

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

SÍDIO WERDES SOUSA MACHADO

Gabinete de crise para combate à dengue — análise e avaliação do gerenciamento das ações para contenção da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008.

Niterói 2009

SÍDIO WERDES SOUSA MACHADO

Gabinete de crise para combate à dengue — análise e avaliação do gerenciamento das ações para contenção da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Defesa e Segurança Civil da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Angela Maria Abreu de Barros

Niterói 2009
SÍDIO WERDES SOUSA MACHADO

Gabinete de crise para combate à dengue — análise e avaliação do gerenciamento das ações para contenção da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008.

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Defesa e Segurança

Civil da Universidade

Federal Fluminense como requisito
parcial para obtenção do Grau de
Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Angela Maria Abreu de Barros-Orientadora
Universidade Federal
Fluminense -UFF

Prof. Dr. Roberto de Andrade Medronho
Universidade Federal do Rio de Janeiro
-UFRJ

Prof. Dr. Airton Bodstein
Universidade Federal Fluminense –UFF

Antes de tudo, quero dizer que este trabalho acadêmico não seria possível sem o apoio da minha família, que me estimula a seguir “sempre em frente”. Com carinho, eu dedico esta obra:

À minha mulher, Marinice; À minha filha, Michelle Nicié; Ao meu filho,
Pedro Gabriel; À minha mãe, Enedina.

E, não posso deixar de homenagear os amigos que passaram e deixaram saudades. Antonio Cássio Machado (pai); Antonio Carlos Sousa Machado (irmão);
Manuel dos Santos (sogra); Eunice Quaresma dos Santos (sogra).

Obrigado.

De modo muito especial, eu agradeço aos professores e amigos Ângela de Barros e Aírton Bodstein. A Ângela, por me orientar e nortear essa caminhada em novo campo, onde muitas sementes foram plantadas e certamente a colheita será farta. Ao Airton, pelo estímulo e pela oportunidade de re (começar) minha formação na área da Defesa Civil.

Agradeço ao colega de mestrado Leonardo Couri, major do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro (CBMERJ), pela abertura de canais junto aos oficiais da Defesa Civil Estadual e Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro;

Agradecimentos aos oficiais da Defesa Civil Estadual e do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro (CBMERJ), especialmente, o tenente-coronel CBMERJ Alexandre dos Santos Pinheiro, ao major CBMERJ, Rafael A. da Paixão, do Departamento Geral de Defesa Civil e o Capitão CBMERJ Paulo Ferreira Nunes pelas preciosas informações coletadas em entrevistas e que, sem elas, não seria possível a continuação deste trabalho.

Agradecimentos ao sargento CBMERJ Fabrício Nishio e ao cabo CBMERJ Gilberto Marcelo Moraes de Almeida pela valiosa colaboração através das entrevistas sobre o desenvolvimento de ações operacionais em campanhas contra a dengue junto às comunidades.

Agradecimentos ao grupo de militares integrantes do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro, que participaram da pesquisa de campo, elemento enriquecedor desta dissertação.

Agradecimentos ao Roberto Tenório, ex-Secretário de saúde do município de Niterói e membro participante do Gabinete de Crise de combate à dengue no Rio de Janeiro pelo auxílio no início deste trabalho;

Agradecimentos ao pesquisador Roberto Medronho, professor do IESC-UFRJ, pela entrevista e esclarecimentos de dúvidas durante a elaboração deste trabalho.

Agradecimentos a Dra. Ana Lúcia Fontes Eppinghaus, coordenadora de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói pela colaboração através de entrevista sobre as ações contra a dengue e sua integração com o Programa de Saúde da Família em Niterói, RJ.

Agradeço aos colegas, professores e coordenadores desta 1ª turma de Mestrado em Defesa Civil do país da qual, honrado, sou parte integrante. Aos funcionários da coordenação e a todos que me ajudaram a chegar a este momento.

Muito obrigado.

