estadual(is) de Saúde.

Fluxo de informações

O fluxo de informações será desenhado em cada município de acordo com a situação epidemiológica/entomológica e levará em consideração o fluxo preexistente. Entretanto, a velocidade do repasse das informações deverá ser igual para situações epidemiológicas/entomológicas semelhantes, no sentido de se ter homogeneidade e agilidade no desencadeamento das ações indicadas.

a) De Casos

1. Fase de Preparação e Ataque

Município sem epidemia: todos os casos suspeitos de Dengue deverão ser notificados diariamente, ao órgão de controle, indicando o local de ocorrência;

Município com epidemia: após a confirmação da epidemia os casos suspeitos deverão ser notificados semanalmente, ao órgão de controle.

2. Fase de Consolidação e Manutenção

Nessa fase, infere-se que não haverá epidemias. A Vigilância epidemiológica deve estar muito bem estruturada para acompanhar a situação de ocorrência das viroses exantemáticas, e todos os casos suspeitos de Dengue deverão ser notificados, imediatamente, por telefone ou fax, ao órgão de controle.

b) De Infestação

A vigilância entomológica na fase de ataque, deverá informar mensalmente a V.E., os índices de infestação do *Aedes aegypti* por município, e se possível por localidade. A periodicidade deverá ser menor ou maior de acordo com a fase do município.

Na fase de consolidação e manutenção, quando não se prevê a presença do vetor, na vigência de reinfestação essa informação deverá ser dada, imediatamente, através de telefone ou fax. A Vigilância Epidemiológica deverá organizar a rede de saúde e o laboratório para detecção precoce de circulação viral

c) Resultados de exames laboratoriais

Os laboratórios deverão informar os resultados dos exames positivos diariamente. Os casos negativos deverão seguir o fluxo estabelecido pelo laboratório em cada Estado

3. NECESSIDADES DE ESTUDOS E PESQUISA PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

3.1. Simplificação de técnicas de diagnóstico laboratorial, principalmente a coleta de sangue através de papel de filtro.

3.2. Isolamento de vírus em *Aedes* para monitorização de circulação viral.

3.3. Monitoramento do comportamento e da capacidade vetorial do *Aedes albopictus*.

3.4. Validação do critério clínico-epidemiológico. Definição da apresentação da doença em nosso meio.

3.5. Inquéritos soro-epidemiológicos, para identificar a proporção de pessoas infectadas após uma epidemia.

3.6. Definição dos critérios de amostragem para o monitoramento da circulação viral nas populações.

3.7. Estudos clínicos, virológicos e epidemiológicos em áreas de ocorrência de Febre Hemorrágica do Dengue, afim de aprimorar-se o conhecimento da doença em nosso meio.

3.8. Estudo da interferência da aplicação simultânea da vacina anti-amarilica com outros imunizantes virais;

3.9. Estudar a viabilidade de reduzir o número de doses/ampola da vacina anti-amarilica, para facilitar a administração pelos serviços.

3.10. Estudos epidemiológicos para acompanhamento da situação do dengue e febre amarela.

4. COOPERAÇÃO TÉCNICA

Cooperação aos demais países da América Latina

- Apoio para diagnóstico laboratorial;
- Treinamentos de técnicos em diagnóstico laboratorial;
- Treinamentos de técnicos em sistema de informação e vigilância epidemiológica,
- Cursos "strictu sensu" nas áreas de Medicina Tropical, Virologia, Microbiologia e outras áreas afins.
- Biotecnologia do preparo de imunobiológicos, especialmente da vacina anti-amarilica.

Cooperação Internacional ao Brasil

- Treinamento de técnicos em entomologia,
- Treinamento de técnicos nas áreas de Vigilância Epidemiológica e Atenção ao Doente às formas graves e FHD.

Cooperação Técnica entre regiões do país

A Comissão Executiva Nacional deverá promover a cooperação técnica entre as diversas regiões do país, articulando e definindo a troca de experiências nas diferentes áreas específicas do conhecimento .

5. DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE PLANOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

A Planilha de Levantamento de Necessidades (em anexo) terá seu preenchimento discutido após aperfeiçoamento com as Secretárias Estaduais de Saúde (SES) baseada na estratificação epidemiológica dos municípios segundo infestação do vetor e transmissão de Dengue. As SES promoverão a elaboração dos planos municipais, que condensados em planos estaduais comporão o projeto final de erradicação.

6. COMPATIBILIZAÇÃO/ARTICULAÇÃO

Para que as ações da Vigilância Epidemiológica , possam ser plenamente desenvolvidas é necessário que as Comissões, nos diferentes níveis , compatibilizem e articulem de forma adequada as diversas áreas e instituições envolvidas na erradicação do *Aedes aegypti*.

7. ENVOLVIMENTO DE OUTROS ÓRGÃOS

A Vigilância Epidemiológica deve estar integrada com as diferentes instituições em todos os níveis do Governo, não só da área social, como também de outros setores capazes de contribuir para a consecução da meta de erradicação . Esta integração , implica também no repasse de informações, mantendo-se toda a sociedade informada do andamento das atividades e dos resultados que estão sendo obtidos.

Por outro lado, o envolvimento de outros setores da sociedade devem ser estimulados através das informações e da solicitação de investimentos nas atividades de erradicação.

É essencial o acompanhamento e conhecimento da situação epidemiológica do dengue e da dispersão do vetor em outros países, através da OPAS .

8. NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS

Nível Nacional - a equipe de Vigilância Epidemiológica no Nível Nacional, deverá ser composta por 6 profissionais de nível superior com experiência na área. Hoje o Programa de Controle do Dengue e Febre Amarela dispõe de dois profissionais, sendo então necessário se contratar mais quatro profissionais.

A necessidade de recursos humanos para estados e municípios será estimada após o preenchimento da planilha anexa.

9. CENTROS DE REFERÊNCIA.

Identificar-se-á dois estados com experiência e Sistema de Vigilância Epidemiológica eficiente, que serão credenciados como Centros de Referência para capacitação e treinamento de profissionais de nível superior. Do mesmo modo se procederá na área de Atenção Médica, cadastrando-se dois Centros de Referência que possam atuar no treinamento contínuo aos profissionais de saúde.

10. ATIVIDADES DA FASE PREPARATÓRIA

- Adequação do material existente no Programa de Controle, para ser utilizado em capacitação e treinamento em Vigilância Epidemiológica do Dengue, já na perspectiva da erradicação;
- Preparação de material a ser utilizado em capacitação e treinamento em Diagnóstico Clínico e Tratamento para as formas graves.
- Elaboração do roteiro de supervisão e assessoria para ser aplicado nos Estados , no que diz respeito à Vigilância Epidemiológica.
- Apreciação e definição dos modelos de cartazes, folders e todos os outros instrumentos de educação, informação e comunicação, que serão utilizados nessa fase;
- Elaboração do material instrucional para os treinamentos na área de Vigilância Epidemiológica e de Atenção Médica;
- Organização e realização dos treinamentos dos profissionais de saúde da rede do SUS;

Observação: considerando a extensa área de Febre Amarela Silvestre, a ampla dispersão do *Aedes aegypti* e o risco de sua reurbanização , recomenda-se que junto com o PNI se defina Plano de Vacinação a Nível Nacional, de implantação a curto prazo, considerando as diferentes situações epidemiológicas/entomológicas existentes no território brasileiro.

PLANO-DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*
Sistema de Informação e Vigilância Epidemiológica

Cronograma de Atividades da Fase Preparatória

1996*

Atividades	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Aquisição de equipamentos p/ informática		X	X	X	X	X	X
Treinamento no SINAN	X	X	X	X	X	X	X
Impressão e distribuição de material educativo e de instrução			X	X	X	X	X
Treinamento em VE /Dengue , para as áreas não contempladas na 1a. Fase				X	X	X	
Seminários Macro Regionais de Dengue					X	X	
Seminário Nacional							X

* As atividades que não forem finalizadas em 1996, terão continuidade no primeiro trimestre de 1997.

PLANO-DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti* SISTEMA DE INFORMAÇÃO e VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Descrição de objetivos e atividades por Fase do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*

FASE	OBJETIVOS	ATIVIDADES
Preparatória	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar precocemente as epidemias. 2. Evitar a ocorrência de epidemias. 3. Controlar as epidemias em curso. 4. Reduzir a letalidade de FHD através de atenção médica correta e oportuna. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir o dengue como doença de notificação compulsória a nível nacional mediante Portaria Ministerial. 2. Estratificar as atividades de Vigilância Epidemiológica - VE, de acordo com a situação de cada município. 3. Realizar levantamento das equipes de VE em todas as Secretarias Estaduais de Saúde, nível regional dos Estados, capitais e municípios com população acima de 500.000 habitantes. 4. Realizar levantamento das necessidades de treinamento na área de dengue : VE e atenção ao doente. 5. Implantar e/ou implementar o SINAN em todas as Secretarias Estaduais de Saúde, nível regional dos Estados, capitais e municípios com população acima de 500.000 habitantes. 6. Levantar as necessidades de equipamentos de informática . 7. Aquisição de equipamentos de informática. 8. Levantamento e treinamento de pessoal para o uso do SINAN. 9. Realizar o treinamento de VE do dengue, levando em consideração o material já existente.
Ataque	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar precocemente casos de dengue. 2. Evitar a ocorrência de epidemias. 3. Controlar as epidemias em curso. 4. Reduzir a letalidade de FHD através de atenção médica correta e oportuna. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter o SINAN como sistema de informação em todas as Secretarias Estaduais de Saúde, nível regional dos Estados, capitais e municípios com população acima de 500.000 habitantes. 2. Implantar e/ou implementar o SINAN nos municípios com população entre 200 a 500.000 habitantes. 3. Acompanhar, analisar e avaliar a implantação do sistema de VE de dengue. 4. Realizar encontros e/ou seminários nacionais e/ou regionais , para a troca de experiências e avaliação das atividades. 5. Manter educação continuada aos profissionais de saúde na área de VE e Atenção ao Doente.
Manutenção	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar precocemente casos de dengue. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executar as atividades de VE, de acordo com a situação epidemiológica de cada município. 2. Implantar o monitoramento sorológico e virológico em unidades sentinelas.
Consolidação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar precocemente casos de dengue. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executar as atividades de VE, de acordo com a situação epidemiológica de cada município. 2. Implantar o monitoramento sorológico e virológico em unidades sentinelas.

PLANO-DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*
ORÇAMENTO PRELIMINAR PARA AS ATIVIDADES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA, DURANTE A FASE PREPARATORIA A SER REALIZADA EM 1996

Custo estimado (x 1.000 R\$)

ATIVIDADE	DETALHAMENTO	PESSOAL	CONSULTORIA	PASSAGENS E DIÁRIAS	INSUMOS	EQUIPAMENTOS	IEC	OUTROS	TOTAL
Capacitação de RH	- Seminários c/OT. na área de VE p/ monitores estaduais. (200 p x 4 1/2) - Capacitação na área de VE a nível municipal A definir Capacitação p/ implantação do SINAN (112 p x 4d). Treinamento no Diagnóstico Clínico e Tratamento de FHD para Clínicos (48 p x 4d) Diagnóstico Clínico e tratamento de FHD para Enfermeiras (48 p x 4d) Realizar Encontro Nacional Realizar Encontros Macroregionais	-	-	247	-	-	-	-	-
Assessorias e Supervisões	Supervisões técnicas (27 x 4 d) Assessoria na Área Clínica (12 x 3 d)	-	-	34	-	-	-	-	-
Material Permanente	Equipamentos de informática para implantação do SINAM (60 equipamentos) A definir	-	-	16	-	375	-	-	-
Material instrutivo		-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		-	-	1151	-	375	-	-	1526

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *AEDES* *AEGYPTI* DO BRASIL

ANEXO VII

COMPONENTE: LABORATÓRIO

Participantes:

- ***Dra. Mirtha Susana Yamada Tanaka***
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
COLAB
- ***Dra. Luíza Terezinha Madia de Souza***
Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Instituto
Adolfo Lutz
- ***Dra. Rita Maria Ribeiro Nogueira***
Ministério da Saúde - FIOCRUZ - Instituto Oswaldo Cruz
- ***Dra. Amélia Paes de Andrade Travassos da Rosa***
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde -
Instituto Evandro Chagas
- ***Dra. Lídia Maria Pinto de Lima***
Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Instituto de
Saúde do Distrito Federal

Janeiro / 96

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DE *Aedes aegypti* LABORATÓRIO

1. INTRODUÇÃO

Para as ações da vigilância epidemiológica do dengue é imprescindível contar com uma rede de laboratórios organizada, hierarquizada e eficiente, que cubra todo o território nacional.

Atualmente, a rede de diagnóstico laboratorial do dengue está operacionalizada conforme modelo anexo (Anexo 1 e 2).

2. DESCRIÇÃO DO TRABALHO

A) Fase PREPARATÓRIA

1 - Fortalecer a Rede Nacional de Laboratórios para o Diagnóstico de Dengue mediante a:

a) aquisição dos equipamentos e acessórios necessários para o diagnóstico sorológico e virológico;

b) capacitação de recursos humanos mediante treinamentos e cursos de atualização;

c) contratação de pessoal (Anexo 3);

2 - Expandir a rede de laboratórios segundo critérios técnicos e epidemiológicos com a:

a) implantação do diagnóstico sorológico de dengue nos LACENs dos Estados de MT e ES. Os LACENs dos Estados de MA, AL e TO ficarão na dependência da estruturação da vigilância epidemiológica.

b) implantação do diagnóstico virológico nos LACENs dos Estados de CE, MG, BA, PR, MS e GO, que já executam o diagnóstico sorológico.

3 - Informatizar os atuais laboratórios da rede (17) com vistas a integração ao Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN).

4 - Respaldar a rede de laboratórios com um serviço permanente de manutenção de equipamentos.

5 - Assegurar a auto-suficiência na produção de antígenos para o diagnóstico sorológico:

Chagas) e

a) investindo no Centro Nacional de Referência (Instituto Evandro Adolfo Lutz e Fundação Oswaldo Cruz).

b) avaliando a sua implantação nos Centros Colaboradores (Instituto Adolfo Lutz e Fundação Oswaldo Cruz).

6 - Credenciar e investir no desenvolvimento de Centros de Referência em técnicas moleculares.

7 - Realizar supervisões, assessorias e reuniões de avaliação do desempenho da rede bem como o controle de qualidade mediante testes de proficiência.

8 - Elaborar um Manual de Diagnóstico Laboratorial de Dengue.

B) Fase de ATAQUE

1 - Manter o funcionamento pleno da rede de laboratórios para confirmar precocemente os casos de dengue.

2 - Expandir caso necessário, a Rede Nacional de Laboratórios de acordo à situação epidemiológica vigente.

C) Fase de CONSOLIDAÇÃO e MANUTENÇÃO

1 - Adequar a rede de laboratórios de acordo à situação epidemiológica vigente garantindo a vigilância virológica.

3. NECESSIDADES DE ESTUDOS E PESQUISAS

a) Estudo de interferência da vacina da febre amarela simultaneamente com outros imunizantes virais.

b) Estudo da duração da proteção da vacina da febre amarela.

c) Estudo do papel do *Aedes albopictus* na transmissão de dengue em condições naturais.

d) Validação de critérios clínico-epidemiológicos baseado no diagnóstico laboratorial.

e) Inquéritos soropidemiológicos.

f) Epidemiologia molecular dos vírus dengue no Brasil.

g) Detecção de antígeno e ácido nucleico em tecidos de casos fatais.

h) Comparação dos níveis de anticorpos para dengue em saliva e sangue.

i) Isolamento de vírus em *Aedes* para monitorização da circulação viral.

j) Estudos clínicos, epidemiológicos e virológicos em áreas de ocorrência de febre hemorrágica do dengue.

4. COOPERAÇÃO TÉCNICA

1- Para garantir a execução de estudos e pesquisas é imprescindível a participação efetiva das Agências de Fomento Nacionais (CNPQ, CAPES, FINEP).

2- É necessário promover a cooperação técnico-científica entre os países da América Latina no qual o Brasil poderá oferecer assessoria técnica e treinamentos na área de diagnóstico laboratorial.

3- É importante promover o intercâmbio técnico-científico dos laboratórios da rede com os Centros Internacionais de diagnóstico de dengue.

5. NECESSIDADE DE ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ÁREAS DO PROGRAMA

Todas as ações da Rede Nacional de Laboratórios devem estar articuladas com as ações da Vigilância Epidemiológica e Entomológica.

6. SAÚDE DO TRABALHADOR

- Acompanhamento dos servidores de operações de campo

O uso dos produtos para o controle vetorial, compostos de substâncias tóxicas que interferem na saúde humana, despertam a preocupação de assegurar de forma sistemática um acompanhamento clínico com controle laboratorial para todos os profissionais que lidam com esses produtos.

A implantação de uma rede laboratorial para este fim já está sendo pensada por vários órgãos, tanto a nível federal como estadual.

Propõe-se que os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos pela Coordenação de Laboratórios-COLAB/CENEPI/FNS e pela Coordenação da Divisão de Meio Ambiente e Ecologia Humana/SVS sejam integrados e avaliados para que a partir daí se construa um projeto que ha o Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*.

ANEXO 1
REDE DE LABORATÓRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DENGUE

	EXAMES REALIZADOS					
	MAC-E	IH	IV	HP	IHQ	PCR
LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA: <i>Macrorregião NORTE:</i>						
1. IEC/FNS - Belém /PA Área de Abrangência: AC, AP, AM, MA, PA e RR.	X	X	X	X	X	X
<i>Macrorregião NORDESTE:</i>						
2. LACEN - PE / SES - Recife / PE Área de Abrangência: AL, PB, PE e SE.	X	X	X			
3. LACEN - CE / SES - Fortaleza/CE Área de Abrangência: CE, RN e PI.	X					
<i>Macrorregião SUDESTE:</i>						
4. FIOCRUZ/MS-Rio de Janeiro/RJ Área de Abrangência: BA, ES e RJ.	X	X	X	X	X	X
5. FUNED/SES - Belo Horizonte/MG Área de Abrangência: MG.	X					
<i>Macrorregião CENTRO-OESTE:</i>						
6. ISDF/SES - Brasília/DF Área de Abrangência: DF, GO, TO, RO e MT.	X	X	X			
<i>Macrorregião SUL:</i>						
7. IAL/SES-São Paulo/SP Área de Abrangência: MS, PR, RS, SC e SP.	X	X	X	X	X	X
Outros LACENS que realizam o diagnóstico:						
8. LACEN/RJ-Rio de Janeiro/RJ	X		X			
9. LACEN/BA-Salvador/BA	X					
10. LACEN/GO - Goiânia/GO	X					
11. LACEN/MS-Campo Grande/MS	X					
12. LACEN/PR-Curitiba/PR	X					

FONTE: COLAB/CENEPI/FNS - janeiro de 1995

MAC-E : MAC-IELISA = Reação imunoenzimática de captura de Ig M

IH : Inibição da Hemaglutinação
 IV : Isolamento Viral
 HP : Histopatologia
 IHQ : Imunohistoquímica
 PCR : Reação em cadeia de polimerase

ANEXO 3
NECESSIDADE DE RECURSOS HUMANOS
LABORATÓRIO

	NS	NM	NA	AA
Região NORTE PARA (IEC/FNS) MARANHÃO (LACEN) *	1 1	2 1	2 1	1 1
Região NORDESTE CEARÁ PERNAMBUCO (LACEN) ALAGOAS (LACEN) *	1 1 1	2 2 1	1 1 1	1 1 1
Região CENTRO-OESTE DISTRITO FEDERAL (LACEN) MATO GROSSO (LACEN) GOIÁS (LACEN) TOCANTINS (LACEN) *	1 1 1 1	2 2 2 2	1 1 1 1	1 1 1 1
Região SUDESTE RIO DE JANEIRO (FIOCRUZ) RIO DE JANEIRO (LACEN) BAHIA (LACEN) ESPÍRITO SANTO (LACEN) MINAS GERAIS (LACEN)	2 1 1 1 2	2 1 1 1 2	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1
Região SUL SÃO PAULO (LACEN) PARANÁ (LACEN) MATO GROSSO DO SUL (LACEN)	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
TOTAL	19	26	18	17

TOTAL GERAL = 80

NS = Nível Superior: Farmacêutico, Farmacêutico-Bioquímico, Biólogo, Biomédico, Médico-Veterinário

NM = Nível Médio: Curso de Técnico de Laboratório e/ou 2º grau completo

AL = Auxiliar de Laboratório: 1º grau completo

AA = Auxiliar Administrativo com experiência em computação

* = Obs.: a implantação do diagnóstico sorológico depende da estruturação do serviço de Vigilância Epidemiológica.

ANEXO 4
PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DE *Aedes aegypti*
LABORATÓRIO - ORÇAMENTO PRELIMINAR PARA 1996

ATIVIDADE	DETALHAMENTO	PASSA-GENS	DIÁRIAS	EQUIPAMENTOS	INSUMOS	IEC	TOTAL
Assessorias e Supervisões	- Avaliação dos LACENs onde serão implantados a sorologia e/ou isolamento viral (10 LACENs X 1 pessoa X 3 dias)	8	4	-	-	-	-
	- Avaliação do desempenho da rede (10 LACENs X 2 pessoas X 3 dias)	16	8	-	-	-	-
Treinamentos	- Estágio em serviço nos Laboratórios Macrorregionais (10 pessoas X 14 dias)	8	16	-	-	-	-
Reunião Técnica	- Reunião Anual de Avaliação da Rede de Laboratórios no Encontro de Virologia (20 pessoas X 5 dias)	16	13	-	-	-	-
Material Instrutivo	- Reuniões em Brasília para elaboração do Manual Técnico de Diagnóstico Laboratorial de Dengue (5 pessoas X 5 dias X 2 vezes) - Impressão: 400 exemplares	-	-	-	-	3	-
Cursos de Atualização	- Cursos de atualização no diagnóstico sorológico, virológico e de diagnóstico molecular (20 pessoas X 10 dias X 2 vezes)	32	52	-	-	-	-
Equipamentos	- Equipamentos para o diagnóstico sorológico, virológico e molecular e Equipamentos para produção de antígenos e informatização da rede	-	-	500	-	-	-
Material Permanente	- Material permanente de laboratório	-	-	70	-	-	-
Material de Consumo	- Material de consumo para produção de antígenos, diagnóstico sorológico, virológico e molecular	-	-	-	423	-	-
TOTAL		88	100	570	423	3	2.185

ANEXO 5
PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DE *Aedes aegypti*
LABORATÓRIO - ORÇAMENTO PRELIMINAR PARA 1997

ATIVIDADE	DETALHAMENTO	PASSA-GENS	DIARIAS	EQUIPAMEN-TOS	INSUMOS	IEC	TOTAL
Assessorias e Supervisões	- Avaliação dos LACENs onde serão implantados a sorologia e/ou isolamento viral (3 LACENs X 1 pessoa X 3 dias)	3	1	-	-	-	-
	- Avaliação do desempenho da rede (30 LACENs X 2 pessoas X 3 dias)	24	12	-	-	-	-
Treinamentos	- Estágio em serviço nos Laboratórios Macrorregionais (10 pessoas X 14 dias)	8	16	-	-	-	-
Reunião Técnica	- Reunião Anual de Avaliação da Rede de Laboratórios no Encontro de Virologia (20 pessoas X 5 dias)	16	13	-	-	-	-
Cursos de Atualização	- Cursos de atualização no diagnóstico sorológico, virológico e de diagnóstico molecular (20 pessoas X 10 dias X 2 vezes)	32	52	-	-	-	-
Equipamentos	- Equipamentos para diagnóstico sorológico, virológico, molecular e Equipamentos para produção de antígeno e informatização da rede	-	-	130	-	-	-
Material de Consumo	- Material de consumo para produção de antígenos, diagnóstico sorológico, virológico e molecular	-	-	-	441	-	-
TOTAL		83	94	130	331	-	748

ANEXO 6
PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DE *Aedes aegypti*
LABORATÓRIO - ORÇAMENTO PRELIMINAR PARA 1998

ATIVIDADE	DETALHAMENTO	PASSA-GENS	DIÁRIAS	EQUIPAMEN-TOS	INSUMOS	IEC	TOTAL
Assessorias e Supervisões	- Avaliação do desempenho da rede (30 LACENs X 2 pessoas X 3 dias)	24	12	-	-	-	-
Reunião Técnica	- Reunião Anual de Avaliação da Rede de Laboratórios no Encontro de Virologia (20 pessoas X 5 dias)	16	13	-	-	-	-
Cursos de Atualização	- Cursos de atualização no diagnóstico sorológico, virológico e de diagnóstico molecular (20 pessoas X 10 dias X 2 vezes)	32	52	-	-	-	-
Material de Consumo	- Material de consumo para produção de antígenos, diagnóstico sorológico, virológico e molecular	-	-	-	441	-	-
TOTAL		72	77	-	441	-	590

ANEXO 7
PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DE *Aedes aegypti*
LABORATÓRIO
CRONOGRAMA PARA 1996

ATIVIDADE	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ
Fortalecer a atual Rede de Laboratórios com equipamentos e recursos humanos							X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Expansão da Rede de Laboratórios						X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Capacitação de recursos humanos					X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Informatizar a Rede de Laboratórios						X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Investir nos Centros de Produção de Antígeno						X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Investir nos Centros de Referência em técnicas moleculares						X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Supervisões, assessorias e reuniões de avaliação da Rede de Laboratórios		X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Elaboração do Manual Técnico de Diagnóstico					X X X		X X X					
Realizar Cursos de Atualização						X X X				X X X		

**LABORATÓRIO
CRONOGRAMA PARA 1997**

ATIVIDADE	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ
Expansão da Rede de Laboratórios	X X X	X X X	X X X	X X X								
Capacitação de recursos humanos	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Supervisões, assessorias e reuniões de avaliação da Rede de Laboratórios	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Realizar Cursos de Atualização						X X X				X X X		

**LABORATÓRIO
CRONOGRAMA PARA 1998**

ATIVIDADE	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ
Capacitação de recursos humanos	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Supervisões, assessorias e reuniões de avaliação da Rede de Laboratórios	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X
Realizar Cursos de Atualização						X X X				X X X		

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes Aegypti* DO BRASIL

ANEXO VIII

COMPONENTE: DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Participantes:

Dr. Jorge Adriano Moreira Feitoza Sotero
Ministério da Saúde / Secretaria Executiva
Coordenação Geral de Desenvolvimento de
Recursos Humanos p/ o SUS

- **Dr. Luiz Carlos Pelizari Romero**
Consultor Legislativo do Senado Federal

- **Dra. Vanda Rabelo Nascimento**
Ministério da Saúde - Assessoria do
Departamento de Administração - Fundação
Nacional de Saúde

- **Dr. Marcos Antônio Silva**
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de
Saúde
Divisão de Desenvolvimento de Recursos
Humanos

- **Dra. Márcia Luz da Mota**
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de
Saúde - Área Técnica de Recursos Humanos

Janeiro / 96

Componente: RECURSOS HUMANOS

A abordagem da área de Recursos Humanos no âmbito do Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil guarda estreita coerência com os princípios que orientam a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme o documento de Diretrizes deste Plano.

Assim, como pressuposto fundamental, está colocado que as ações deverão ser desenvolvidas de forma descentralizada e, como consequência, deverá ocorrer o reforço das estruturas locais e regionais e o redimensionamento dos papéis dos níveis federal, estadual e municipal.

Neste sentido, o nível federal deixa de ter o papel de principal executor no controle de endemias, passando a manter ações executivas em caráter complementar e de emergência e a desempenhar funções de normalização e de vigilância epidemiológica.

As implicações para o desenvolvimento de recursos humanos do redimensionamento das funções devem ser analisadas sob o prisma do encaminhamento de soluções para problemas crônicos, sem obviamente descuidar das alternativas necessárias para o enfrentamento de questões emergenciais, do ponto de vista epidemiológico, jurídico-legal e político-institucional.

Isso posto, propõe-se que o componente de Recursos Humanos do Plano Diretor seja composto de três subcomponentes articulados, a saber: Administração de Pessoal, Capacitação e Saúde do Trabalhador.

1. ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

O Plano Diretor terá que considerar e contribuir para o equacionamento da fixação dos trabalhadores necessários nas unidades prestadoras de serviços ("ponta do sistema"). Isto se fará por meio de:

1.1 Disponibilização do pessoal do nível federal (Fundação Nacional de Saúde) envolvido nas atuais campanhas de combate à Febre Amarela e ao Dengue para os níveis estadual e municipal.

- Estudo de mecanismos que permitam a fixação desses trabalhadores nas unidades que os necessitem, assegurando-lhes a manutenção de direitos trabalhistas adquiridos.

Os atuais instrumentos legais utilizados pela Fundação Nacional de Saúde (Termos de Convênio - Anexo 1) consubstanciam soluções provisórias adequadas até que os gestores do Sistema Único de Saúde, na estratégia proposta, indiquem soluções de caráter permanente.

Encaminhamento semelhante deverá ser adotado pelas Secretarias Estaduais de Saúde em relação a disponibilização de servidores estaduais para os serviços municipais de saúde.

1.2 Redimensionamento dos quadros de pessoal dos níveis federal, estadual e municipal de acordo com as novas funções.

A co-responsabilidade no desenvolvimento das ações no âmbito do Plano Diretor, com a conseqüente e necessária revisão de funções em cada nível de governo, requer a recomposição dos quadros de pessoal, recuperando profissionais com perfis adequados para a consecução dos objetivos e responsabilidades estabelecidos para cada esfera de governo. Aqui novamente busca-se coerência aos postulados do Sistema Único de Saúde.

Caso se disponibilize recursos humanos do nível federal para viabilizar as ações a serem desenvolvidas por estados, e principalmente por municípios, faz-se necessário assegurar, naquele nível, a capacidade técnica de normalização, assessoramento, acompanhamento, supervisão e de apoio aos processos de capacitação. Portanto os investimentos em recursos humanos - incremento quantitativo e qualitativo - devem ser priorizados neste sentido.

Para os níveis estadual e municipal é válido e pertinente o mesmo raciocínio, respeitadas as especificidades de seus papéis e responsabilidades, na perspectiva da consolidação das propostas contidas no Plano Diretor, sobretudo no que se refere ao desenho do modelo e das operações de campo.

1.3 Redefinição dos PCC nos três níveis de governo em vista das novas atribuições e de sua implementação.

Esta redefinição é necessária para assegurar as condições estruturais mínimas para a consolidação das atividades decorrentes do Plano Diretor. Além disso, atende ao requerimento de introdução de novas categorias profissionais em função das alterações do processo de trabalho em saúde.

Do ponto de vista da valorização do profissional, o PCC é instrumento indispensável.

1.4 Contratação de Pessoal.

Este é um ponto crucial para a viabilização das ações do Plano Diretor. Existem hoje no Sistema Único de Saúde várias modalidades de contratação, cujas implicações para a consolidação do Sistema carecem de estudo mais aprofundado.

No caso presente interessa apontar:

Contratação em caráter permanente:

A linha de atuação que prevê a consolidação/reforço de estruturas locais e/ou estaduais que operem além dos períodos de maior intensidade de ações do Plano Diretor, pressupõe a provisão de pessoal em caráter permanente.

Os empecilhos existentes hoje para a contratação em caráter permanente relacionam-se aos aspectos de limitações quanto a reposição de perdas em virtude de aposentadorias, falecimentos, exonerações e outras e criação de novos cargos, frente à política de "enxugamento da máquina administrativa".

A superação destes entraves tem um componente político bastante forte e irá requerer esforços e articulações no plano político para que as necessidades setoriais e das ações derivadas do Plano Diretor, em particular, sejam tratadas em suas especificidades e não apenas como um componente comum do aparelho estatal. É necessário resgatar o conceito de saúde como função do Estado, indelegável.

Neste sentido, uma vez construído um entendimento político e revistos os instrumentos legais, deverá ser implementado o processo de reposição e incremento de pessoal pela via do concurso público, buscando a fixação dos trabalhadores, referida anteriormente, e também a consolidação das estruturas.

Esta linha de atuação deve ser priorizada nos três níveis de governo, respaldada pelas definições e necessidades apontadas pelas áreas técnicas responsáveis pela consecução dos objetivos do Plano Diretor.

Além da justificativa do próprio Plano Diretor, e como mais um elemento para a discussão política, os quantitativos identificados como de incremento ao pessoal existente serão incorporados na perspectiva de atender às necessidades do controle de endemias, priorizando Febre Amarela e Dengue, com remanejamento posterior para outros programas.

Contratação em caráter temporário.

Esta prática, como forma de enfrentar situações emergenciais, tem sido utilizada e mostrado sua insuficiência em alguns casos por não estar relacionada a uma política de reforço estrutural, como comentado no item anterior.

No entanto, para enfrentar um problema da magnitude da Erradicação do *Aedes aegypti*, se configura como instrumento necessário para algumas fases do Programa.

Os empecilhos existentes hoje são:

- a erradicação de vetores não está prevista como uma das necessidades temporárias de excepcional interesse público nas quais a lei permite a contratação por tempo determinado;

- há necessidade de autorização do Ministro da área envolvida para o nível federal proceder a essas contratações e do Poder Legislativo nos níveis estadual e municipal;

- a limitação do prazo de contratação, sem possibilidade de renovação dos referidos contratos. A Lei nº 8745/93 autoriza contratação pelo período máximo de seis meses, improrrogável. As leis estaduais e municipais que regulamentam a matéria em geral seguem a mesma orientação.

Para superar os obstáculos, é necessário:

- articulação política nos três níveis para viabilizar legalmente as contratações temporárias;

- alteração da Lei nº 8745/93, e das correspondentes nos demais níveis, no sentido de compatibilizar o rol das "necessidades temporárias de excepcional interesse público" (art. 2º) e os prazos de contratação (art. 1º) aos requisitos técnicos indispensáveis para a operacionalização dos trabalhos de erradicação, principalmente na fase de ataque contida no Plano Diretor. Como sugestão para essas alterações sugere-se o texto contido no Anexo III.

Por fim faz-se necessário adaptar os "prazos máximos" dos contratos às necessidades das operações.

- solução da questão de diferenças salariais - que deverá ser buscada, também, a partir da cessão dos servidores federais para os níveis estadual e municipal.

- Outras alternativas para suprimento de pessoal temporário:

- mobilização do efetivo das Forças Armadas - esta alternativa deverá ser combinada com as alternativas de contratação em caráter permanente e com outras formas de contratação temporária, devendo ser utilizados os critérios entomológicos e epidemiológicos, bem como consideradas as fases do Programa que indiquem a necessidade de utilização de maiores contingentes de pessoal de operação de campo.

- criação de consórcios de municípios - propõe-se que seja considerada a alternativa de expansão das experiências de consórcios municipais para prestação de serviços assistenciais para outras formas de organização do trabalho para o objetivo de erradicação do *Aedes aegypti*.

Outras modalidades de suprimento de pessoal temporário poderão ser acrescentadas, tendo-se o cuidado de analisar criteriosamente questões relativas a pertinência das formas de inserção frente as estratégias adotadas pelo Plano Diretor, bem como aspectos legais e institucionais e suas implicações.

Em síntese, para a questão da contratação de pessoal deverá ser feita uma composição de formas, priorizando-se a contratação em caráter permanente como forma de viabilizar estruturas para dar suporte a todas as fases do Plano e para a consolidação das demais atividades de controle de endemias.

No plano estratégico, como já foi indicado, há necessidade de articulação e deliberação política no sentido de assegurar a viabilização do entendimento de que a saúde é função indelegável do Estado e que deverá ser considerada em sua especificidade na Reforma do Estado.

Uma linha estratégica já adotada consiste no envolvimento dos gestores do Sistema Único de Saúde, nos três níveis, em relação à discussão e implementação de medidas similares, a partir da " Política de Recursos Humanos: Agenda de Prioridades para Ação dos Gestores do SUS", adotada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, quando da instalação da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS (documento anexo 2).

O cronograma de discussão da referida Agenda prevê para Julho/96, um fórum de deliberação dos gestores, após discussões estaduais e regionais. As questões que estão no âmbito específico deste Plano Diretor deverão compor a pauta do fórum e ter, nessa ocasião, encaminhamentos adequados, uma vez que o Fórum significará o ponto culminante de um processo de amplo debate e reunirá atores com peso político e poder de decisão capazes de dar solução aos problemas apontados.