Esta dissertação se propõe a fazer um estudo sobre o gerenciamento de uma crise social provocada pela epidemia de dengue no Rio de Janeiro em 2008 e, ao mesmo tempo, se propõe a gerar subsídios para reflexões sobre as causas desse desastre humano. Tendo o Gabinete de crise como objeto, o presente trabalho é um estudo de caso que descreve a crise social e política provocada pela epidemia. O objetivo principal desta investigação é analisar e avaliar a eficácia das ações implementadas pelo Gabinete de crise, um comitê integrado pelos três níveis de governo para combater a epidemia. A elaboração do estudo utilizou a pesquisa documental e bibliográfica, além de entrevistas e questionários com autoridades militares, sanitárias e especialistas. No final de 2007, o Ministério da Saúde, baseado em dados epidemiológicos, alertou quanto à possibilidade de uma epidemia de dengue no Rio de Janeiro. As autoridades locais não executaram as ações de prevenção e a epidemia explodiu entre março e abril de 2008. A epidemia começou com um pequeno pico no ano anterior e avançou pelo inverno, quando a intensidade da doença e a densidade do mosquito diminuíram. No verão seguinte, o pico epidêmico cresceu e a doença provocou cerca de 250 óbitos. As ações de controle começaram somente no final de março, quando o número de casos e de óbitos era crescente. Em maio a epidemia declinou principalmente em função dos fatores climáticos e pela diminuição dos indivíduos susceptíveis. As ações coordenadas pelo Gabinete de crise foram de alcance estratégico, mas não podem ser interpretadas como fatores responsáveis pelo declínio da epidemia. A dengue é uma doença de cunho social. Depende de prevenção, depende das políticas de saneamento, distribuição da água, habitação e uso do solo urbano. Para preveni-la, as políticas públicas precisam estar envolvidas de modo intenso. É um problema de todos, do governo e da população.

Palavras-chave: Gabinete de crise, dengue, epidemia, crise social, desastre humano.

This essay's proposal is to make a study over the management of a social crisis caused by the 2008 dengue fever epidemic in Rio de Janeiro, while at the same time proposing to generate reflection over the causes of this human disaster. With the Crisis Cabinet as object, this work is a case study which describes this social and political crisis caused by the epidemic. The main goal of this investigation is to analyze and evaluate the efficacy of the actions implemented by the Crisis Cabinet, an integrated committee comprised by the three government levels to combat the epidemic. The study was created based on a documental and bibliographic research, as well as on

the interviews and questionnaires with the military, sanitary and specialist authorities. By the end of 2007, the Health Ministry, based on epidemiologic data, alerted as to the possibility of an epidemic of dengue fever in Rio de Janeiro. The local authorities did not put the preventive measures in practice and the epidemic appeared between March and April 2008. The epidemic started with a small peak in the previous year and advanced through winter, when the intensity of the disease and the population of mosquitoes dropped. In the following summer, the epidemic peak rised and the disease caused about 250 deaths. The control actions started only by the end of March, when the number of cases and deaths was rising. By May, the epidemic declined mainly because of the climatic factors and the decrease in the number of susceptible individuals. The actions coordinated by the Crisis Cabinet had a strategic reach, but cannot be interpreted as the factors responsible for the decline of the epidemic. Dengue fever is a disease with a strong social aspect. It depends on the prevention, the sanitary policies, the water distribution, habitation and use of urban lands. To prevent it, the public policies must be intensely integrated. It is a problem pertaining to everyone, the government and the population.

Keywords: Crisis Cabinet, dengue fever, epidemic, social crisis, human disaster.
I-LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Classificação dos desastres humanos de causas biológicas	2
Quadro 2 –Sistema Alfabético de Codificação CODAR, 2007	5
Quadro 3 –Plano de cooperação do Governo Federal–Rio de Janeiro–2008.....	99
Quadro 4 –Plano de cooperação do Governo Estadual –Rio de Janeiro–2008.....	100
Quadro 5 –Plano de cooperação-Governo Municipal–Rio de Janeiro–2008.....	101
Quadro 6 –Dengue: plano de cooperação-Forças Armadas -R. de Janeiro–2008.....	102

II-LISTA DE TABELAS

Tabela 1–Casos notificados por mês e por unidade federada – Brasil–2008.....	35
--	----

III-LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –Distribuição do <i>Aedes aegypti</i> no país – Brasil – 1996-2006	19
Figura 2 –Dengue: epidemias no Rio de Janeiro – 1986-2008.....	23
Figura 3 –Casos de dengue -Município do Rio de Janeiro-2005-2008.....	25
Figura 4 –Casos	