2. CAPACITAÇÃO DE PESSOAL

No Setor Saúde, assim como nos demais ramos de atividades, o quantitativo suficiente de recursos humanos devidamente capacitado é fator indispensável para garantia da adequada prestação de serviços.

Nesse contexto, superada a fase de fixação de pessoal nas unidades de serviço, inicia-se o processo de capacitação desse contingente, visando a formação, atualização e aperfeiçoamento de acordo com as necessidades anteriormente definidas pelos grupos técnicos (saneamento, operações de campo, laboratório, vigilância epidemiológica, portos, aeroportos, fronteiras e entomologia) que participaram da elaboração do Plano Diretor.

Para verificar a eficácia do processo de capacitação, as supervisões, avaliações e acompanhamentos das ações desenvolvidas para a erradicação do *Aedes aegypti*, realizadas pelos técnicos locais e repassadas às comissões superiores multidisciplinares a quem compete analisar de forma globalizada a situação, devem integrar, de forma permanente, as etapas do Plano Diretor, a partir da Fase de Ataque.

A avaliação quantitativa e qualitativa do que foi realizada em relação às metas de produção estabelecidas para cada localidade de acordo com sua situação epidemiológica e entomológica, constitui um norte, uma vez que verificará o grau de resolutividade das ações desenvolvidas e identificará os nós críticos, possibilitando, na última hipótese, o redirecionamento das ações no sentido de uma reciclagem técnica do pessoal responsável pela erradicação do vetor naquela área.

Outro aspecto a ser observado é a absoluta conveniência de se desenvolver entre os três níveis de governo, um processo de cooperação técnico-científica para produção de estudos e pesquisas referentes à erradicação do *Aedes aegypti*.

No mesmo sentido, será de suma importância a troca de experiências e o aproveitamento daquelas que resultaram em êxito.

DETALHAMENTO

1- Nível Superior

A capacitação do pessoal de nível superior nas três esferas do governo será direcionada para atualização e aperfeiçoamento visando o exercício das funções de normalização, coordenação, treinamento, pesquisa, supervisão, planejamento e gerência do projeto.

Para consecução desse objetivo deverão ser identificados centros de referência afinados com a proposta do Plano Diretor, que tenham experiência, disponibilidade e interesse em oferecer treinamento e capacitação compatíveis com as necessidades decorrentes de seu implemento.

Conseqüentemente serão firmados convênios e/ou contratos com instituições de ensino, serviços e pesquisa para execução de atividades de capacitação.

Neste processo de capacitação, especial destaque merece ser dado a área de entomologia, considerando que este ramo de conhecimento é de fundamental importância para o Plano Diretor. Objetivando viabilizar a formação de entomólogos especializados em *Aedes aegypti*, a Fundação Nacional de Saúde celebrou convênio com a Fundação Oswaldo

Cruz, que já detém estrutura e experiência necessárias para a formação técnica destes profissionais.

2- Níveis Médio e Auxiliar

O processo de capacitação do pessoal de níveis médio e auxiliar alocados para o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* dar-se-á em duas fases distintas:

A primeira fase contempla os servidores do quadro de pessoal da Fundação Nacional de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, já agregados ao Programa de combate ao Dengue e Febre Amarela.

Dentro desse contingente serão relacionados servidores que tenham o perfil adequado ao papel de multiplicadores de informações, os quais receberão capacitação pedagógica e reciclagem técnica (atualização e aperfeiçoamento).

A Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS elaborará um projeto específico para a capacitação pedagógica desse pessoal. A reciclagem ficará a cargo de técnicos das três esferas de governo, previamente escolhidos.

Concluído o treinamento, inicia-se a 2ª fase. Esses servidores terão a responsabilidade de reciclar o restante do contingente atualmente envolvido no combate a Dengue e Febre Amarela e capacitar os novos contratados.

Deverão ocorrer capacitações simultâneas, com vistas a cobrir os dois contingentes (pessoal do quadro/contratados) ainda na fase preparatória do Plano.

Os entraves encontrados para profissionalização do pessoal de nível médio e auxiliar que embora agregados ao setor saúde, não detém a necessária qualificação técnico-educacional para o desempenho de suas atribuições, nas estruturas locais, poderão ser superados com a manutenção de cursos regulares para Escolas Técnicas, além de outras soluções que deverão ser buscadas.

Nesse sentido, compete ao nível federal, e em particular a Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS/MS desenvolver articulações com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação de forma a garantir a profissionalização desses trabalhadores, até porque a medida fortalecerá o Sistema Único de Saúde.

2.1 - As estratégias propostas para execução do processo de capacitação do Plano Diretor são as seguintes:

FASE PREPARATÓRIA

- . Diagnóstico de necessidades de treinamento.
- . Elaboração e aprovação do plano de treinamento.
- . Celebração de convênios/contratos com instituições nacionais e estrangeiras.
- . Obtenção de apoio de organizações internacionais.
- . Mobilização de apoio financeiro, técnico e pedagógico as Coordenações Regionais e locais.
- . Desenvolvimento e implantação de sistemas de treinamento em larga escala.

Elaboração, produção e distribuição de manuais e materiais instrucionais.

FASE DE ATAQUE

- . Avaliação de impacto da atividade de treinamento.
- . Reprogramação da atividade.
- . Manutenção da atividade.
- . Manutenção de supervisão a todos os níveis.

FASES DE CONSOLIDAÇÃO/MANUTENÇÃO

- . Manutenção de atividades de treinamento.
- . Manutenção das atividades de supervisão a todos os níveis.

3. SAÚDE DO TRABALHADOR

Segundo a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (Relatório Final PNUD/MS - 1994), o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador pelo Sistema Único de Saúde vem mudando de enfoque, rompendo com a visão tradicional da "segurança e medicina do trabalho", até então desenvolvida pelo estado brasileiro e iniciativa privada, passando a ser entendida como direito a saúde, garantia de condições de vida e de trabalho dignas e fim às doenças e mortes que se abatem à população trabalhadora, decorrentes de atividades profissionais.

Como ação prioritária a vigilância dos ambientes e processos de trabalho deve compreender a sistematização da informação (coleta, fluxo, análise e definição de prioridades) e a ação, visando o controle das situações de risco identificadas, para a melhoria das condições de trabalho e defesa da vida.

Nessa linha de atuação, as ações educativas em saúde do trabalhador merecem destaque. Entre outras sugere-se:

- . realizar atividades de sensibilização a respeito dos conceitos básicos em saúde do trabalhador, processo de trabalho e processo saúde-doença;
- . estabelecer programas específicos de formação e capacitação de recursos humanos que contemple todos os níveis de atuação ou de prestação de serviços;
- . desenvolver cursos e treinamentos em saúde do trabalhador que facilitem a criação de grupos de referência para as ações;
- . assegurar recursos financeiros que viabilizem estas ações.

Constituem-se objetivos básicos das ações em saúde do trabalhador, envolvendo os três níveis de governo, em quaisquer situações de trabalho:

- . a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação;
- . a vigilância epidemiológica dos agravos à saúde do trabalhador;
- . a vigilância aos ambientes e processos de trabalho;
- . a educação para a saúde.

Importante instrumento para a consecução das novas metas propostas pela Vigilância Sanitária, será o SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO, em vias de ser implementado por aquela Secretaria, em articulação com o CENEPI/FNS (Anexo IV).

**ANEXO II
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**RH
SUS**

**Política de Recursos Humanos de Saúde:
Agenda de Prioridades para a Ação dos
Gestores do SUS**

**Editoração Eletrônica:
Neri Soares**

**Secretaria Executiva
Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos
Humanos para o SUS**

Este documento é um instrumento de trabalho, que visa apoiar o encaminhamento da agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS, no que se refere à política de recursos humanos para o SUS. A Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS, em articulação com o CONASEMS e com a CGDRH/SUS-MS, funcionará como instância de aprofundamento e detalhamento de formulações a serem apresentadas para deliberação e encaminhamento político e administrativo por parte daqueles gestores.

Sua apresentação foi realizada durante a reunião de instalação da referida Câmara Técnica. O objetivo da CGDRH/SUS-MS com a presente divulgação é contribuir para a aplicação do debate entre os gestores de recursos humanos das três instâncias de governo do SUS, conforme deliberação aprovada na 6ª Assembleia ordinária do CONASS/95, realizada no Rio de Janeiro, em 21 de novembro de 1995.

1. Pressupostos e Condições Básicas:

- ↗ Adesão e compromisso com os princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade, Descentralização, Integralidade, e Participação da Comunidade (artigos 196 e 198 da Constituição).
- ↗ Fixação dos profissionais necessários nas unidades prestadoras em todos os níveis de complexidade (*"na ponta do sistema"*).
- ↗ Adesão dos profissionais ao modelo de oferta de serviços de acordo com as necessidades reveladas pelo perfil epidemiológico e sócio-cultural, incorporando o pronto-atendimento.
- ↗ Estímulos e valorizações ao conjunto da equipe, promovendo a solidariedade inter-individual em função do cumprimento dos objetivos e metas (quantitativas e qualitativas).
- ↗ Engendramento de novo pacto entre os gestores e os servidores públicos, com base no compromisso permanente de prestar serviços do interesse do público e de prestar contas da sua qualidade e resultados.
- ↗ Desenvolvimento de relação com os clientes e com a população, sob o primado dos direitos de cidadania e ética social, cultivando o acolhimento, o vínculo e o compromisso com a maior resolutividade possível.

- ↗ Construção para e pelo gestor público, de uma governabilidade dirigida efetivamente para a construção do SUS, privilegiando a demanda externa e modernizando e agilizando as atividades meio (demandas internas).

2. Áreas de Interesse para Definição da Agenda:

2.1 As modalidades de contratação do trabalho no SUS

- ↗ Mapeamento das diferentes formas de contratação do trabalho no SUS, tanto no sub-setor público (gestores do SUS nas três esferas do Governo) como no sub-setor privado (prestadores contratados ou conveniados).
- ↗ Sua participação relativa na composição da oferta de ocupações e de oportunidades de emprego pelas organizações de saúde, nos dois sub-setores.
- ↗ Implicações dessa diversidade de modalidades de contratação, em termos das possibilidades e mecanismos de regulação do mercado de trabalho, particularmente quanto ao potencial de participação dos gestores públicos nessa regulação.

- ↗ Consequências e implicações da obrigatoriedade do concurso público para ocupação de cargos (postos de trabalho) no serviço público, especialmente com respeito a dois aspectos: impossibilidade de ascensão funcional, o que contraria a tradição da progressão vertical recomendável no caso de diversos segmentos da equipe de saúde; dificuldades técnico-operacionais para a realização desse processo seletivo, retardando ou mesmo impedindo o preenchimento de necessidades de pessoal nos estabelecimentos públicos, de modo mais acentuado no caso de município de pequeno porte.
 - ↗ Possibilidade e consequências da contratação por mais de um empregador (mais de um vínculo, ou acumulação de cargos), inclusive entre os sub-setores público e privado (dupla militância).
 - ↗ Parâmetros e procedimentos para a avaliação de necessidades de recursos humanos (tipos ocupacionais e profissionais, quantidade, localização) que orientem os processos de recrutamento e seleção.
 - ↗ Regulamentação do contrato de trabalho na terceirização de serviços.
- 2.2. Os enfoques no tratamento de conflitos nas relações de trabalho nos serviços de saúde:**
- ↗ Características das diferentes concepções de regulamentação das relações de trabalho no serviço público: burocratismo e confronto; clientelismo e favoritismo administrativo; co-gestão; e gestão participativa.

- ↗ Implicações desses diferentes enfoques, em vista do compromisso social dos serviços de saúde.
- ↗ Requerimentos políticos, jurídicos e gerenciais para o desenvolvimento de sistemas de gestão participativa nas organizações públicas de saúde.
- ↗ Regulamentação e processamento da greve nos serviços de saúde.

2.3. Sistemas de remuneração do trabalho em saúde:

- ↗ Critérios de remuneração dos diversos grupos profissionais e ocupacionais que integram os serviços de saúde.
- ↗ Implementação de sistemas de incentivos financeiros e de outros tipos, destinados a valorização de desempenho e produtividade, atuação solidária na equipe funcional, dedicação e fixação em situações de desgaste pessoal ou profissional.
- ↗ Composição da remuneração entre diferentes fontes no caso de consórcios municipais ou mesmo institucionais.
- ↗ Alternativas e consequências da complementação salarial de pessoal cedido ou de tentativas de equiparação salarial na heteronomia contratual (evidenciada quando se lota pessoal de diferentes vínculos na mesma unidade de serviço).

☞ Enfrentamento das estratégias de domínio ou de reserva de mercado, que resultam em controle da demanda ou imposição dos níveis de remuneração, por grupos ocupacionais, profissionais ou de especialidades.

2.4. Educação em serviço dos trabalhadores de saúde:

☞ Superação do ciclo vicioso - baixo investimento X baixo retorno - que alimenta a precária qualificação técnica dos servidores públicos.

☞ Adoção extensiva de metodologias de ensino-aprendizagem adequadas e consentâneas com a natureza do trabalho e com as características dos trabalhadores de saúde - pedagogia da problematização.

☞ Articulação efetiva, através de convênios de longo prazo e de ampla partilha de responsabilidades, entre as instituições do SUS e do sistema educacional.

2.5. A função de formação profissionais no SUS:

☞ Dimensões e implicações da responsabilidade dos gestores do SUS com a profissionalização dos trabalhadores de nível médio.

☞ Revisão dos objetivos, das estratégias e do funcionamento dos programas de especialização, treinamento e educação continuada, realizados ou patrocinados pelas entidades do SUS.

2.6. Participação no processo de regulação das profissões, das relações de trabalho e da formação de recursos humanos de saúde:

☞ Ação pro-ativa junto às instâncias parlamentares das três esferas federativas, na formulação, tramitação e aprovação de projetos de lei.

☞ Interação sistemática com as instâncias do poder executivo encarregadas da regulação normativa das relações de trabalho no serviço público.

☞ Equacionamento de regras e procedimentos que visem facilitar a gestão da vida funcional e das relações de trabalho nos estabelecimentos públicos de saúde, com respeito ao pessoal cedido entre as instituições do SUS, nas três esferas de governo.

☞ Interação permanente com as entidades profissionais, tanto aquelas encarregadas do controle do exercício profissional, como as que atuam no campo dos interesses culturais e sindicais (fóruns de entendimento, mesas de negociação).

☞ Articulação com entidades de prestadores de serviços de saúde, objetivando esclarecer acordos destinados à valorização dos trabalhadores desses serviços.

☞ Contribuição efetiva para a revisão dos paradigmas educacionais de formação profissional, definindo, de modo sistemático e duradouro, sinais de mercado que orientem tendências de formação, sinais de mercado que orientem tendências de formação, no âmbito do sistema escolar, coerentes com as necessidades de perfis profissionais requeridos pelo SUS.

**ANEXO III
MINUTA**

PROJETO DE LEI Nº DE 1996

Altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, *“que dispõe sobre a contratação por tempo determinado sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências”*.

Art. 1º - O inciso II do art. 2º passa a ter a seguinte redação:

“II - combate a surtos, epidemias e hiperendemias”.

Art. 2º - Acrescente-se ao art. 2º o seguinte inciso VII:

“VII - atividades especiais, a cargo do Sistema Único de Saúde, de eliminação ou erradicação de agentes de doenças ou seus vetores”.

Art. 3º - Os incisos I a III do art. 4º passam a ter a seguinte redação, eliminado-se o inciso IV:

I - seis meses, no caso do inciso I do art. 2º;

II - doze meses, no caso dos incisos II e III do art. 2º;

III - até quatro anos, no caso dos incisos IV, V, VI e VII do art. 2º”.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

A atual legislação regulamentadora da contratação por tempo determinado - lei 8.745/93 - está criando empecilhos à atuação do sistema único de Saúde - SUS.

Alguns dispositivos desse regulamento precisam ser compatibilizados com os requisitos técnicos indispensáveis para, por exemplo, a atuação eficaz dos organismos gestores e serviços do SUS frente a patógenos emergentes e surtos e - como agora - a operacionalização do Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*.

Em primeiro lugar há que corrigir um erro terminológico, daí a proposição de nova redação para o inciso II do art. 2º da Lei.

Em segundo lugar é preciso ampliar o elenco de situações nas quais há "necessidades temporárias de excepcional interesse público" para incluir as ações especiais, a cargo do SUS, de eliminação e erradicação de agentes e vetores, em cujas fases de ataque há necessidade do uso intensivo de mão-de-obra, em especial para as ações de campo (vacinação, saneamento, combate a focos de mosquitos etc.).

ANEXO IV

SUS-MS-FNS-CENEPI	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIMENTO	INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO
-------------------	---	--------------------------------------

DADOS GERAIS	
1. NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO	2. DATA DA NOTIFICAÇÃO
3. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO	
4. CÓDIGO MUNICÍPIO	5. NOME MUNICÍPIO
6. CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE	7. NOME DA UNIDADE

DADOS DO CASO	
8. NOME DO PACIENTE	
9. DATA DE NASCIMENTO	10. IDADE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H - HORAS D - DIAS M - MESES A - ANOS
11. SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASCULINO 9. IGNORADO 2. FEMININO	
12. GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1. ANALFABETO 2. 1º GRAU 3. 2º GRAU 4. SUPERIOR 5. NÃO SE APLICA 6. IGNORADO	13. DATA PRIMEIROS SINTOMAS
14. CÓDIGO DE ETNIA	15. SE INDIO. ETNIA
16. CÓDIGO MUNICÍPIO	17. NOME MUNICÍPIO
18. CÓDIGO DISTRITO	19. DISTRITO
20. ZONA <input type="checkbox"/> 1. URBANA 2. RURAL	21. UF
22. CÓDIGO BAIRRO	23. BAIRRO OU LOCALIDADE
24. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº APT*)	
25. PONTO DE REFERÊNCIA	26. TELEFONE

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO	
27. LOCAL DE TRABALHO	
28. GESTANTE <input type="checkbox"/> 1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SE APLICA 9. IGNORADO	29. RELAÇÃO DE TRABALHO <input type="checkbox"/> 1. PROPRIETÁRIO 2. ASSALARIADO 3. MEEIRO/ARREANDATÁRIO 4. VOLANTE 5. OUTROS
30. OCUPAÇÃO	
31. FUNÇÃO <input type="checkbox"/> 1. ADMINISTRATIVA 2. TEC.AGRICOLA/AGRÔNOMO 3. APLICADOR/PREPARADOR DE CALDA 4. OUTROS	

LOCAL DE OCORRÊNCIA DA EXPOSIÇÃO	
32. CÓDIGO MUNICÍPIO	33. NOME MUNICÍPIO
34. CÓDIGO MUNICÍPIO	35. DISTRITO
36. ZONA <input type="checkbox"/> 1. URBANA 2. RURAL	37. UF
38. CÓDIGO BAIRRO	39. BAIRRO OU LOCALIDADE
40. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº. APT*)	
41. PONTO DE REFERENCIA	42. TELEFONE

REGIME DE TRATAMENTO	
43. <input type="checkbox"/> 1. HOSPITAL 2. AMBULATORIAL 3. DOMICILIAR 4. NENHUM 9. IGNORADO	44. DATA INICIO TRATAMENTO
45. US DE ATENDIMENTO	46. MUNICÍPIO

QUADRO CLÍNICO	
47. APARELHO CARDIO-VASCULAR <input type="checkbox"/> 1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> ARRITMIA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL	

48. SISTEMA NERVOSO CENTRAL/PERIFÉRICO 1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO	
<input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO/IRRITABILIDADE <input type="checkbox"/> TREMORES <input type="checkbox"/> FORMIGAMENTO	
<input type="checkbox"/> VERTIGENS/TONTURA <input type="checkbox"/> VISÃO TURVA <input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR <input type="checkbox"/> INCOORDENAÇÃO MOTORA	
<input type="checkbox"/> CÁIMBRAS <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> COMA	
49. APARELHO DIGESTIVO	
1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/> COLOCAS <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> EPIGASTRALGIA	
50. APARELHO RESPIRATÓRIO	
1. SIM 2. NÃO 9. IGNORADO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> IRRITAÇÃO NASAL <input type="checkbox"/> SECREÇÃO BRÔNQUICA	

FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO		INTOXICAÇÃO POR AGROTOX	
61. PELE E MUCOSAS 1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO		<input type="checkbox"/> IRRITAÇÃO OCULAR	<input type="checkbox"/> DC IRRITATIVA
62. APARELHO URINÁRIO 1. SIM 2. NÃO 3. IGNORADO		<input type="checkbox"/> DIMINUIÇÃO DO FLUXO/OLIGURIA	<input type="checkbox"/> URINA ESCURA/HEMATÚRIA
63. VIA DE INTOXICAÇÃO		<input type="checkbox"/> 1. CUTÂNEA	<input type="checkbox"/> 2. DIGESTIVA
64. TEMPO OCORRIDO ENTRE CONTATO COM OS AGROTOXICOS E OS SINTOMAS		<input type="checkbox"/> H - HORAS	<input type="checkbox"/> D - DIAS
		<input type="checkbox"/> M - MESES	<input type="checkbox"/> 3. RESPIRATORIA
		<input type="checkbox"/> 4. OUTRA	65. M DE INTOXICAÇÕES ANTERIORES
		<input type="checkbox"/> C/INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> S/INTERNAÇÃO

DADOS LABORATÓRIAS	
66. <input type="checkbox"/> EDISON/LOVIBONO	DATA _____
67. <input type="checkbox"/> ELMAN/ACT-PLASMÁTICA	DATA _____
68. <input type="checkbox"/> ELMAN/ACT-ERITROCITÁRIA	DATA _____

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INTOXICAÇÃO ATUAL			
69. <input type="checkbox"/> 1. ACIDENTE DE TRABALHO		3. TENTATIVA DE SUICÍDIO	
2. AMBIENTAL		4. ACIDENTAL	
60. PRODUTO AGROTOXICO NOME COMERCIAL _____		5. ALIMENTOS CONTAMINADOS	
PRINCÍPIO ATIVO OU CLASSE TOXICOLÓGICA		6. CRIMINOSA	
1. _____		61. CULTURA/LAVOURA	
2. _____		1. _____	
3. _____		2. _____	
62. ATIVIDADE NO CASO DA INTOXICAÇÃO ATUAL		3. ARMAZENAMENTO	
<input type="checkbox"/> 1. DILUIÇÃO		4. COLHEITA	
2. TRATAMENTO DE SEMENTE		5. PULVERIZAÇÃO	
3. SEM CONTATO		6. TRANSPORTE	
8. IGNORADO		7. OUTROS	
63. TIPO DE CONTATO		64. TEMPO DE EXPOSIÇÃO	
<input type="checkbox"/> 1. DIRETO		H - HORAS	
2. INDIRETO		M - MESES	
		D - DIAS	
		A - ANOS	

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS EM CASO DE CONTATO COTIDIANO COM PRODUTOS AGRÍCOLA			
65. COMPRA DO PRODUTO		66. ORIENTAÇÃO DE USO	
1. REPRESENTANTE		1. SEM ORIENTAÇÃO	
2. COMÉRCIO LOCAL		2. PROFISSIONAL	
3. OUTROS MUNICÍPIOS		3. VENDEDOR	
4. COOPERATIVA		5. OUTROS	
5. FUMACEIRA		67. UTILIZA RECEITUÁRIO AGRONÔMICO	
		1. SIM	
		2. NÃO	
		3. IGNORADO	
68. UTILIZA EQUIPAMENTOS PROTEÇÃO INDIVIDUAL		68. ORIENTAÇÃO DE USO	
<input type="checkbox"/> 1. SIM		1. SEM ORIENTAÇÃO	
2. NÃO		2. PROFISSIONAL	
3. IGNORADO		3. VENDEDOR	
69. UTILIZA EQUIPAMENTOS PROTEÇÃO INDIVIDUAL		4. OUTROS	
<input type="checkbox"/> 1. SIM		70. DESTINO DAS EMBALAGENS VAZIAS	
2. NÃO		1. VENDIDA	
3. IGNORADO		2. DEIXADA NO CAMPO	
		3. REAPROVEITADA	
		4. DEPOSITO DE LIXO COMUM	
		5. DEPOSITO DE LIXO TÓXICO	
		6. QUEIMADA/ENTERRADA	
		7. DEVOLVIDA AO COMERCIANTE	
		8. OUTROS	
71. LAVAGEM DOS EQUIPAMENTOS DE APLICAÇÃO		9. OUTROS	
<input type="checkbox"/> 1. LOCAL PRÓPRIO		2. RIO/LAGO	
		3. NO CAMPO	
		4. NÃO LAVA	
		5. SINDICATO	
		6. NÃO EMITIDA	
		7. NÃO SE APLICA	
		8. IGNORADO	

CONCLUSÃO DO CASO		
72. DIAGNÓSTICO	73. CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO	74. EVOLUÇÃO DO CASO
<input type="checkbox"/> 1. CONFIRMADO	<input type="checkbox"/> 1. CLÍNICO-LABORATORIAL	<input type="checkbox"/> 1. CURA
2. DESCARTADO	2. CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	2. CURA COM SEQUELA
3. PENDENTE		3. ÓBITO
		4. EM ANDAMENTO
75. COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT		
<input type="checkbox"/> 1. EMPRESA/EMPREGADOR	3. EQUIPE DE VIGILÂNCIA	5. SINDICATO
2. SERVIÇO DE SAÚDE	4. TRABALHADOR/FAMILIARES	6. NÃO EMITIDA
		7. NÃO SE APLICA
		8. IGNORADO

INVESTIGAÇÃO			
76. NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE		77. CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE	
78. NOME	79. FUNÇÃO	80. DATA	81. ASSINATURA
		____/____/____	

INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO

Instruções para preenchimento da ficha

01. **NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO** - Transcrever da ficha individual de notificação.
02. Anotar a **DATA** em que está sendo notificado o caso. Ex.: 03/01/93.
03. Anotar a **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**, se o item anterior for ignorado. Ex.: 01.
05. Anotar o **NOME** (completo) **DO MUNICÍPIO** onde o paciente está sendo notificado. Ex.: Cabo.
07. Anotar o **NOME** (completo) **DA UNIDADE DE SAÚDE** notificante. Ex.: Hospital Brasil.
08. Anotar o **NOME** (completo) **DO PACIENTE** que está sendo notificado. Ex.: José Pereira da Silva Xavier.
09. Anotar a **DATA DE NASCIMENTO** do paciente, registrando o ano de forma completa. Ex.: 11/09/1949.
10. Anotar a **IDADE DO PACIENTE** somente se a data de nascimento for desconhecida e não foi preenchida. Ex.: 20 dias, 20 D. 3 meses = 3 M, 26 anos = 26 A. Idade ignorada preencher com 99 I.
11. Anotar o **CÓDIGO DO SEXO** do paciente. Ex.: 1 (masculino).
12. Anotar o **GRAU DE INSTRUÇÃO** mais avançado, mesmo que incompleto. Ex.: paciente com 1º grau incompleto registrar 1º grau. Usar a opção (5) não se aplica para os pacientes com idade inferior a 7 (sete) anos.
13. Anotar a **DATA EM QUE OS PRIMEIROS SINTOMAS** se manifestaram no paciente. Ex.: 10/12/92.
15. Informe a **FTNIA**, se o paciente for **ÍNDIO** (Todos indivíduo que se considera índio e é reconhecido como tal pela comunidade indígena a qual pertence).
17. Anotar o **NOME** (completo) **DO MUNICÍPIO** onde habitualmente reside o paciente. Ex.: Cabo.
19. Anotar o **NOME** (completo) **DO DISTRITO** onde reside o paciente. Ex.: Engenho São Lucas.
20. Anotar o **CÓDIGO DA ZONA** onde reside o paciente. Ex.: 2 (Rural).
21. Anotar a **SIGLA DA UNIDADE FEDERADA** onde habitualmente reside o paciente. Ex.: PE (Pernambuco).
23. Anotar o **NOME** (completo) **DO BAIRRO OU LOCALIDADE** da residência habitual do paciente. Ex.: Vila dos Canavieiros.
24. Informe o **ENDEREÇO** (completo) de residência do paciente. Ex.: Rua principal quadra 6 casa 2. Se o paciente for indígena, colocar o nome da aldeia.
25. Anotar um **PONTO DE REFERÊNCIA** para localizar a residência do paciente. Ex.: Em frente ao Armazém do João.
26. Anotar o **TELEFONE** de contato do paciente. Ex.: (081) 326-2417.
27. Informe o nome completo do **LOCAL DE TRABALHO** do paciente (empresa, sítio, fazenda, etc.).
28. Informe se o paciente é **GESTANTE**, usando o código correspondente. Ex.: 2 (Não).
29. Informe a **RELAÇÃO DE TRABALHO** do paciente, usando o código correspondente. Ex.: 4 (Volante).
30. Informe a **OCUPAÇÃO** (atividade) do paciente.
31. Informe a **FUNÇÃO** do paciente, usando o código correspondente. Ex.: 1 (Administrativo).
33. Informe o **NOME** (completo) **DO MUNICÍPIO** onde ocorreu a exposição ao agrotóxico.
35. Informe o **NOME** (completo) **DO DISTRITO** onde ocorreu a exposição ao agrotóxico.
36. Informe se o referido distrito pertence a **ZONA URBANA RURAL**, usando o código correspondente. Ex.: 2 (Rural).
37. Informe a sigla da **UNIDADE FEDERADA** à qual pertence o município onde se deu a exposição ao agrotóxico.
39. Informe o nome completo do **BAIRRO OU LOCALIDADE** (sítio, fazenda, etc.) onde ocorreu a exposição ao agrotóxico.

40. Informe o **ENDEREÇO** (completo) do local onde ocorreu a exposição ao agrotóxico.
41. Informe um **PONTO DE REFERÊNCIA** que facilite a localização do endereço do local de ocorrência da exposição. Ex.: Próximo a entrada para o sítio Bom Conselho.
42. Informe o **TELEFONE** para contato do local de ocorrência da exposição.
43. Informe o **REGIME DE TRATAMENTO** ao qual o paciente foi submetido, usando o código correspondente. Ex.: 2 (Ambiental).
44. Informe a **DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO**. Ex.: 03/08/95.
45. Informe a **UNIDADE DE SAÚDE** onde o paciente foi atendido. Ex.: Hospital São João.
46. Informe o nome completo do **MUNICÍPIO** onde o paciente foi atendido.
47. Informe a ocorrência de sinais e sintomas envolvendo o **APARELHO CARDIO-VASCULAR**, preenchendo o campo que o antecede com o código correspondente. Ex.: Se foi constatado hipertensão arterial preencha o campo relativo a este sintoma com o código "1".
48. Informe a ocorrência de sinais e sintomas envolvendo o **SISTEMA NERVOSO CENTRAL PERIFÉRICO**, preenchendo o campo que o antecede com o código correspondente. Ex.: Se não foi constatado convulsões, preencha o campo relativo a este sintoma com o código "2".
49. Informe a ocorrência de sinais e sintomas envolvendo o **APARELHO DIGESTIVO**, preenchendo o campo que o antecede com o código correspondente.
50. Informe a ocorrência de sinais e sintomas envolvendo o **APARELHO RESPIRATÓRIO**, preenchendo o campo que o antecede com o código correspondente.
51. Informe a ocorrência de sinais e sintomas envolvendo **PELE E MUCOSAS**, preenchendo o campo que o antecede com o código correspondente.
52. Informe a ocorrência de sinais e sintomas envolvendo o **APARELHO URINÁRIO**, preenchendo o campo que o antecede com o código correspondente.
53. Informe a **VIA DE INTOXICAÇÃO**, preenchendo o campo que a antecede com o código correspondente.
54. Informe o **TEMPO DECORRIDO ENTRE O CONTATO COM OS AGROTÓXICOS E O INÍCIO DOS SINTOMAS**, discriminando o número de horas, dias ou meses decorrido. Ex.: 25 H (isto é, 25 horas decorridas entre o contato e o início dos sintomas).
55. Informe o **NÚMERO DE INTOXICAÇÕES ANTERIORES**, discriminando o número de intoxicações **COM** e **SEM INTERNAÇÃO**.
56. Informe se foi realizado exame usando método **EDISON/LOVIBOND**, preenchendo o campo que o antecede com a opção correspondente e informando a **DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME**. Classificar o exame como **NORMAL** para resultados de atividade de enzima aceulcolinesterase entre 75 a 100%, e como **ALTERADO** para resultados de atividade da enzima aceulcolinesterase abaixo de 75%.
57. Informe se foi realizado exame usando método **ELMAN/CT-PLASMÁTICA**, preenchendo o campo que o antecede com opção correspondente e informando a **DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME**. Classificar o exame como **NORMAL** para resultado igual ou superior a 1.5 U./l; e **LATERADO** para resultado abaixo de 1.5 U./l.
58. Informe se foi realizado exame usando método **ELMAN/CT-ERITROCITÁRIA**, preenchendo o campo que o antecede com a opção correspondente e informando a **DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME**. Classificar o exame como **NORMAL** para resultado igual ou superior a 2.0 U./l; e **ALTERADO** para resultado inferior a 2.0 U./l.
59. Informe as **CIRCUNSTÂNCIAS DA INTOXICAÇÃO**, preenchendo o campo que antecede as opções com o código correspondente.

60. Informe o(s) **PRODUTOS(s) AGROTÓXICOS(s)**, relacionados com a intoxicação, discriminando **NOME COMERCIAL PRINCÍPIO ATIVO** e/ou **CLASSE TOXICOLÓGICA**. Considerar para classe toxicológica a reconhecida oficialmente:

- . Produtos de Classe I - Extremamente Tóxicos
- . Produtos de Classe II - Altamente Tóxicos
- . Produtos de Classe III - Medianamente Tóxicos
- . Produtos de Classe IV - Pouco Tóxicos

Quando somente foi identificada a cor da faixa no rótulo do produto, levar em consideração a regulamentação oficial:

- . **Faixa Vermelha:** Produtos de Classe I
- . **Faixa Amarela:** Produtos de Classe II
- . **Faixa Azul:** Produtos de Classe III
- . **Faixa Verde:** Produtos de Classe IV

61. Informe o(s) tipo(s) de **CULTURA(s)** em que o(s) produto(s) agrotóxico(s) foi(ram) usado(s).
62. Informe a **ATIVIDADE** que estava realizando o paciente, em caso de acidente de trabalho, preenchendo o campo com o código da opção correspondente. Ex.: 1 (diluição).
63. Informe o **TIPO DE CONTATO**, preenchendo o campo com o código da opção correspondente. Ex.: 1 (direto).
64. Informe o **TEMPO DE EXPOSIÇÃO**, discriminando número de horas, meses, dias ou anos de contato direto. Ex.: 02 A (dois anos).
65. Informe onde foi realizada a **COMPRA DO PRODUTO**, preenchendo o campo com o código da opção correspondente. Ex.: 4 (Cooperativa).
66. Informe se houve **ORIENTAÇÃO PARA USO DO PRODUTO** e por parte de quem, preenchendo o campo com o código da opção correspondente. Ex.: 3 (Vendedor).
67. Informe se o paciente conhece e usa o **RECEITUÁRIO AGRONÔMICO**, preenchendo o campo que antecede as opções com o código correspondente.
68. Informe se o paciente conhece ou obedece o **TEMPO DE CARÊNCIA**, estabelecido, preenchendo o campo que antecede as opções com o código correspondente.
69. Informe se o paciente **UTILIZA EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**, preenchendo o campo que antecede as opções com o código correspondente.
70. Informe o **DESTINO DAS EMBALAGENS VAZIAS**, preenchendo o campo com o código da opção correspondente. Ex.: 2 (Deixada no campo).
71. Informe onde e feita a **LAVAGEM DOS EQUIPAMENTOS DE APLICAÇÃO**, preenchendo o campo com o código da opção correspondente. Ex.: 4 (não lava).
72. Informe o **DIAGNÓSTICO** do caso, isto é, se foi confirmado ou descartado, preenchendo o campo com o código da opção correspondente.
73. Informe se o critério utilizado para **CONFIRMAÇÃO** do caso foi o clínico-laboratorial de clínico-epidemiológico, preenchendo o campo com o código da opção correspondente.
74. Informe a **EVOLUÇÃO DO CASO**, preenchendo o campo com o código da opção correspondente.
75. Informe, em caso de **ACIDENTE DE TRABALHO**, se foi feita comunicação do mesmo, preenchendo o campo com o código correspondente.
76. Informe o **NOME DO MUNICÍPIO E DA UNIDADE DE SAÚDE** que procedeu a investigação epidemiológica.
78. Informe o **NOME COMPLETO** do técnico que realizou a investigação.
79. Informe a **FUNÇÃO** do técnico que realizou a investigação.
80. Informe a **DATA** em que foi realizada a investigação.
81. Registrar a **ASSINATURA** do técnico que realizou a investigação.