de dengue – Brasil – 1982-2008.....	26	Figura 5 –Dengue: número de casos e hospitalizações– Brasil – 1986-2008.....	27
dengue – Brasil – 2008.....	30	Figura 7 –Curva da epidemia de dengue – Rio de Janeiro – 2007-2008.....	34
Figura 8 –Casos de dengue por Municípios – Estado do Rio de Janeiro – 2008.....	36	Figura 9 –Casos de dengue – Município do Rio de Janeiro– 1º trim. –2005-2008.....	38
Figura 10 –Óbitos por dengue – Estado do Rio de Janeiro – 2008.....	40	Figura 11 –Casos de dengue – Estado do Rio de Janeiro – janeiro-abril -2008.....	48
Figura 12 –Curva da epidemia de dengue – Estado do Rio de Janeiro -2008.....	50	Figura 13 –Casos de dengue – Estado do Rio Janeiro – 2005-2008.....	61
Figura 14 –Dengue: comparação Município-Estado – Rio de Janeiro – 2005-2008.....	62	Figura 15 –Total de óbitos por dengue – Estado do Rio de Janeiro – 2008.....	73
Figura 16 –Dengue no Rio de Janeiro – Estado-Município -1986-2008.....	94	Figura 17 –Dengue: incidência mensal – Município do Rio de Janeiro – 2008.....	95
Figura 18 –Casos de dengue – Estado do Rio de Janeiro – 2007-2008.....	96	Figura 19 –Casos de dengue – Município do Rio de Janeiro – 2008.....	96
Figura 20 –Óbitos por dengue – Rio de Janeiro – acumulado 2008.....	97	Figura 21 –Dengue: taxa de incidência por bairros– Rio de Janeiro -2008.....	98
Figura 22 –Casos notificados de dengue – Estado do Rio de Janeiro – 2008.....	103	Figura 23 –Internações hospitalares -Rio de Janeiro-acumulado fev-out. 2008.....	104
Figura 24 –Dengue: gestantes e puérperas – Rio de Janeiro – acumulado 2008.....	105	Figura 25 –Casos de dengue: Municípios mais atingidos – Rio de Janeiro -2008.....	105
Figura 26 –Formas de dengue – Estado do Rio de Janeiro -acumulado 2008.....	106	Figura 27 –Dengue: criadouros de mosquito -município Rio de Janeiro-2008.....	108
Figura 28 –Criadouros em abastecimento de água -mun. Rio de Janeiro-2008.....	109	Figura 29 –Criadouros em depósitos domiciliares de água,Rio de Janeiro-2008.....	110
Figura 30 –Criadouros em lixo -município do Rio de Janeiro -2008.....	110	Figura 31 –Ouros criadouros do mosquito -município do Rio de Janeiro -2008.....	111

ABIN -Agência Brasileira de Inteligência CESDEC-RJ -Centro Estadual para Gerenciamento de Desastres da Defesa Civil CODAR -Codificação de Desastre, Ameaças e Riscos CONASS -Conselho Nacional de Secretários de Saúde CREMERJ -Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro CLF -Coordenação de Licenciamento e Fiscalização DC – Dengue Clássica DCC -Dengue com complicações DENV -Vírus da dengue 1, 2, 3 ou 4 DETRAN-RJ -Departamento Estadual de Trânsito do Rio de Janeiro FHD -Febre Hemorrágica da Dengue FIOCRUZ -Fundação Instituto Oswaldo Cruz FUNASA -Fundação Nacional de Saúde Grise -Gabinete de crise GSI-PR -Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IPP – Índice de Infestação Predial LIRAa -Levantamento Rápido do Índice de Infestação de *Aedes aegypti* OAB -Ordem dos Advogados

do Brasil OMS -Organização Mundial da Saúde OPAS -Organização Pan-americana de Saúde
 PNDC -Política Nacional de Defesa Civil PSF -Programa de Saúde da Família SAEI -Secretaria
 de Acompanhamento e Estudos Institucionais SVS-MS -Secretaria de Vigilância em Saúde do
 Ministério da Saúde SESDEC-RJ -Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil SMSDC-RJ
 -Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SEDEC -Secretaria Nacional de Defesa Civil
 SCD -Síndrome do choque da dengue UPA -Unidade de Pronto Atendimento

INTRODUÇÃO.....	1A
noção do risco em Saúde Pública.....	
3Sistematização dos Desastres Humanos de Natureza Biológica.....	
4Objetivos.....	
10Hipóteses.....	
11Relevância.....	11
1.0. HISTÓRICO E REEMERGÊNCIA DA DENGUE.....	13
1.1. Evolução histórica da dengue no mundo e nas Américas.....	13
1.2. Evolução histórica da dengue no Brasil.....	15
1.3. Reemergência da dengue no Brasil.....	18
1.4. Reemergência da dengue no Rio de Janeiro.....	22
1.5. Dengue: aspectos epidemiológicos no Brasil.....	25
2.0. A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA NO RIO DE JANEIRO.....	33
2.1. Magnitude dos números da dengue no município do Rio de Janeiro.....	35
2.2. A epidemia de dengue de 2008 pelo olhar da população.....	38
2.3. A epidemia de dengue de 2008 pelo olhar das autoridades públicas e sanitárias.....	47
3.0. ABORDAGEM SOBRE O GABINETE DE CRISE.....	56
3.1. O Gabinete de crise para o controle da dengue no Rio de Janeiro em 2008.....	60
3.2. Planejamento das ações para o controle da dengue no Rio de Janeiro.....	64
3.3. Operacionalização do plano para combate à dengue no Rio de Janeiro.....	68
3.3.1. Ações para melhoria da qualidade de atendimento à população.....	68
3.3.2. Ações de combate aos focos do mosquito.....	80
3.3.3. Ações da Defesa civil na operacionalização de combate à dengue.....	86
4.0. METODOLOGIA.....	90
5.0. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	
93CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	

112	REFERÊNCIAS.....
121	APÊNDICES
129	ANEXOS.....

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como proposta a análise e a avaliação do gerenciamento das ações executadas pelo Gabinete de crise (Gcrise), um comitê deliberativo criado pelo Ministério da Saúde para o controle da epidemia no Rio de Janeiro em 2008. A dimensão mensurável utilizada nesta avaliação foi a eficácia¹ das ações executadas pelos órgãos operacionais a partir das diretrizes do plano estratégico elaborado pelo Gcrise.

A dengue é uma doença infecciosa transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* (*A. aegypti*) sendo capaz de assumir o caráter epidêmico ou endêmico, conforme as condições ecológicas do ambiente. Atualmente a dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue (FUNASA, 2002).

Considerando a *força de infecção*² e o potencial de letalidade da dengue, que mata milhares pessoas no mundo, principalmente na sua forma conhecida como Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), os órgãos de Defesa Civil classificam essa doença como um “desastre humano de natureza biológica” (CASTRO & CALHEIROS 2007).

A Política Nacional de Defesa Civil (PNDC), instituída pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC), define desastre como “resultado de um evento adverso, natural ou provocado pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais”. A PNDC considera¹ Eficácia, segundo o dicionário *Aurélio*, é a qualidade ou propriedade de ser eficaz. No mesmo dicionário, eficaz é aquilo ou aquele que produz o efeito desejado; mesmo que eficiente. (FERREIRA, A.B.H. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000). Em outras palavras, eficácia é a capacidade de cumprir uma tarefa, de alcançar ou atingir uma meta, um objetivo e de validá-lo.

² Força de infecção é um parâmetro útil no estudo epidemiológico da disseminação de uma doença em uma população; ou seja, a força de infecção é definida como a incidência *per capita*, ou seja, o número de novos casos por unidade de tempo *per capita*, e representa a "velocidade" com que uma doença se propaga em uma comunidade. Tese de Doutorado de Claudia Helena Dezotti, UNICAMP, 2000. Disponível em:

<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000204384>. Acesso em: 20 ago.2009.

como humanos de natureza biológica: a dengue, febre amarela, leishmaniose, malária, peste, tripanossomíase, amebíase, cólera, diarreia, salmonelose, febre tifóide, febre paratifóide, shigelose, intoxicações alimentares, hepatite, poliomielite, outras doenças transmitidas por água e alimentos, coqueluche, difteria, gripe, meningite, sarampo, tuberculose, outras doenças respiratórias, Aids, outras doenças sexualmente transmissíveis, leptospirose, raiva, tétano, esquistossomose e outras doenças transmitidas por outros mecanismos (SEDEC-Brasil, 2008).

De acordo com a Codificação de Desastres, Ameaças³ e Riscos⁴-CODAR divulgada pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC-Brasil, 2007), a dengue é uma doença de característica epidêmica transmitida por mosquito, por isso, deve ser classificada como um “desastre humano relacionado com doença transmitida por vetor biológico” (QUADRO 1). Como desastre humano de causa biológica, as epidemias de dengue provocam sérias consequências sociais, políticas e econômicas para a região onde ocorrem.