TABELA DE ETNIA PARA FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO
Arquivo - TABETNIA.DBF

001	AIKANA (AIKANA)	050	ARUAK: YABAANA
002	AIKANA (CORUMBIARA)	051	ARUAK: YAWALAPITI
003	AIKANA (HUARI)	052	ATIKUM
004	AIKANA (KASUPA)	053	AWAKE
005	AIKANA (MUSAKA)	054	AWETI
006	AIKANA (MUNDE)	055	BORORO: BOE
007	AIKANA (TUBARÃO)	056	BORORO: BORORO (ORARI)
008	AIKANA AIKANA	057	BORORO: BORORO (ORIENTAL)
009	AIKANA MASSAKA	058	BORORO: UMUTINA (BARBADOS)
010	AIKANA TUBARÃO	059	BOTOCUDO: KRENAK
011	ARAPASO	060	BOTOCUDO: KRENAK/NAKREHE
012	ARARA DO ARIPUANA	061	GUAIKURU: KADIWEU
013	ARARA SHAWANAWA	062	GUATO
014	ARARA SHAWANAWA	063	HARIB: TIRIYO (TIRIO)
015	ARARA UKARAGMA	064	IRANTXE (IRANXE)
016	ARARA UKARAGMA	065	IRANTXE (MEHKY)
017	ARAWA: BANAVA-YAFI	066	IRANTXE (MUNKU)
018	ARAWA: DENI	067	IRANTXE (MYKY)
019	ARAWA: JARAWARA	068	ISSE
020	ARAWA: KANAMANTI	069	JABUTI
021	ARAWA: KULINA	070	JE: AKWEN: XAKRIABA
022	ARAWA: KULINA MADJA	071	JE: AKWEN: XAVANTE (A WE)
023	ARAWA: KULINA PANO	072	JE: AKWEN: XWRENTE (AKWE)
024	ARAWA: PAUMARI	073	JE: APINAYE (APINAJE)
025	ARAWA: YAMAMADI (JAMAMADI)	074	JE: KAINGANG
026	ARAWA: ZURUAHA	075	JE: KAYAPO
027	ARIKAPU	076	JE: KAYAPO: A UKRE
028	ARIKEN: KARITIANA	077	JE: KAYAPO: GOROTIRE
029	ARUAK: APURINA (IPURINA)	078	JE: KAYAPO: KARARÃO
030	ARUAK: BANIWA	079	JE: KAYAPO: KIKRETUM
031	ARUAK: BANIWA DO ICANA	080	JE: KAYAPO: KIKRIN
032	ARUAK: BARE	081	JE: KAYAPO: KROKRAIMORO
033	ARUAK: KAMPA	082	JE: KAYAPO: KUBENKOKRE
034	ARUAK: MANDAWAKA	083	JE: KAYAPO: KUBENKRANGNOTI
035	ARUAK: MEHINAU	084	JE: KAYAPO: KUBENKRANKEGN
036	ARUAK: PALIKUR	085	JE: KAYAPO: MENKRANGNOTI
037	ARUAK: PARESI	086	JE: KAYAPO: METUKTIRE
038	ARUAK: PARESI (HALITI)	087	JE: KAYAPO: PUKANU
039	ARUAK: PIRO: MANITENERI	088	JE: KAYAPO: TAPAYANA (B.PAU)
040	ARUAK: PIRO: MAXINERI	089	JE: KAYAPO: TAPAYUNA
041	ARUAK: SALUMA	090	JE: KAYAPO: TXUKAHAMAE
042	ARUAK: SALUMA ENAWENE-NAWE	091	JE: KAYAPO: XIKRIN (XINKRI)
043	ARUAK: TAR. YURUPARI-TAPUYA	092	JE: PANARA: KREN-AKARORE
044	ARUAK: TARIANA	093	JE: SUYA
045	ARUAK: TARIANO (TALIASERI)	094	JE:TIM.: CA.: RAMKOKAMEKRA
046	ARUAK: TERENA (TERENO)	095	JE:TIM.: CANELA APANIEKR
047	ARUAK: WAPIXANA	096	JE:TIM.: G.PA (PARAKATEYE)
048	ARUAK: WAREKENA (WEREKENA)	097	JE:TIM.: GAV.MA (PUKOBYE)
049	ARUAK: WAURA	098	JE:TIM.: KRIKATI

TABELA DE ETNIA PARA FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO
Arquivo - TABETNIA.DBF

099	JE: TIM.: KRIKATI (KRINKATI)	148	KARIB: TITIYO
100	JE: TIM.: GAVIÃO (MAE MARIA)	149	KARIB: TXIKÃO
101	JE: TIMBIRA: KRAHO	150	KARIB: WAIMIRI
102	JE: TIMBIRA: KREYE (KRENJE)	151	KARIB: WAIWAI
103	JE: XOKLENG (AWEIKOMA)	152	KARIB: WARIKYANA
104	JENIPAPO (KANINDE)	153	KARIB: WAYANA (URUKUYANA)
105	JERINPANCO	154	KARIPUNA
106	JURUNA: JURUNA (YURUNA)	155	KARIRI
107	JURUNA: XIPAYA	156	KARIRI-XOCO
108	JURUNA: YUDJA	157	KATUENA
109	KABIYARI	158	KATUKINA: KANAMARI
110	KAIMBE	159	KATUKINA: KAT. DO BIA/JUTAI
111	KAIXANA	160	KATUKINA: KATAWIXI
112	KAMBA	161	KATUKINA: PEDA DJAPA
113	KAMBIWA	162	KATUKINA: SHANENAWA
114	KANOE (KAPIKANA)	163	KATUKINA: TXUNHUA-DJAPA
115	KANTARURE	164	KATUKINA: TXUNHUA-DJAPA
116	KAPINAWA	165	KAXICO
117	KARAFAWYANA	166	KIRIRI
118	KARAJA: JAVAE	167	KOAIA (ARARA)
119	KARAJA: KARAJA	168	KOKUIREGATEJE
120	KARAJA: XAMBIOA	169	KRENAKORE
121	KARAPOTO	170	KURIPAKO
122	KARIB: MAYONGONG MAKIRITARE	171	MAKU
123	KARIB: APALAI (APARAI)	172	MAKU: BARA (MAKU-BARA)
124	KARIB: ARARA DO PARÁ	173	MAKU: CACUA
125	KARIB: ATROARI	174	MAKU: DOW
126	KARIB: BAKAIRI (KURA)	175	MAKU: GUARIBA, WARIWATAPUYA
127	KARIB: GALIBI DO OIAPOQUE	176	MAKU: HUPDA
128	KARIB: GALIBI DO UACA	177	MAKU: KAMA
129	KARIB: CALIBI MARWINO	178	MAKU: KAMA
130	KARIB: HIXKARYANA	179	MAKU: NADEB (NADEB)
131	KARIB: INGARIKO	180	MAKU: NUKAR
132	KARIB: INGARIKO (AKAWAIO)	181	MAKU: YAHUPDE
133	KARIB: INGARIKO (KAPONG)	182	MAKU: YHHUPDE
134	KARIB: KALAPALO	183	MAKUNA
135	KARIB: KAXUYANA	184	MATAPI
136	KARIB: KUIKURU	185	MAWAYANA
137	KARIB: MAKUXI	186	MAWE (SATERE)
138	KARIB: MAKUXI (PEMON)	187	MAXAKALI: MAXAKALI
139	KARIB: MATIPU	188	MAXAKALI: PATA XO
140	KARIB: MAYONGONG	189	MAXAKALI: PATA XO HAHAAE
141	KARIB: MAYONGONG (YE KUANA)	190	MIRITI-TAPUIA
142	KARIB: NAHUKWA (NAFUKWA)	191	MONDE: ARUA
143	KARIB: TAULIPANG (PEMONG)	192	MONDE: CINTA LARGA
144	KARIB: TAULIPANG (TAUREPA)	193	MONDE: GAVIÃO (DIGUT)
145	KARIB: TAUREP. (AREKUNA)	194	MONDE: GAVIÃO DE RO
146	KARIB: TAUREP. TAULIPANG	195	MONDE: GAVIÃO (IKORO)
147	KARIB: TAUREPANG (PEMON)	196	MONDE: MEKEM

TABELA DE ETNIA PARA FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO
Arquivo - TABETNIA.DBF

197	MONDE: MONDE (SALAMAI)	246	PANO: YAWANAWA
198	MONDE: MONDE (SALAMAICA)	247	PATAMONA (KAPON)
199	MONDE: SURUI (PAITER)	248	PAUMELENHO
200	MONDE: SURUI (AIKEWARA)	249	PIRATUAPUIA
201	MONDE: ZORO	250	PITAGUARI
202	MUNDURUKU: KURUAYA	251	POTIGUARA
203	MUNDURUKU: MUNDURUKU	252	PURUBORA
204	MURA: MIRANHA (MIRANA)	253	PUYUKA
205	MURA: MURA	254	RAMARAMA: ARARA (KARO)
206	MURA: PIRAHA	255	RAMARAMA: ARARA (URUKU)
207	NAMBIKWARA: ATANTESU	256	RAMARAMA: ITOGAPUK
208	NAMBIKWARA: GALERA	257	RIKBAK TSA (ERIKBAK TSA)
209	NAMBIKWARA: HAHAIN TESU	258	SIKIRIABAR
210	NAMBIKWARA: HOLOTESU	259	TABAJARA
211	NAMBIKWARA: KATITAWLU	260	TAPEBA
212	NAMBIKWARA: LAKONDE	261	TAPUIA
213	NAMBIKWARA: LATUNDE	262	TATUYO
214	NAMBIKWARA: MAMAINDE	263	TG: AK: AS. XINGU (AWAETE)
215	NAMBIKWARA: MAMAINDE	264	TG: AK: AS. XINGU (COATINEMA)
216	NAMBIKWARA: MUNDUKA	265	TG: AKWANA: AKUAWA
217	NAMBIKWARA: N. DO CAMPO	266	TG: AKWAWA: ASURINI DO TO
218	NAMBIKWARA: N DO GUAPORE	267	TG: AKWAWA: PARAKANA
219	NAMBIKWARA: NAGOROTE	268	TG: AKWAWA: SURUI DO TO
220	NAMBIKWARA: NHAMBIQUARA	269	TG: AMANAYE
221	NAMBIKWARA: SABANE	270	TG: ANMBE (TURIWARA)
222	NAMBIKWARA: SARARE (KABIXI)	271	TG: APIAKA
223	NAMBIKWARA: TAWANDE	272	TG: ARAWETE
224	NAMBIKWARA: TAWANDE/TAGNAN	273	TG: AVA (CANOEIRO)
225	NAMBIKWARA: WAIKISU	274	TG: GUAJA
226	NAMBIKWARA: WASUSU	275	TG: GUARANI: APAPOKEWA
227	NAMBIKWARA: KABIXI	276	TG: GUARANI: CHIRIGUANO
228	OFAYE (OFAYE XAVANTE)	277	TG: GUARANI: KAIWA (KAYOVA)
229	PAIAKU	278	TG: GUARANI: MBIA/MBY/MBU
230	PANKARARU	279	TG: GUARANI: NHANDEVA
231	PANKARU	280	TG: GUARANI: PAI TAVYTERA
232	PANO: AMAWAKA	281	TG: GUARANI: TXIRIPA
233	PANO: KARIPUNA	282	TG: GUARANI: XIRIPA
234	PANO: KATUKINA (WANINAWA)	283	TG: KAMAYURA
235	PANO: KATUKINA DO ACRÉ	284	TG: KAYABI
236	PANO: KAXARARI	285	TG: KOKAMA (KOCAMA)
237	PANO: KAXINAWA	286	TG: NHEENGATU
238	PANO: MARUBO	287	TG: OMAGUA (KAMBEBA)
239	PANO: MATIS	288	TG: PARINTINTIN (KAGWAHIV)
240	PANO: MATSES	289	TG: PARINTINTIN: DIAHOI
241	PANO: MAYA	290	TG: PARINTINTIN: JUMA
242	PANO: MAYORUNA	291	TG: PARINTINTIN: TENHARIN
243	PANO: NUKUINI	292	TG: TAPIRAPE
244	PANO: POYANAWA	293	TG: TENETEHARA: GUAJAJARA
245	PANO: YAMINAWA (JAMINAWA)	294	TG: TENETEHARA: TEMBE

TABELA DE ETNIA PARA FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO
Arquivo - TABETNIA.DBF

295	TG: URUBU	328	TUKANO: TUKANO (TUKANA)
296	TG: URUBU (URUBU-KAAPOR)	329	TUKANO: TUYUKA
297	TG: URUEWAUWAWU	330	TUKANO: WANANA (KOTIRIA)
298	TG: WAYAMPI (OYAMPI)	331	TUKANO: WANANA (WANANO)
299	TG: XETA	332	TUKANO: YEBA-MASA
300	TIKUNA (TURUNA)	333	TUPARI: MAKURAP
301	TINGUI BOTO	334	TUPARI: TUPARI
302	TREMEMBE	335	TUPARI: WAYORO (AJURU)
303	TRUMAI	336	TUPINIQUIM
304	TRURA	337	TURIWARA
305	TSOHOM-DJAPA	338	TUXA
306	TUK.: JURITI YURITI - TAPUYA	339	TXAPACURA: URUPA
307	TUK.: PIRA - TAPUYA (WAIKANA)	340	TXAPACURA: PAKAANOVA
308	TUK.: TUKANO MIRITI-TAPUYA	341	TXAPACURA: TORA
309	TUK.: TUYUKA (DOHKA-POARA)	342	WAIAPI
310	TUKANO: BARASANA (BARA)	343	WAREKENA
311	TUKANO: BARASANA (BARASANO)	344	WASSU
312	TUKANO: DESANA (DESANO)	345	WITOTO
313	TUKANO: DESANA (WINA)	346	XEREU
314	TUKANO: JURUTI (WAHYARA)	347	XIPAIA
315	TUKANO: KARAPANA (MEHTA)	348	XOCO
316	TUKANO: KARAPANA (TAPUYA)	349	XUCURU
317	TUKANO: KUBEWA (KUBEU)	350	XUCURU KARIRI
318	TUKANO: KUBEWA (KUBEWANA)	351	YANOMAMI: NINAM (YANAM)
319	TUKANO: KUBEWA (PAMIWA)	352	YANOMAMI: SANUMA
320	TUKANO: PIRATAPUYA (WAIKANA)	353	YANOMAMI: YANOMAM. YAINOMA
321	TUKANO: SURINA (SURIRA)	354	YANOMAMI: YANOMAMI
322	TUKANO: TUKANO (ARAPASO)	355	YATE (FULNIO)
323	TUKANO: TUKANO (DAHSEYE)	356	YATE (KARNIJO)
324	TUKANO: TUKANO (KONEA)	357	YUKUNA
325	TUKANO: TUKANO (MIRITI)	358	YURUTI
326	TUKANO: TUKANO (NEENOA)	359	ZO E (POTURU)
327	TUKANO: TUKANO (TARIANA)	360	ZURUAHA

SUS-MS-FNS-CENEPI	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIMENTO (1ª VIA)
-------------------	---

DADOS GERAIS		
1. NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO	2. DATA DA NOTIFICAÇÃO	3. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO
4. CÓDIGO MUNICÍPIO	5. NOME MUNICÍPIO	
6. CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE	7. NOME DA UNIDADE	

DADOS DO CASO		
8. NOME DO PACIENTE		
9. DATA DE NASCIMENTO	10. IDADE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H - HORAS D - DIAS	M - MESES A - ANOS
11. SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASCULINO 2. FEMININO		8. IGNORADO
12. GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1. ANALFABETO 2. 1º GRAU 3. 2º GRAU 4. SUPERIOR 5. NÃO SE APLICA 6. IGNORADO		
13. CÓDIGO AGRAVO	14. NOME AGRAVO	15. DATA PRIMEIROS SINTOMAS
16. CÓDIGO ETNIA	17. SE INDIO ETNIA	
R E S I D Ê N C I A	18. CÓDIGO MUNICÍPIO	19. NOME MUNICÍPIO
20. CÓDIGO DISTRITO	21. DISTRITO	22. ZONA <input type="checkbox"/> 1. URBANA 2. RURAL
23. UF	24. CÓDIGO BAIRRO	
25. BAIRRO OU LOCALIDADE		
26. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº APTº)		
27. PONTO DE REFERÊNCIA		28. TELEFONE

DATA: / /

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

SUS-MS-FNS-CENEPI	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIMENTO (2ª VIA)
-------------------	---

DADOS GERAIS		
1. NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO	2. DATA DA NOTIFICAÇÃO	3. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO
4. CÓDIGO MUNICÍPIO	5. NOME MUNICÍPIO	
6. CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE	7. NOME DA UNIDADE	

DADOS DO CASO		
8. NOME DO PACIENTE		
9. DATA DE NASCIMENTO	10. IDADE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H - HORAS D - DIAS	M - MESES A - ANOS
11. SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASCULINO 2. FEMININO		9. IGNORADO
12. GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1. ANALFABETO 2. 1º GRAU 3. 2º GRAU 4. SUPERIOR 5. NÃO SE APLICA 6. IGNORADO		
13. CÓDIGO AGRAVO	14. NOME AGRAVO	15. DATA PRIMEIROS SINTOMAS
16. CÓDIGO ETNIA	17. SE INDIO ETNIA	
R E S I D Ê N C I A	18. CÓDIGO MUNICÍPIO	19. NOME MUNICÍPIO
20. CÓDIGO DISTRITO	21. DISTRITO	22. ZONA <input type="checkbox"/> 1. URBANA 2. RURAL
23. UF	24. CÓDIGO BAIRRO	
25. BAIRRO OU LOCALIDADE		
26. ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº APTº)		
27. PONTO DE REFERÊNCIA		28. TELEFONE