Quadro 1 — Classificação dos desastres humanos de causas biológicas

Desastres Humanos Relacionados com Doenças Transmitidas por Vetores Biológicos	CODAR – HB.V/CODAR 23.1
Desastres Humanos Relacionados com Doenças Transmitidas por Água e Alimentos	CODAR – HB.A/CODAR 23.2
Desastres Humanos Relacionados com Doenças Transmitidas por Inalação	CODAR – HB.I/CODAR 23.3
Desastres Humanos Relacionados com Doenças Transmitidas por sangue e por outras secreções orgânicas contaminadas	CODAR – HB.V/CODAR 23.4
Desastres Humanos Relacionados com Doenças Transmitidas por Outros ou por mais de um Mecanismo de Transmissão	CODAR – HB.G/CODAR 23.5

Fonte: MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. Política Nacional de Defesa Civil, 2007. Nota: Quadro criado pelo autor a partir de dados obtidos em Política Nacional da Defesa Civil, 2007.

A Defesa Civil conta com um sistema de alerta para a adoção de providências rápidas em caso de calamidades ou de desastres, além de contribuir para as condições que demandam

³ Ameaça é a estimativa de ocorrência e magnitude de um evento adverso, expressa em termos de probabilidade estatística de concretização do evento e da provável magnitude de sua manifestação (PNDC, 2007). ⁴ Risco é a medida de danos ou prejuízos potenciais, expressa em termos de probabilidade estatística de ocorrência e de intensidade ou grandeza das consequências previsíveis. De outro modo, podemos definir risco como a relação existente entre a probabilidade de que uma ameaça de evento adverso ou acidente determinados se concretize, com o grau de vulnerabilidade do sistema receptor a seus efeitos (PNDC, 2007).

a medicina de desastres e para a mobilização hospitalar, utilizando a epidemiologia em suas rotinas (CASTRO & CALHEIROS, 2007).

De acordo com a Classificação Médica para Desastres criada pela Defesa Civil essa epidemia pode ser classificada como um “desastre de muito grande porte”, visto que foi necessário agregar reforços de profissionais da área de saúde de outras regiões, de outros estados brasileiros. O reforço de recursos humanos permitiu o planejamento de um sistema de redistribuição no atendimento aos doentes de dengue, o que reduziu a sobrecarga nos hospitais da região (SEDEC-Brasil, 2007). Analisando a epidemia de dengue 2007-2008 como “ameaça”, a probabilidade da concretização desse evento era alta, considerando-se que

o Ministério da Saúde já alertava desde o final de 2007 sobre essa possibilidade, e apontava como base a intensa proliferação de casos da doença no município e no estado. Além da proliferação de casos, o Ministério da Saúde apontava a situação como iminente perigo à saúde pública devido à presença do mosquito transmissor da dengue em mais de 1% (um por cento) dos imóveis do município do Rio de Janeiro (MS, 2008a).

A noção do risco em Saúde Pública

O risco pode ser definido como a “percepção do perigo, da catástrofe possível”. Considerando que o risco é uma construção social, não há risco sem uma população ou indivíduo que o perceba, por isso, pode-se afirmar que é a “tradução de uma ameaça, de um perigo para aquele que está sujeito a ele e como ele o percebe”. Definida desde a Renascença, a noção do *risco* mudou para as sociedades modernas. Hoje, entram na categoria dos *riscos* alguns fatores de vulnerabilidade que não eram considerados no passado, tais como epidemias, fome e flutuações meteorológicas como frio, seca e inundações (VEYRET, 2007).

Em função dos dados emitidos pelo Ministério da Saúde (MS, 2008a), a epidemia de dengue 2007-2008 caracterizava-se como um *risco* para a saúde pública do Rio de Janeiro considerando risco como tradução de uma ameaça com “probabilidade estatística de ocorrência de danos potenciais e conseqüências previsíveis”. No entanto, por conflitos políticos e pouca articulação entre os órgãos responsáveis, as autoridades do governo estadual e municipal custaram a tomar decisões para o controle da epidemia. Essa demora aumentou a vulnerabilidade do sistema de saúde pública local e criou condições para a dimensão e a magnitude que a epidemia assumiu, causando danos à população e transformando-se na mais grave crise de saúde pública do Rio de Janeiro.

Segundo Souza (1995), não saber avaliar os riscos implica em decidir, sob pressão, em situação de crise. O Brasil é um país que ainda não desenvolveu a cultura de gestão do risco, por isso, somente gerencia as crises. E, às vezes, com muita dificuldade a crise acontece sem qualquer aviso, sendo, ao mesmo tempo, um evento crítico e decisivo. Quando ocorre, não há tempo para planejamento, organização ou treinamento.

Outros autores concordam com Souza, e afirmam que a “crise é uma situação grave em que os fatos da vida em sociedade, rompendo modelos tradicionais, perturbam a organização de

alguns ou de todos os grupos integrados na coletividade” (DORIA JR. & FAHNING, 2007).

Nesse contexto, quando analisamos os riscos em saúde, principalmente em situações de epidemias, constatamos que os riscos somente são percebidos quando já ocorreram os efeitos negativos como doenças ou mortes de indivíduos. Nessas situações, os governos e as instituições públicas lidam com a crise e, muitas vezes, geram respostas não satisfatórias para os problemas.

Sistematização dos Desastres Humanos de Natureza Biológica

Pela Sistematização dos Desastres Humanos de Natureza Biológica da Política Nacional de Defesa Civil, a dengue recebe, de acordo com a Codificação de Desastres, Ameaças e Riscos (CODAR), as codificações alfabética e numérica CODAR-HB.VDE e CODAR-23.101, respectivamente (SEDEC-Brasil, 2007). Essa codificação tem quatro finalidades: a) uniformização da nomenclatura relacionada aos desastres, ameaças e riscos; b) desenvolvimento de uma base teórica para a criação de bancos de dados relacionados aos desastres, ameaças e riscos; c) interação entre os diferentes níveis de informações armazenadas em bancos de dados sobre desastres, ameaças e riscos com os programas informatizados, que se relacionem com cartografia e base geográfica; d) intercâmbio de informações relacionadas aos desastres, ameaças e riscos entre as diversas instituições (SEDEC-Brasil, 2008). O Sistema Alfabético de Codificação é estruturado com a sigla CODAR, seguida de 5 caracteres alfabéticos: WX.YZZ. Considerando-se o sistema alfabético, a dengue recebe a codificação CODAR-HB.VDE (QUADRO 2).

Quadro 2 — Sistema Alfabético de Codificação CODAR, 2007.

<i>Variável</i>	<i>Indicação</i>	<i>Especificidade</i>
W	Causa primária do agente causador	Desastres naturais -N
		Desastres humanos – H
		Desastres mistos – M
X	Natureza ou origem do agente causador	Desastres humanos de caráter tecnológico – T
		Desastres humanos de caráter social – S
		Desastres humanos de caráter biológico – B

Y	Classe do desastre, ameaça ou risco	Desastres humanos relacionados com doenças transmitidas por vetores biológicos -V Desastres humanos relacionados com doenças transmitidas pela água e/ou por alimentos -A Desastres humanos relacionados com doenças transmitidas por inalação -I Desastres humanos relacionados com doenças transmitidas pelo sangue e por outras secreções orgânicas contaminadas -S Desastres humanos relacionados com doenças transmitidas por outros ou por mais de um mecanismo de transmissão -G
Z	Duas letras	Dengue – D
Z	relacionadas ao desastre	Dengue – E

Fonte: MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. Política Nacional de Defesa Civil, 2007. Nota: Quadro criado pelo autor a partir de dados obtidos em Política Nacional da Defesa Civil-MI.

A codificação mostra que a dengue é classificada como um “desastre humano relacionado com doenças transmitidas por vetor biológico”. As epidemias são desastres provocados por ações ou omissões humanas. Como desastres de natureza biológica, resultam do acúmulo de deficiências no gerenciamento dos organismos promotores da saúde pública, muitas vezes agravadas pelo pauperismo, pelo subdesenvolvimento e pelos desequilíbrios ecológicos (SEDEC-Brasil, 2007).

As epidemias de dengue no Brasil surgem pela baixa implementação de políticas públicas de saúde. Por mais de sessenta anos, o território brasileiro esteve livre da dengue. Muitos fatores concorreram para a reemergência da doença no país, desde a falta de ações de cidadania por parte da população e omissão dos governos, até as alterações do ambiente, como o crescimento acelerado das cidades, a desorganização urbana e as alterações climáticas globais. Após o ressurgimento de surtos epidêmicos em espaços ambientalmente desordenados, tem-se constatado a endemização da dengue nos centros urbanos, tanto no Brasil como no mundo. Os desastres causados por epidemias/endemias de dengue estão associados aos problemas de cunho educacional, à natureza do habitat, à má ocupação do espaço urbano e ao crescimento das cidades. O desordenamento ambiental afeta a moradia humana, aumenta o nível de riscos ao próprio homem, visto que os descuidos com a moradia

o expõem aos sorotipos virais transmitidos pelo mosquito *A. aegypti*.