DATA: / /

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO

Instruções para preenchimento da ficha

*** NÃO PREENCHER OS CAMPOS HACHURADOS (EM DESTAQUE)**

01. NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO - consta da ficha.
 02. Informe a DATA em que está sendo notificado o caso. Ex.: 03/01/93.
 03. Informe a SEMANA EPIDEMIOLÓGICA que o caso está sendo notificado. Ex.: 01.
 05. Informe o NOME (completo) DO MUNICÍPIO onde o paciente esta sendo notificado. Ex.: Cabo
 07. Informe o NOME (completo) DA UNIDADE DE SAÚDE notificante. Ex.: Hospital Brasil
 08. Informe o NOME (completo) DO PACIENTE que está sendo notificado. Ex.: José Pereira da Silva Xavier.
 09. Informe a DATA DE NASCIMENTO do paciente, registrando o ano de forma completa. Ex.: 11/09/1949.
 10. Informe a IDADE DO PACIENTE somente se a data de nascimento for desconhecida e não foi preenchida. Ex.: 20 dias = 20 D, 3 meses = 3 M, 26 anos = 26 A. Idade ignorada preencher com 99 I.
 11. Informe o CÓDIGO DO SEXO do paciente. Ex.: 1 (masculino).
 12. Informe o GRAU DE INSTRUÇÃO mais avançado, mesmo que incompleto. Ex.: paciente com 1º grau incompleto, registrar 1º grau. Usar a opção (5) não se aplica para os pacientes com idade inferior a 7 (sete) anos.
 14. Informe o NOME DO AGRAVO OU DOENÇA a qual se suspeita que o paciente contraiu. Ex.: Sarampo.
 15. Informe a DATA EM QUE OS PRIMEIROS SINTOMAS se manifestaram no paciente. Ex.: 10/12/92.
 17. Informe a ETNIA, se o paciente for ÍNDIO (Todo indivíduo que se considera índio e é reconhecido como tal pela comunidade indígena a qual pertence).
 19. Informe o NOME (completo) do MUNICÍPIO onde habitualmente reside o paciente. Ex.: Cabo.
 21. Informe o NOME (completo) do DISTRITO onde habitualmente reside o paciente. Ex.: Engenho São Lucas.
 22. Informe o CÓDIGO DE ZONA onde reside o paciente. Ex.: 2 (Rural).
 23. Informe a SIGLA DA UNIDADE FEDERADA onde o paciente reside. Ex.: PE (Pernambuco).
 25. Informe o NOME (completo) do BAIRRO OU LOCALIDADE de residência do paciente. Ex.: Vila dos Canavieiros.
 26. Informe o ENDEREÇO (completo) de residência do paciente. Ex.: Rua principal quadra 6 casa 2. Se o paciente for indígena colocar o nome da aldeia.
 27. Informe um PONTO DE REFERÊNCIA para localizar a residência do paciente. Ex.: Em frente ao Amazém do João.
 28. Informe o TELEFONE do contato do paciente. Ex.: (081) 326-2417.
- DATA.: Informe Dia, Mês e Ano em que a ficha foi preenchida.
- NOME DO RESPONSÁVEL.: Registrar o nome do responsável pelo preenchimento da ficha.
- OBS.: Esta ficha não deverá ser reproduzida (FOTOCÓPIA) para outra notificação, para evitar que haja duplicidade na numeração, dentro de um mesmo município.

Brasília, 26 de dezembro de 1995.

Sr(a) Coordenador(a),

Estamos encaminhando a V. Sa., versão atualizada das fichas de investigação epidemiológica(FIE), que inclui a variável "Se índio, Etnia", na parte referente a ficha de notificação, juntamente com a respectiva "tabela", que alimentará esta variável.

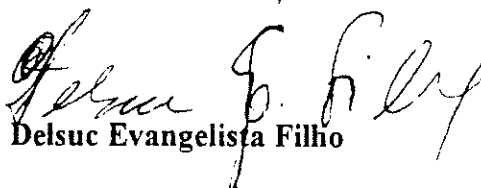
Junto se encontra também a **versão 2.0**, cujas alterações principais se referem a inclusão da variável acima referida, Inclusão de Transferência e Recebimento de Notificações Excluídas e Inclusão para Tabulação das variáveis com tabelas externas(Etnia, Ocupação, Etiologia-Meningite, Sorotipo Leptospiras-Leptospirose, Princípio Ativo do Agrotóxico, etc), inclusão de variável para registro da população dos Estados, Municípios, Distritos e Bairros, no período 1980-200 e acréscimo de 05 relatórios específicos para HANSENÍASE. Nesta versão já estão disponíveis os dados populacionais de 1980(estados e municípios), 81-95(estados) e 91-95 (municípios). O usuário poderá usar essa população(estimada pelo IBGE) ou a projetada pelo sistema(método da progressão geométrica). As demais alterações se encontram descritas no arquivo SINAN.TXT que se encontra no disquete do sistema. Encontram-se também no disquete os arquivos FICHAS.ZIP (fichas de investigação editadas em FORMAX 3.0), INSTRU.ZIP (instruções das fichas editadas em WORD 2.0/WINDOWS), TABELAS.ZIP (tabelas do sistema) e MANSINAN.ZIP (manual do sistema), ambos elaborados pelo mesmo editor de texto.

Quanto a esta e novas versões do SINAN, estamos dando prosseguimento ao processo de distribuição utilizando as caixas postais eletrônicas (STM-400) das Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde(arq. *SINAN01.ZIP*, *SINAN02.ZIP* e *MANSINAN.ZIP*), que poderão repassar às SES e SMS das capitais, além de usar o BBS-MS do DATASUS-RJ(configuração do modem: (021) 266-1729 8N1 até 14400 bps), área *UTILITÁRIOS DO SUS* e através de *ftp anonymous* na máquina *gaia.fns.ms.gov.br* (diretório /pub/packages/sinan) da CIASS-CENEPI, para os usuários da INTERNET.

Durante a instalação é necessário que se disponha de ESPAÇO LIVRE em disco correspondente a **pelo menos o dobro do maior arquivo de dados** e a tabela de municípios será substituída, recuperando-se apenas o código das regionais. *Recomendamos a cópia de segurança dos dados e das tabelas e a leitura do arquivo SINAN.TXT, antes da instalação da nova versão.* É possível imprimir esse arquivo, digitando-se *TYPE (A: ou B:)SINAN.TXT > PRN.*

Gostaríamos de informar que a partir desta data (26/12/95) a manutenção do sistema informatizado e o desenvolvimento de novas versões ficará sob a responsabilidade do DATASUS.

Atenciosamente,


Delsuc Evangelista Filho

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO Aedes Aegypti DO BRASIL

ANEXO IX

COMPONENTE: LEGISLAÇÃO DE
SUORTE

Participantes:

- *Dr. Luiz Carlos Pelizari Romero*

Consultor Legislativo do Senado Federal

- *Dr. Luis Felipe Moreira Lima*

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância Sanitária -
COPAF / Rio de Janeiro

Janeiro / 96

Componente: LEGISLAÇÃO DE SUPORTE

A legislação existente fornece suficiente arcabouço legal para as ações de erradicação do *Aedes aegypti* (Ver quadro em anexo). No entanto, alguns aspectos específicos devem ser ressaltados.

1- Legislação que permita a realização de atividades sanitárias nos ambientes domiciliares e peri-domiciliares:

A Constituição Federal, no seu artigo 5º, inciso XI, diz (*in verbis*):

"a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial."

Ora, a atividade de busca e erradicação de vetores se fará exatamente nos ambientes domiciliares e peri-domiciliares e o caso de o morador negar a entrada do agente sanitário em sua casa se constituirá em empecilho para o sucesso do plano.

O Código Penal, Decreto-lei nº 2.848/40, em seu art. 268, define como crime:

"Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:

Pena - Detenção de um mês a um ano e multa de vinte centavos a três cruzeiros.

Parágrafo Único - A pena é aumentada de um terço se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro."

Ademais, a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, em seu art. 10, inciso VII, classifica como infração sanitária:

"Impedir ou dificultar a aplicação de medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis e ao sacrifício de animais domésticos considerados perigosos pelas autoridades sanitárias;

Pena - Advertência e/ou multa."

Aparentemente, o agente de saúde poderia citar o Código Penal ou a Lei de Infrações Sanitárias para obrigar o morador a aquiescer em deixá-lo cumprir sua tarefa, mas o agente sanitário não possui poder, explicitamente citado em lei, para tanto.

Além disto, se tal poder fosse dado ao agente de saúde, necessário seria que a recusa em permitir a execução das atividades de busca e erradicação de vetores no interior da casa fosse ainda qualificada como delito e definida a forma de caracterização do flagrante.

Outra alternativa seria obter a devida determinação judicial.

Considerando que deverão ser visitados, permanente e rotineiramente, um total estimado de 16 milhões de domicílios apenas nas áreas infestada do País, este pode vir a ser um problema relevante e comprometer parcialmente o sucesso do Plano.

Propõe-se, como forma de contornar o problema, que as atividades de mobilização popular incluam mensagens especificamente orientadas para o assunto e que o treinamento dos agentes de saúde, inspetores e supervisores possua objetivos instrucionais especialmente desenhados para que os mesmos sejam capacitados em técnicas e formas de abordagem, tendentes a vencer as resistências da população, no particular. De qualquer forma as resistências detectadas e que persistam, apesar de todas as tentativas do agente de saúde, devem constituir motivo de visita pelo supervisor, que deve revistar a casa em questão, sempre em caráter educativo e de persuasão.

Nestas circunstâncias, recomenda-se que a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde formule consulta ao Supremo Tribunal Federal - STF sobre a aplicabilidade do conceito de flagrante delito a casos semelhantes, em que a aplicação de "medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis" seja impedida ou dificultada. Recomenda-se, não obstante, e com muita ênfase, que caso o STF considere o conceito aplicável à situação e até defina as formas de caracterização do flagrante, ainda nesta circunstância, esta possibilidade só seja utilizada em situações extremas, após várias tentativas de atuar através do convencimento e após discutir e documentar cada caso com os supervisores e seus superiores hierárquicos.

Outra alternativa poderia ser a de propor ao Congresso Nacional uma Proposta de Emenda Constitucional incluindo o caso de perigo à Saúde Pública entre as exceções do art. 5º da Constituição da República.

2 - Questões legais relativas ao financiamento de ações de Saúde Pública

Existem alguns problemas legais relativos ao financiamento das atividades do plano e seu reflexo nas relações entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), que devem ser comentados.

Na Lei nº 8.080/90, em seu art. 35, que estabelece a forma como serão transferidos os recursos federais para os estados e municípios, dá entre outros critérios para análise técnica de programas e projetos - como é o presente caso -, o perfil demográfico e epidemiológico da região.

Surpreendentemente, na Lei nº 8.142/90 encontra-se no §1º do art. 3º que:

"Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recurso, exclusivamente o critério estabelecido no §º do mesmo artigo."

O parágrafo 1º do artigo 3º da Lei 8142, acima referido, especifica:

"Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio."

Sem deixar de considerar a importância da assistência médica e a necessidade de sua ordenação, como fator de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, é indispensável fazer-se realçar que a associação do critério epidemiológico para alocação e avaliação dos recursos destinados à saúde nos estados e municípios é essencial para que o financiamento do Sistema se transforme em instrumento potente de melhoria da situação de saúde da população.

A Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, vem se constituindo no principal instrumento regulador dos repasses financeiros do nível federal para os níveis estadual e municipal. Esta Norma está estruturada e vem sendo modificada, principalmente, sob a ótica das formas de pagamento da assistência médico-hospitalar, embora tenham sido criadas formas alternativas de financiamento, para atender à necessidades de recursos para financiamento de ações de saúde pública que não se enquadraram nos critérios adotados para o pagamento da atenção médico-hospitalar. Quando o Ministério da Saúde avalia a condição de gestão dos municípios, classifica-os segundo critérios que valorizam especialmente a capacidade da administração municipal em programar, distribuir, controlar e pagar as contas médico-hospitalares.

Urge, pois, inserir os Programas de Saúde Pública e, especificamente, este de erradicação do *Aedes aegypti* nas instâncias de administração da gestão financeira do Sistema Único de Saúde, adotando critérios epidemiológicos para a alocação de recursos, definindo as normas específicas para os programas desta natureza, integrando-as com as já existentes.

Nestas circunstâncias, recomenda-se que o Ministério da Saúde promova, com urgência, a regulamentação do art. 35 da Lei 8080, de modo a que os repasses a estados e municípios se façam levando em conta a complexidade de programas como este em que, além dos critérios de caráter demográfico, são necessários considerar outros de natureza epidemiológica, entomológica e até de condições de saneamento ambiental.

3 - Projetos de lei relativos à Política Urbana

Vários projetos de lei, que tratam da regulação dos arts. 182 e 183 da Constituição Federal, versando sobre a política de desenvolvimento urbano, no âmbito da qual se inserem as ações de saneamento básico, encontram-se em tramitação no Congresso Nacional.

Dada a importância do saneamento para a saúde da população e, especificamente, para este Plano, recomenda-se que o Ministério da Saúde promova um levantamento de todos estes projetos e sua análise para, em seguida, procurar acelerar o andamento daquele que melhor possibilite equacionar as questões de saneamento, especialmente de água e de lixo, de tão grandes impactos sobre a saúde humana.

4 - Projeto de Lei nº 1 148, de 1989 (no Senado Projeto de Lei da Câmara nº 67, de 1989)

Este Projeto de Lei, que dispõe "sobre as ações de prevenção e controle das zoonoses urbanas e dá outras providências" se encontra na Câmara dos Deputados, aguardando apreciação pelo seu Plenário, após ter sido emendado pelo Senado e retornado à Câmara.

Recomenda-se uma articulação com as lideranças do Governo na Câmara para que a apreciação e votação do referido Projeto de Lei sejam acelerados.

5 - Atualização dos códigos municipais de posturas

A ausência de código de posturas é uma realidade para inúmeros municípios, tornando mais difícil a ação da autoridade sanitária no saneamento básico, na fiscalização das condições prediais, ambientais e das práticas comerciais e industriais.

Sugere-se uma ação efetiva dos níveis federal e estadual apoiando as coordenações municipais do Plano para obter, junto ao Poder Legislativo municipal, a proposição de projetos de código onde não existam e de projetos de lei com o objetivo de promover sua revisão e atualização onde se fizer necessário.

Recomenda-se que as Comissões Executivas dos níveis Estaduais e Municipais procedam de forma similar em relação aos projetos em tramitação nos legislativos correspondentes, especialmente no que se refere aos Códigos de Posturas Municipais.

Suporte legal ao Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*

LEGISLAÇÃO	EMENTA
Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977	Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências.
Decreto-Lei nº 5.181, de 11 de janeiro de 1943	Dispõe sobre o transporte de artrópodes vivos por aeronaves e dá outras providências.
Decreto nº 56.759, de 20 de agosto de 1965	Baixa normas técnicas especiais para a profilaxia da Febre Amarela e dá outras providências.
Decreto-Lei nº 190 de 24 de fevereiro de 1967	Dispõe sobre o despacho de embarcações e dá outras providências.
Decreto nº 64.395, de 22 de abril de 1969	Regulamenta o Decreto-Lei 190, de 24 de fevereiro de 1967.
Decreto nº 87, de 15 de abril de 1991	Simplifica as exigências sanitárias para o ingresso e permanência de estrangeiros no país.
Portaria SVS nº 28, de 27 de abril de 1993	Normas técnicas sobre o controle de viajantes procedentes de áreas de ocorrência de Febre Amarela.
Portaria SVS nº 43, de 1 de junho de 1995	Define procedimentos a serem cumpridos quando da emissão da Livre-Prática às embarcações que operam serviços de transporte de cargas e viajantes em portos brasileiros.

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO AEDES AEGYPTI DO BRASIL

ANEXO X

DIRETRIZES TÉCNICO-POLÍTICAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE ERRADICAÇÃO DO AEDES AEGYPTI DO BRASIL

Participantes:

- **Dra. Maria da Glória Teixeira**
Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva
- UFBA

Dr. Antônio Carlos Silveira
Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde /
Gerência de Programa de Doenças Transmitidas por Vetores

Novembro / 95

DIRETRIZES TÉCNICO-POLÍTICAS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti* DO BRASIL*

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a erradicação do *Aedes aegypti*, do território nacional e das Américas, tem estado presente desde o ano de 1976, quando se detectou sua reintrodução através de alguns focos em Salvador, após mais de duas décadas de haver sido considerado erradicado do Brasil. Manifestações de preocupação estão registradas em documentos técnicos da antiga SUCAM, em relatórios de seminários nacionais e/ou reuniões com países americanos, assim como em artigos de técnicos comprometidos com a saúde pública. Amaral & Tauil (1983), publicaram artigo afirmando que só a erradicação do vetor poderia dar segurança à manutenção da erradicação da febre amarela urbana e impedir a circulação dos vírus do dengue. Marques (1985) em artigo publicado na Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais sistematiza as diversas opções para o enfrentamento do problema, chamando a atenção para o fato de que só uma proposta de erradicação asseguraria o controle da situação epidemiológica das viroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

Inicialmente, pela inexistência de circulação dos vírus do Dengue no Brasil, o maior enfoque era dado ao risco de reurbanização da Febre Amarela, mesmo sabendo-se que a manutenção de altas coberturas vacinais anti-amarílica nas áreas urbanas e rurais poderia minimizar esse perigo. A adoção da estratégia de controle (em virtude da falta de recursos, dificuldades operacionais e administrativas, e a inexistência de um "Pacto Americano de Erradicação"), não conseguiu impedir a circulação dos vírus do Dengue no nosso país, o que alterou consideravelmente a situação epidemiológica, redobrando as preocupações e a insegurança na manutenção dessa estratégia.

A complexidade e grandiosidade de um projeto de erradicação, frente a atual densidade e dispersão do *Aedes aegypti* e da intrincada rede dos aglomerados urbanos produto do atual modelo de produção e modo da vida moderna, tem levado a dúvidas quanto a sua viabilidade e factibilidade.

Vale ressaltar, contudo, que o *Aedes aegypti* já foi erradicado do nosso território em passado distante quando ainda não se dispunha dos atuais avanços científicos e tecnológicos e dos meios de educação e comunicação que hoje dispomos.

A gravidade da situação epidemiológica e a pouca efetividade que as ações de controle vêm mostrando ao longo desse últimos quinze anos, torna pertinente e oportuna a reabertura do debate, agora, outro momento histórico, que poderá redirecionar esse processo no sentido de impedir que novas epidemias e mortes pelos vírus do Dengue e Febre Amarela Urbana venham a ocorrer.

Relatores: Maria da Glória Teixeira e Antonio Carlos Silveira. **

* Documento extraído da Oficina de Trabalho realizada nos dias 24 e 25 de outubro com os seguintes participantes: Adauto José Araújo, Antonio Carlos Silveira, Bernardo Mondet, Carlos Osanai, Fabíola Nunes, George Kenge Ishihata, José Maria Barata, Mara Lúcia Oliveira, Maria da Glória Teixeira, Maria Valéria Padrão, Michael Nelson, e Paulo Sabroza.

Aprovado em reunião do dia 20/11/95 da Comissão Técnica do Conselho Nacional de Saúde, criada pela Resolução CNS nº 160, de 06/07/95.

2. DESENHO DE UM NOVO MODELO DE ERRADICAÇÃO

Nas duas últimas décadas, o Brasil, assim como muitos outros países da América Latina, vêm trabalhando na construção de um novo modelo assistencial, baseado em um conceito ampliado de saúde, no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e na participação popular. Esse novo modelo organizacional foi concebido centrado nos princípios da universalidade, equidade e descentralização. Esta nova concepção para a atenção à saúde vem exigindo mudanças de ordem econômica, política e sócio-cultural que envolvem não só o setor saúde como outros setores da sociedade. A Constituição e a nova Lei Orgânica da Saúde vieram dar o arcabouço jurídico e o suporte necessário a implantação desse novo modelo assistencial. Entretanto, muitas têm sido as resistências. Conseqüentemente avanços, estagnações e retrocessos vêm sendo registrados, fruto das lutas sociais e institucionais que estão ocorrendo nesse processo de mudança.

Os Programas de Erradicação de doenças ou vetores, até aqui vigentes, obedeceram ao Modelo Campanhista, desenhado no início desse século, em geral semelhantes a uma operação militar com comando único central, de caráter temporário, requerendo grande aporte de recursos. Esse modelo vertical, difere fundamentalmente do novo modelo organizacional do SUS, pois gera problemas na organização e na administração dos serviços, desestrutura muitas atividades de rotina nos períodos que sucedem e antecedem suas ações e tem sido considerado como um "mal necessário" para o enfrentamento dos problemas de saúde (Paim, 1993).

Nesse sentido, um dos questionamentos acerca da erradicação do *Aedes aegypti*, é que proposta do gênero podem retardar a implantação do SUS. Esta contradição, pode em um primeiro momento causar perplexidade e até mesmo levar a predizer a inviabilidade de qualquer proposição de erradicação de doença ou vetor, em virtude de só se conhecer modelos verticais de erradicação. Contudo, com tantas vitórias já registradas pela saúde pública, não se pode conceber o abandono dessa possibilidade concreta de resolução de alguns dos problemas de saúde. Esta perplexidade tem que ser equacionada e superada pelo enfrentamento do desafio de se reformular um modelo desenhado no início deste século que com todas as críticas que se possa cunhar significou grandes avanços no campo da Saúde Pública. Ao contrário, impõe-se o resgate dos conhecimentos aportados pelas práticas campanhistas na perspectiva da construção de um modelo alternativo de erradicação.

Entende-se que o conhecimento acumulado permite novas ousadias, desde que se tenha objetivos e metas claras a serem alcançadas, propósitos firmes, apoio político e financeiro, além, evidentemente, de tecnologias e instrumentos de intervenções suficientes para o nível de controle pretendido. Por outro lado, considerando-se o atual momento democrático, tem-se melhores condições de processar a necessária articulação intersetorial e o envolvimento de toda a sociedade na consecução de um projeto dessa natureza. Sabe-se que o esforço para a erradicação do *Aedes aegypti* não se limita ao setor saúde, muito menos a uma única instituição ou esfera de governo. Este vetor, estritamente urbano, desenvolve-se em coleções de água, que podem ser evitadas através do saneamento das cidades, particularmente do aporte de água em quantidade adequada, coleta, destruição, reciclagem e destino apropriado de recipientes descartáveis produzidos aos milhões. Ou seja, um "Projeto de Erradicação do *Aedes aegypti*" significa também um passo na luta pela melhoria da Qualidade de Vida nos centros urbanos. Significa ainda melhorar a morbi-mortalidade por muitas doenças preveníveis pelo saneamento básico. Os produtos e avanços resultantes de um projeto desta natureza não podem ser desconsiderados, desde que o eixo de seu trabalho não seja apenas o uso contínuo de inseticidas, mas sim a participação popular na destruição de criadouros e no compromisso dos governantes, das três esferas de poder, garantir investimentos suficientes para o saneamento de todos os municípios brasileiros.

As vantagens da descentralização, particularmente no que diz respeito a multiplicação de atores e agentes sociais que se envolverão no trabalho contínuo para a consecução de uma meta tão grandiosa, tem que ser ressaltado como fato positivo e não visto como óbice para a erradicação. O reforço da capacidade executiva do poder local, deixará saldos organizativos que podem ser apropriados para outras atividades do próprio sistema de saúde e para outros setores da área social. O modelo organizacional desta nova proposta de erradicação não pode ser um agente de desorganização do sistema de saúde, mas sim um fator capaz de elevar a capacidade gerencial de prestação de serviços pelo estado. A recente erradicação da circulação autóctone do poliovírus selvagem, já foi um programa quase que totalmente de execução descentralizada apesar de se ter normas técnicas e decisões centralizadas.

A construção de um novo modelo de erradicação para o *Aedes aegypti* pode ser um marco, que os sanitaristas desse final de século poderão deixar como contribuição para as gerações futuras, assim como o fizeram os grandes sanitaristas da escola de Oswaldo Cruz.

3. PRESSUPOSTOS PARA UM PROJETO DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes aegypti*

3.1. Projeto da Nação

A grandiosidade e ousadia de um projeto dessa natureza, em um momento histórico em que a evolução da sociedade já não comporta medidas autoritárias, impõe uma mobilização social de tal monta, que deve ser concebido como uma proposta que atravesse governos - constituindo-se em um Projeto de toda a Nação. A erradicação do *Aedes aegypti* pressupõe a melhoria da Qualidade de Vida dos centros urbanos, porque, além de impedir a circulação do vírus do Dengue, epidemias de Dengue Hemorrágico e a reurbanização da Febre Amarela, contribui para a redução das doenças de veiculação hídrica e aquelas originadas pela falta de limpeza urbana, pois exige ações de saneamento básico. E a melhoria da qualidade enquanto projeto global, constitui-se, sem dúvida, ponto de aglutinação de todos os setores da nação para o engajamento na luta pela preservação da saúde da população.

3.2. Projeto de Governo

Tem-se que trabalhar com a perspectiva de que este é um Projeto do Governo Brasileiro e não do Ministério e Secretarias de Saúde. Isto se faz necessário pelos seguintes aspectos:

- Utilização do Aparato de Estado - só se pode conceber um projeto de tal envergadura quando se contar com a inserção de todo o Aparato de Estado, para que haja garantia de se desenvolver todas as ações necessárias e que não estão restritas ao setor saúde. Por outro lado, a necessidade de cobertura universal só pode ser garantida se houver envolvimento de todas as instituições, civis e militares na execução das tarefas e na mobilização social.

- Recursos financeiros - alocação de recursos em quantidade suficiente e com oportunidade, e sem soluções de continuidade, em virtude do caráter das ações que não podem ser interrompidas.

- Contratação de recursos humanos - equacionamento dos problemas relativos a contratação e manutenção dos recursos humanos necessários, de nível superior e nível médio, na quantidade indicada e com a qualificação e treinamentos exigidos para o desenvolvimento das ações e atividades a serem cumpridas em todos os níveis de atuação do Programa.

- Criação de uma Coordenação Central - esse projeto pressupõe a criação de uma Coordenação Executiva Nacional com poder de decisão, próxima ao órgão dirigente máximo do Ministério da Saúde visando solucionar problemas técnicos-administrativos e operacionais de forma oportuna e ágil, para evitar interrupção nas atividades em qualquer nível do sistema. Deverá haver coordenações correspondentes nos outros níveis de governo (estadual e municipal).

3.3. Coordenação Executiva Nacional

Todo programa de Saúde Pública pressupõe a explicitação de normas técnicas, estabelecidas e padronizadas, que devem ser respeitadas por todos os níveis do sistema. Estas normas são elaboradas de acordo com o conhecimento técnico-científico disponível e em função da viabilidade e facilidades operacionais determinadas não só pela extensão de cobertura como também pela simplicidade da execução das ações.

Mesmo sendo fundamental a explicitação de normas técnicas estabelecidas em níveis mais centrais, as ações e atividades podem e devem ser programadas pelo nível local, de acordo com a situação epidemiológica, condições operacionais e complexidade da rede urbana aí existentes. A experiência e o conhecimento técnico científico de uma coordenação ou comitê central do programa pode, além das normas técnicas, desenvolver módulos operacionais compatíveis com um processo de descentralização. Nesse comitê, os níveis intermediários e locais (nível técnico operacional) do sistema de saúde teriam autonomia relativa para formular planos operativos e adequar as normas em função de cada situação de saúde e elaborar outras não previstas pelo nível central, julgadas mais relevantes diante do quadro epidemiológico local. Isto supõe o reconhecimento do planejamento enquanto processo social com distintas racionalidades e adoção de métodos modernos de gestão. Não significa que o nível local possa optar por não realizar as atividades do programa de erradicação, desde quando uma atitude dessa natureza implica em prejuízo para toda a nação. Trata-se do nível local incorporar no seu cotidiano a prática do planejamento de modo a garantir racionalidade no uso dos recursos, o alcance dos objetivos definidos e a participação dos segmentos sociais envolvidos, o que contribuirá significativamente para a construção do SUS.

3.4. Mobilização Popular

Pela quantidade de criadouros potenciais gerados pelo atual modelo de vida urbana, infere-se que a resolução completa e permanente desse problema só será alcançada com a participação de todas as forças sociais. Nesse sentido, entende-se que o eixo central de um projeto de erradicação deva ser a mobilização e participação da população. Todos os métodos e técnicas existentes serão utilizados para a consecução desse objetivo. Assim, todas as formas organizativas da sociedade devem ser mobilizadas para, de diferentes modos participarem continuamente nas atividades de destruição de potenciais criadouros, coleta e destino adequado do lixo.

Nessa perspectiva, a mobilização popular tem o caráter educativo, o que implica valorizar as vivências individuais e coletivas através do uso de metodologia

participativa, considerando soluções que possam ser oferecidas pela própria população, adequadas às condições em cada situação presente.

Todos os meios, mecanismos e instrumentos de comunicação social, deverão ser potencializados de modo a apoiar todo esse processo de mobilização.

3.5. Mecanismos de Controle Vetorial

Apesar do foco principal de atenção no controle vetorial ser a promoção do saneamento domiciliar, a partir da mobilização e participação social, não se pode prescindir do uso de inseticidas. Uso que se pensa racionalizar pela aplicação seletiva de larvicidas.

Na perspectiva da erradicação, é importante definir se as formas aladas do vetor devem ser combatidas, em que situações específicas e de que formas.

A possibilidade de combate físico, químico e biológico do vetor, inclusive na fase de ovo, deve ser também considerada.

3.6. Controle Público do Processo

Em se tratando de um projeto que envolverá os diversos segmentos da sociedade propõe-se que sua implantação e desenvolvimento seja sistematicamente acompanhado por uma comissão multicêntrica, independente, formada por representantes de instituições de ensino e pesquisa. Essa comissão será responsável pela emissão de pareceres e de sugestões técnicas e operacionais, visando a melhoria do desempenho do projeto, no sentido do alcance das metas estabelecidas para cada ano.

Os resultados destas avaliações deverão ser divulgados em documentos oficiais, pela mídia falada e escrita, e outros meios de comunicação social, para que haja transparência das informações e a conseqüente participação social.

3.7. Cobertura Universal

Todos os municípios brasileiros deverão se envolver e desenvolver as atividades do projeto, de acordo com a sua situação epidemiológica e entomológica. Entende-se aqui, que municípios onde não houver possibilidade de execução dos trabalhos, a coordenação estadual deverá discutir com as autoridades locais quais as alternativas para superação desse problema.

3.8. Acompanhamento e Avaliação

As diversas equipes, dos diferentes níveis, do sistema devem programar anualmente supervisões para o acompanhamento e avaliação do trabalho programado para cada localidade, com a finalidade de detectar falhas e redirecionar as ações quando necessário. Os resultados dessas atividades deverão ser repassados para as coordenações superiores que se encarregarão da análise global da situação e da resolução dos problemas operacionais e administrativas.

3.9. Saneamento

A necessidade de estabelecer estratégias para a eliminação dos criadouros faz com que seja imprescindível a implementação de mecanismos para a integração das políticas de saúde, saneamento e meio ambiente, garantindo que os critérios entomológicos e epidemiológicos sejam os norteadores para a formulação de políticas, planos e ações.

Desta forma o estabelecimento de diretrizes e estratégias para o desenvolvimento das ações de saneamento por todos os níveis de governo e principalmente do nível municipal, responsável pela titularidade dos serviços de saneamento, particularmente no que se refere a extensão da cobertura de serviços de abastecimento de água e de limpeza pública, constituem pressupostos indispensáveis ao programa.

4. ACUMULAÇÕES NECESSÁRIAS, DURANTE O ANO DE 1996, PARA A ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO DE ERRADICAÇÃO

4.1. Políticas

a) Contatos externos na perspectiva de se conseguir na próxima reunião do Conselho Diretor da OPAS o pacto de Erradicação Continental. Esse trabalho deve envolver não só o corpo Diretor da OPAS como também o Corpo Diplomático do Ministério das Relações Exteriores, que através dos seus embaixadores nos países americanos deve sensibilizar os Ministros da Saúde para adesão a esse pacto;

b) manifestação explícita por parte da Presidência da República do compromisso do governo brasileiro com o "Projeto de Erradicação";

c) construção de uma estratégia que culmine na formalização de um pacto assinado por todos os governadores das unidades federadas;

d) participação de técnicos brasileiros no Grupo Técnico Assessor da OPAS, criado pela Resolução Nº. CD 38.R12 de 28 de setembro de 1995, com competência e assiduidade no sentido de sensibilizar as áreas técnicas dos outros Estados membros para a adesão à proposição de erradicação;

e) articulação e efetivação da participação do Ministério da Saúde, de todas as unidades federadas e dos municípios como forma de consolidar o envolvimento do Estado Brasileiro, em todos os seus níveis de organização político-administrativa no projeto de erradicação do *Aedes aegypti*;

f) desenho detalhado de um novo modelo de erradicação discutido e pactuado com o CONASS, CONASEMS e outras instâncias do setor saúde responsáveis pelo desenvolvimento do projeto.

g) ampliação da discussão e a busca de adesão à proposta (instituições de ensino e pesquisa, sociedade científicas, conselhos de classes, sindicatos, centrais sindicais, partidos políticos, igrejas, associações populares, representações empresariais, imprensa escrita e falada dentre outros);

h) utilização das Instituições de Ensino Superior, especialmente das áreas da saúde, como campo privilegiado de treinamento.

4.2. Técnico-Científico

a) implantação/implementação de todas as atividades previstas para o ano de 1996 do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue, da Fundação Nacional de Saúde, como forma de reduzir a ocorrência dos casos de dengue e o sofrimento da população;

b) revisão dos indicadores epidemiológicos de ocorrência do Dengue, evidenciando o compromisso e a responsabilidade do governo brasileiro, na erradicação continental do *Aedes aegypti*;

c) desenvolvimento de projetos para a área de saneamento;

d) financiamento de estudos e pesquisa necessários ao suporte do "Projeto de Erradicação", envolvendo Serviço, Universidades e Institutos de Pesquisa;

e) desenvolvimento das seguintes áreas:

- informatização dos sistemas de notificação de casos e de dispersão, infestação e densidade do vetor;

- reforço do Sistema Nacional Vigilância Epidemiológica fortalecendo o subsistema do Dengue e Febre Amarela;

- redirecionamento e universalização do sistema de diagnóstico, acompanhamento e vigilância entomológica;

- montagem de sistema de monitoramento do meio ambiente (vigilância sanitária);

- estudos de impacto ambiental;

f) desenvolvimento de um sistema de avaliação externa ao projeto

g) discussão e implantação de códigos de postura municipal no que diz respeito a deveres e sanções dos poderes públicos e área empresarial quanto a coleta e destino do lixo;

h) definição dos Centros de Referência Entomológica;

i) ênfase no desenvolvimento dos Centros de Referência Viroológicos

j) treinamento em instituições nacionais e internacionais de recursos humanos dos Centros de Referência para formação de uma massa crítica de entomologistas brasileiros especializados em *Aedes*;

l) desenvolvimento de cursos de capacitação em epidemiologia; educação em saúde e mobilização comunitária;

m) elaboração das Normas Técnicas e dos Guias Operacionais dos diversos Componentes do Projeto, a partir da revisão daqueles existentes;

n) início do processo de informação e educação da população, reforçando as ações do Plano de Controle da FNS na perspectiva da erradicação;

4.3. Administrativas

a) equacionamento e resolução das dificuldades para contratação de recursos humanos em quantidade suficiente e na qualidade necessária para execução do projeto (nível médio e superior). Garantia de contratos permanentes para não haver grande rotatividade com perda dos treinamentos ministrados e da experiência acumulada;

b) alocação de recursos orçamentários e financeiros suficientes e com garantia de que não haverá solução de continuidade;

c) planejamento da compra de instrumentos e equipamentos necessários para o ano de 1997 e subsequentes;

d) definição de instrumentos jurídicos e administrativos que viabilizem a agilidade da execução do projeto em todos os níveis do sistema;

e) definição e designação da Coordenação Nacional;

f) designação de grupos específicos de trabalho para a elaboração dos estudos e propostas que comporão o Projeto Nacional.