No último século, a população urbana aumentou dramaticamente em todos os países do mundo. Em função da excepcional mobilidade da população, as cidades se tornaram áreas de risco para a saúde das pessoas; a aglomeração e o desordenamento transformaram as cidades em

celeiros de doenças infecciosas, possibilitando o aparecimento de novos tipos de enfermidades e o retorno de doenças anteriormente controladas. Um exemplo é a dengue⁵, que

⁵ Neste trabalho utilizamos o termo “dengue” como substantivo feminino (“a dengue”) considerando ser este o tipo de gênero utilizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, conforme visita ao Portal Ministério da Saúde em 17 de julho de 2009 (Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 20 jul.2009).

foi reintroduzida no Brasil em 1981, e se tornou a doença urbana [transmitida por vetor biológico] mais comum no país.

Em “Histórico e reemergência da dengue”, aborda-se o ressurgimento da dengue no mundo e no país e o aumento da incidência da doença nos centros urbanos, principalmente no Rio de Janeiro. Sendo uma doença negligenciada, a dengue é hoje a arbovirose mais importante do mundo.

Entende-se por doença negligenciada⁶ “as doenças que afetam milhares [ou milhões] de pessoas ao redor do mundo, mas que não dispõem de tratamentos eficazes ou adequados. Em sua maioria, são doenças tropicais infecciosas que afetam principalmente pessoas pobres, [...]que geram um impacto devastador sobre a humanidade”.

A cada ano são registrados entre 50 milhões e 100 milhões de casos de dengue clássica no mundo e cerca de 500 mil internações por febre hemorrágica, com uma letalidade de 5% nestes casos. Cerca de 2,5 bilhões de pessoas encontram-se sob risco de infecção, particularmente em países tropicais onde a temperatura e a umidade favorecem a proliferação do *A. aegypti*. Dentre as doenças reemergentes, a dengue é a que se constitui em problema mais grave de saúde pública nos centros urbanos (TAUIL, 2002).

No Brasil, grande parcela da população das cidades não tem acesso aos bens materiais e sociais, como moradia adequada, bons serviços de saúde, educação de qualidade e saneamento básico. A falta de planejamento e baixo incremento das políticas públicas tem sido um entrave na solução dos problemas de saúde nas grandes metrópoles. Desde 1986, o país convive com epidemias de dengue, particularmente o Rio de Janeiro, onde em 2001-2002 ocorreu a maior epidemia do país com 288.245 casos/ano notificados. No período 2007-2008

o Rio de Janeiro enfrentou outra grave epidemia de dengue, um verdadeiro caos urbano, tanto

⁶ Disponível em: <http://www.dndi.org.br/Portugues/doencas_negligenciadas.aspx>. Acesso em: 24 jun. 2009.

no aspecto social quanto econômico, enquanto o restante do país apresentou uma queda de 40% na incidência dos casos da doença (Agência Brasil, 2008a).

A epidemia é abordada em “A crise da saúde pública no Rio de Janeiro”, onde se avalia a magnitude da epidemia no município. Acompanha-se a evolução da epidemia, no tempo e no espaço, tanto pelo olhar da população como pelo olhar das autoridades públicas e sanitárias envolvidas no controle da crise social.

Diante das epidemias cíclicas pode-se avaliar que a dengue configura-se como um grave problema de saúde pública, gerando gastos anuais de milhões de dólares (TAUIL, 2002). A grande expansão de doenças infecciosas como a dengue, aponta para a necessidade da reestruturação da vigilância epidemiológica, assim como exige a mudança das políticas de controle dos vetores (SILVA, 2001).

O Ministério da Saúde (MS, 2009b) defende que uma mudança importante seria a integração das ações de saúde e educação, além da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF)⁷, cuja taxa de abrangência no Rio de Janeiro é baixa quando comparada com o restante do país. Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2008b), um dos problemas enfrentados pelo município do Rio de Janeiro durante a epidemia de 2007-2008 foi a desestruturação da atenção básica, principalmente pela falta de adesão do município ao Programa de Saúde da Família. Em 2007, aconteceu em Campo Grande, MS, uma epidemia de dengue tão grave quanto à do Rio de Janeiro, causada pelos mesmos tipos de vírus (sorotipos⁸ DENV 2 e DENV 3), mas ocorreu apenas um óbito porque a cobertura do PSF era de bom nível. Outro exemplo foi Belo Horizonte, onde há uma cobertura de 70% do PSF. Nos últimos anos, na capital mineira não tem ocorrido grandes epidemias de dengue ou de outras doenças

⁷ O PSF tem como propósito a reorganização dos serviços de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Prioriza as ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é feito na Unidade de Saúde da Família (USF) ou no domicílio, por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (Ministério da Saúde, <http://www.saude.gov.br>)

⁸ Neste trabalho utilizaremos a simbologia DENV para os sorotipos do vírus da dengue, considerando ser essa mesma utilizada pelo Ministério da Saúde no país.

infecciosas, apesar de favelas, de violência e dos problemas de acesso. Isso comprova a visão de que a Saúde Pública não comporta soluções imediatistas, e precisa envolver a participação conjunta das agências governamentais e de toda a sociedade, num processo contínuo.