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AMARAL, R. ; TAUIL, L.P. Duas ameaças e um mosquito : febre amarela e dengue. A saúde no Brasil, 1 (4) out/dez. 1983.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas. Divisão de febre amarela. Documento interno, Brasília, 1984
3. MARQUES, A.C. Sobre a viabilidade atual da erradicação do *Aedes aegypti* no controle da febre amarela do Brasil. *Rev.Bras.Malariol.D.trop.* 37: 47-59,1985.
4. PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*, 4^a ed Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.
5. TRATADO DE COOPERAÇÃO AMAZÔNICA. Seminário sobre infestação do *Aedes aegypti*. Documento final. Belém, PA, 29 a 31 de setembro de 1984.

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes*
Aegypti DO BRASIL

ANEXO XI

DIRETRIZES E PARÂMETROS
OPERACIONAIS PARA ELABORAÇÃO
DOS PLANOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO
DO AEDES AEGYPTI NO BRASIL, 1996/1998**

ATIVIDADES	1996						1997						1998					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1. RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO																		
2. ATUALIZAÇÃO DO RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO																		
3. INSTALAÇÃO DE SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO																		
4. SELEÇÃO E ADMISSÃO DE PESSOAL																		
5. TREINAMENTO DO PESSOAL																		
6. AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS MATERIAIS, INSUMOS E TRANSPORTE																		
7. CLASSIFICAÇÃO ENTOMOLÓGICA / EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO																		
8. COMBATE AO VETOR Pesquisa de Focos, tratamentos espacial, focal e perifocal																		
9. MONITORAMENTO ENTOMOLÓGICO Levantamento de índices, captura de alados, instalação e inspeção de armadilhas, delimitação de focos, identificação entomológica e pesquisa de pontos estratégicos																		

**ATIVIDADES POR GRUPO E FASES DO PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO
AEDES AEGYPTI NO BRASIL
1996/1998**

FASES	GRUPOS	CONTROLE FÍSICO	TRATAMENTO FOCAL	TRATAMENTO PERIFOCAL	UBV PORTARIL	UBV PEADO	LEVANTAMENTO DE INDICES	PESQ.PONTOS ESTRATEG.	TRAT.PONTOS ESTRATEG.	PESQUISA EM ARMADILHAS	RECON.GEOG./AT UALIZADO
PREPARATÓRIA	Fase de Classificação de Município						SIM (P/Classificação dos Municípios)	SIM (P/Orientar Classificação de Municípios)		SIM (P/Orientar Classificação de Municípios)	SIM
ATAQUE	A	SIM Até o término da transmissão	SIM Até o término da transmissão	SIM Em PE's até o término da transmissão	SIM Complemento do Trabalho da UBV pesada e Trat. Focal	SIM Até o término da transmissão	SIM Nos intervalos dos Ciclos de Tratamento	SIM	SIM	SIM	SIM
	B	SIM Até a eliminação do vetor	SIM Até a eliminação do vetor e telas para o grupo C	SIM Em Pontos Estratégicos	SIM Complementando Tratam. Focal	NÃO	SIM Nos intervalos de Tratamento	SIM	SIM	SIM	SIM
CONSOLIDAÇÃO	C	SIM Para impedir a reintrodução do vetor	SIM Nas delimitações de foco e PE's	SIM Em PE's Positivos e/ou de difícil tratamento focal	SIM Nas delimitações de foco	NÃO	SIM	SIM	SIM Caso detectado o Aedes Aegypti	SIM	SIM
MANUTENÇÃO	D	SIM Para impedir a reintrodução do vetor	SIM Nas delimitações de foco e PE's Positivos	SIM Em PE's Positivos	SIM Nas delimitações de foco	NÃO	SIM	SIM	SIM Caso detectado o Aedes Aegypti	SIM	SIM

QUADRO 1

**METAS FÍSICAS DO PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO
AEDES AEGYPTI NO BRASIL PARA OS ANOS DE
 1996 A 1998**

ATIVIDADES	1996
1. FASE PREPARATORIA	
1.1 RECONHECIMENTO GEOGRAFICO (preparar/atualizar mapas, numerar quadros e elaborar itinerários de trabalho)	
Municípios a Trabalhar	4.974
1.2 Levantamento de Índices e Classificação dos municípios em grupos	4.974
1.3 Instalação de Sistemas de Administração	(*)
1.4 Seleção/Contratação e Capacitação de pessoal	(*)
1.5 Aquisição de Equipamentos, Insumos e Meios de Transporte	(*)

(*) Vide Cronograma de Execução

QUADRO 2

**METAS FÍSICAS DO PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO
AEDES AEGYPTI NO BRASIL PARA OS ANOS DE
1996 A 1998**

ATIVIDADES	1996	1997	1998
2. FASE DE ATAQUE (Grupos A ou B)			
2.1 MONITORAMENTO ENTOMOLÓGICO			
MUNICÍPIOS			
A trabalhar	-	2.000	480
PRÉDIOS			
A inspecionar em Lev. de Índices (LI)	-	1.920.000	480.000
Inspeções no ano	-	9.600.000	2.880.000
ARMADILHAS			
A instalar	-	120.000	-
A inspecionar	-	100.000	30.000
Inspeções no ano	-	5.280.000	1.560.000
PONTOS ESTRATÉGICOS			
A inspecionar	-	192.000	48.000
Inspeções no ano	-	3.840.000	1.152.000
2.2 COMBATE ao Aedes aegypti			
MUNICÍPIOS			
A trabalhar	-	2.000	480
PRÉDIOS			
A tratar	-	19.200.000	4.800.000
Tratamentos no ano	-	96.000.000	28.800.000
PONTOS ESTRATÉGICOS			
A tratar	-	192.000	48.000
Tratamentos no ano	-	3.840.000	1.152.000

QUADRO 3

**METAS FÍSICAS DO PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO
AEDES AEGYPTI NO BRASIL PARA OS ANOS DE
1996 A 1998**

ATIVIDADES	1997	1998
3. FASE DE CONSOLIDAÇÃO (Grupo C)		
3.1 MONITORAMENTO ENTOMOLOGICO		
MUNICIPIOS		
A trabalhar	2.974	1.520
PREDIOS		
A inspecionar em Lev. de Indices (LI)	1.080.000	2.720.000
Inspeções no ano	5.400.000	8.640.000
ARMADILHAS		
A inspecionar	67.500	90.000
inspeções no ano	2.970.000	8.640.000
PÔNTOS ESTRATEGICOS		
A inspecionar	108.000	144.000
Inspeções no ano	1.080.000	1.728.000
3.2 COMBATE ao Aedes aegypti		
MUNICIPIOS		
A trabalhar	2.974	1.520
PREDIOS		
A tratar	-	-
Tratamentos no ano	-	-
PONTOS ESTRATEGICOS		
A tratar	108.000	144.000
Tratamentos no ano	1.080.000	1.728.000

QUADRO 4

**METAS FÍSICAS DO PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO
Aedes Aegypti NO BRASIL PARA OS ANOS DE
 1996 A 1998**

ATIVIDADES	1998
4. FASE DE MANUTENÇÃO (Grupo D)	
4.1 MONITORAMENTO ENTOMOLOGICO	
MUNICIPIOS	
A trabalhar	2974
PREDIOS	
A inspecionar (LI)	-
ARMADILHAS	
Inspeccionar	67.500
Inspeções no ano	3.510.000
PONTOS ESTRATEGICOS	
A inspecionar	108.000
Inspeções no ano	1.296.000

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO Aedes Aegypti NO BRASIL, 1996/1998
QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL POR FASE/ATIVIDADE

FASE: ATAQUE (1997)		ATIVIDADES					
CATEGORIA		Pesquisa e Tratamento em PE's	Pesquisa em Armadilhas	LI + Tratam. Focal em Imóveis	UBV Portatil	UBV Pesada	TOTAL
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	853	800	32.000	16.000	914	50.567
SUPERVISOR	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	85	80	3.200	1.600	91	5.056
SUPERVISOR GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	17	16	640	320	18	1.011
MOTORISTA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	102	96	3.840	1.920	1.023	6.981
TOTAL GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	1.057	992	39.680	19.840	2.046	63.615

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO Aedes Aegypti NO BRASIL, 1996/1998
QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL POR FASE/ATIVIDADE

FASE: CONSOLIDAÇÃO (1997)		ATIVIDADES					
		Pesquisa e Tratamento em PE's	Pesquisa em Armadilhas	Levant. de Índices	UBV Portatil	UBV Pesada	TOTAL
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	360	450	900	-	-	1.710
SUPERVISOR	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	36	45	90	-	-	171
SUPERVISOR GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	7	9	18	-	-	34
MOTORISTA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	43	54	108	-	-	205
TOTAL GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	446	558	1.116	0	0	2.120

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes Aegypti* NO BRASIL, 1996/1998
QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL POR FASE/ATIVIDADE

RESUMO DAS FASES (1997)		ATIVIDADES						TOTAL
CATEGORIA		Pesquisa e Tratamento em PE's	Pesquisa em Armadilhas	Levant. de Índices	UBV Portatil	UBV Pesada	Tratamento Focal em Imóveis	
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	1.213	1.250	900	16.000	914	32.000	52.277
SUPERVISOR	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	121	125	90	1.600	91	3.200	5.227
SUPERVISOR GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	24	25	18	320	18	640	1.045
MOTORISTA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	145	150	108	1.920	1.023	3.840	7.186
TOTAL GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	1.503	1.550	1.116	19.840	2.046	39.680	65.735

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes Aegypti* NO BRASIL, 1996/1998
QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL POR FASE/ATIVIDADE

FASE: ATAQUE (1998)		ATIVIDADES					
CATEGORIA		Pesquisa e Tratamento em PE's	Pesquisa em Armadilhas	LI + Tratam. Focal em imóveis	UBV Portatil	UBV Pesada	TOTAL
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	213	200	8.000	3.200		11.613
SUPERVISOR	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	21	20	800	320		1.161
SUPERVISOR GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	4	4	160	64		232
MOTORISTA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	25	24	960	384		1.393
TOTAL GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	263	248	9.920	3.968	0	14.399

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO Aedes Aegypti NO BRASIL, 1996/1998
QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL POR FASE/ATIVIDADE

FASE: CONSOLIDAÇÃO (1998)		ATIVIDADES					
CATEGORIA		Pesquisa e Tratamento em PE's	Pesquisa em Armadilhas	Levant. de Índices	UBV Portatil	UBV Pesada	TOTAL
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	480	600	1.200			2.280
SUPERVISOR	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	48	60	120			228
SUPERVISOR GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	9	12	24			45
MOTORISTA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	57	72	144			273
TOTAL GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	594	744	1.488		0	2.826

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes Aegypti* NO BRASIL, 1996/1998
 QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL POR FASE/ATIVIDADE

FASE: MANUTENÇÃO (1998)		ATIVIDADES						
CATEGORIA		Pesquisa e Tratamento em PE's	Pesquisa em Armadilhas	Levant. de Índices	UBV Portatil	UBV Pesada	TOTAL	
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	360	450	-			810	
SUPERVISOR	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	36	45				81	
SUPERVISOR GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	7	9				16	
MOTORISTA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	43	54				0	
TOTAL GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	403	504		0	0	0	907

PLANO DIRETOR DE ERRADICAÇÃO DO Aedes Aegypti NO BRASIL, 1996/1998
QUADRO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL POR FASE/ATIVIDADE

RESUMO DAS FASES (1998)		ATIVIDADES						TOTAL
CATEGORIA		Pesquisa e Tratamento em PE's	Pesquisa em Armadilhas	Levant. de Índices	UBV Portatil	UBV Pesada	Tratamento Focal em Imóveis	
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	1.053	1.250	1.200	3.200	0	8.000	14.703
SUPERVISOR	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	105	125	120	320	0	800	1.470
SUPERVISOR GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	20	25	24	64	0	160	293
MOTORISTA	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	125	150	144	384	0	960	1.763
TOTAL GERAL	EXISTENTE NECESSARIO SUPRIR	1.303	1.550	1.488	3.968	0	9.920	18.229

QUADRO 5

**ESTIMATIVA DE CUSTOS, POR ELEMENTO DE DESPESA, PARA O PLANO
OPERATIVO DE ERRADICACAO DO Aedes Aegypti NO BRASIL
PARA OS ANOS DE 1996 A 1998**

R\$ 1,00

ELEMENTOS DE DESPESA	CUSTOS (R\$)			TOTAL
	1996 (*)	1997	1998 (**)	
1. PESSOAL				
. Salario	333.088.140	142.752.060	142.752.060	618.592.260
. Diarias	1.083.600	928.800	928.800	2.941.200
. Indenizacoes	87.040.000	65.280.000	65.280.000	217.600.000
. Encargos	166.544.070	71.376.030	71.376.030	309.296.130
SUB TOTAL	587.755.810	280.336.890	280.336.890	1.148.429.590 79,19%
2. MAT. CONSUMO (***)				
. Larvicida	14.976.000	24.081.600	-	39.057.600
. Adulticida CE (UBV)	32.256.000	32.256.000	-	64.512.000
. Adulticida PM	1.996.800	3.194.880	-	5.191.680
. Oleo de Soja	376.320	376.320	-	752.640
. Combustivel	16.755.000	5.289.000	5.289.000	27.333.000
. Bolsa de Lona	1.165.100	374.740	374.740	1.914.580
. Uniforme	7.849.080	2.477.640	2.477.640	12.804.360
. Outros	450.709	6.590.274	3.227.869	10.268.852
SUB TOTAL	75.825.009	74.640.454	11.369.249	161.834.712 11,16%
3. EQUIP.MATER.PERMANENTE				
. Equip. UBV HD	1.389.000	-	-	1.389.000
. Equip. UBV Port.	6.400.000	-	-	6.400.000
. Pulver. Costal	85.300	-	-	85.300
. Pick up	117.460.000	-	-	117.460.000
. Caminhao	1.320.000	-	-	1.320.000
. Moto	2.054.000	-	-	2.054.000
. Bicicleta	244.800	-	-	244.800
. Microscopio	1.015.000	-	-	1.015.000
. Outros	1.300.000	-	-	1.300.000
SUB TOTAL	131.268.100		0	131.268.100 9,05%
4. SERVIÇOS DE TERCEIROS E ENCARGOS (****)				
	6.212.793	2.432.643	-	8.645.437 0,60%
TOTAL	801.061.712	363.857.642	291.706.139	1.450.177.839 100,00%

(*) - Esta incluido o valor de R\$ 93.290.830,00, referente a despesas com pessoal para 1996

(**) - Foi estimado para 1998, 50% do contingente de pessoal inicialmente admitido

(***) - Inclui 50% da compra de insumos necessarios para 1997

(****) - Inclui Recursos de Treinamento de Pessoal

QUADRO 3

PLANO OPERATIVO DE ERRADICAÇÃO DO Aedes Aegypti

RESUMO DO ORÇAMENTO

R\$ 1,00

EXERCÍCIO	DEPESAS			TOTAL
	PESSOAL	CUSTEIO	CAPITAL	
1996	587.755.810	82.037.802	131.268.100	801.061.712
1997	280.336.890	77.073.097	-	357.409.987
1998	280.336.890	11.369.249	-	291.706.139
TOTAL	1.148.429.590	170.480.148	131.268.100	1.450.177.838

QUADRO 4

DEMONSTRATIVOS DOS RECURSOS EXISTENTES (QDD) E NECESSARIOS PARA O
 PLANO OPERATIVO DE ERRADICAÇÃO DO AEDS AEGYPTI NO BRASIL
 - EXERCICIO / 1996 -

ELEMENTOS DE DESPESA	DESPESA ORÇADA (QDD)	NECESSIDADE ADICIONAL	NECESSIDADE TOTAL PARA 1996
1. PESSOAL(*)	15.600.000	572.155.810	587.755.810
2. MATERIAL DE CONSUMO	74.000.000	1.825.009	75.825.009
3. SERVIÇOS DE TERCEIROS	6.000.000	212.793	6.212.793
4. EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	26.400.000	104.868.100	131.268.100
TOTAL	122.000.000	679.061.712	801.061.712

(*) - Na despesa orçada (QDD) para 1996, não está incluído despesas com salário

**CONSOLIDAÇÃO DO DEMONSTRATIVO DE PESSOAL EXISTENTE,
NECESSÁRIO E A SUPRIR PARA O PLANO DIRETOR DE
ERRADICAÇÃO DO AEDES AEGYPTI NO BRASIL**

CATEGORIA FUNCIONAL	ESPECIFICAÇÃO	SITUAÇÃO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
NÍVEL SUPERIOR		EXISTE	30			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
SUPERVISOR GERAL		EXISTE	166			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
SUPERVISOR		EXISTE	641			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
GUARDA DE ENDEMIAS		EXISTE	15.120			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
AGENTE ADMINISTRATIVO		EXISTE	94			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
CARTÓGRAFO		EXISTE	19			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
MICROSCOPISTA		EXISTE	210			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
MOTORISTA		EXISTE	580			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				
TOTAL GERAL		EXISTE	16.860			
		NECESSÁRIO				
		A SUPRIR				

OBS.: Esta foi preenchida a partir de planilhas iguais de cada Unidade Federada. Representa, portanto um quadro consolidado do Brasi.

**CONSOLIDAÇÃO DO DEMONSTRATIVO DE VEÍCULOS EXISTENTE,
NECESSÁRIO E A SUPRIR PARA O PLANO DIRETOR DE
ERRADICAÇÃO DO AEDES AEGYPTI NO BRASIL**

CATEGORIA DE VEÍCULO	ESPECIFICAÇÃO	SITUAÇÃO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
PICK-UP		EXISTE	484			
		NECESSÁRIO A SUPRIR				
CAMINHÃO		EXISTE	21			
		NECESSÁRIO A SUPRIR				
MOTOCICLETA		EXISTE	186			
		NECESSÁRIO A SUPRIR				
BICICLETA		EXISTE				
		NECESSÁRIO A SUPRIR				
TOTAL GERAL		EXISTE	16.860			
		NECESSÁRIO A SUPRIR				

OBS.: Esta foi preenchida a partir de planilhas iguais de cada Unidade Federada. Representa, portanto um quadro consolidado do Brasil.