Em 2007-2008, diversos fatores concorreram para a explosão da epidemia de dengue no Rio de Janeiro. Além das deficiências dos programas de atenção primária à saúde, como o PSF, outros fatores como as condições ambientais (clima, relevo e vegetação) favoreceram a proliferação do mosquito vetor da dengue. Numa grande metrópole com milhões de habitantes, a desordem urbana surge pelo crescimento das áreas com moradias inadequadas, insuficiência da rede de abastecimento de água e saneamento básico, além de má higiene. Some-se a isso, a negligência da população com os cuidados elementares para evitar a proliferação de criadouros do mosquito e a falta de cuidados no descarte e na acomodação do lixo. Nos meses iniciais de 2008, a epidemia de dengue se alastrou rapidamente no Rio de Janeiro. Em consequência, instalou-se o caos. A “situação de emergência” foi reconhecida pelo poder público estadual e diante de uma situação desastre social, o Ministério da Saúde decidiu intervir e criar um Gcrise, que integrou os três níveis de governos e implementou as ações de combate à epidemia.

O Gcrise ficou sob a responsabilidade dos secretários de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde que coordenaram as atividades de planejamento, gestão e controle da grave epidemia. As Forças Armadas, representadas pelo Exército, Marinha e Aeronáutica, a Defesa Civil e o Corpo de Bombeiros foram convocados para participar do planejamento e das operações de campo.

Em “Abordagem sobre o Gabinete de crise”, avalia-se o processo de gerenciamento da crise provocada pela epidemia de dengue no Rio de Janeiro. As etapas do planejamento e as estratégias para o enfrentamento da catástrofe foram analisadas com base na eficácia⁹, a dimensão utilizada como indicador avaliativo dos resultados obtidos pelo Gcrise.

Considerando que este trabalho tem como objeto de estudo um elemento real e contemporâneo, ou seja, o “Gabinete de crise para o combate à dengue no Rio de Janeiro”, os instrumentos utilizados para se ter acesso às fontes foram diversificados. A pesquisa de um objeto como fenômeno real implica em ter poucas fontes de pesquisa sob forma de textos escritos, livros ou artigos, por isso, os procedimentos metodológicos incluíram a coleta de dados em órgãos oficiais, textos jornalísticos e a utilização de vídeos. Foram utilizados os transcritos de entrevistas de jornais, fotografias e documentos derivados de audiovisuais como entrevistas concedidas às televisões, tanto das autoridades como da população.

Para subsidiar o teor científico deste trabalho, analisaram-se diversos documentos oficiais e dados estatísticos dos boletins e mapas epidemiológicos disponíveis nos bancos de dados do

Na busca de informações e dados consistentes, foram desenvolvidas diversas entrevistas com personalidades civis e militares que participaram das operações do Gerise, com pesquisadores e com autoridades sanitárias que participaram do processo.

Objetivos

Como objetivo geral deste trabalho tem-se que analisar e avaliar o gerenciamento das ações do Gabinete de crise no combate à epidemia de dengue 2007-2008 no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos do trabalho são três, a saber:

a) Analisar e avaliar o plano estratégico elaborado pelo Gabinete de crise e as ações operacionais executadas pelos órgãos civis e militares para a contenção da epidemia de dengue 2007-2008 no município do Rio de Janeiro.

⁹ Nesta dissertação, o termo eficácia está sendo utilizado como sinônimo do termo eficiência, de acordo com o dicionário *Aurélio* (FERREIRA, A.B.H. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000), que define eficácia como aquilo ou aquele que produz o efeito desejado.

b) Distinguir e avaliar as ações de campo da Defesa Civil, do Corpo de Bombeiros e das Forças Armadas na contenção da epidemia de dengue 2007-2008 no município do Rio de Janeiro;

c) Propor alternativas para elaboração de planos que reduzam os impactos provocados pelas epidemias cíclicas de dengue no Rio de Janeiro, bem como de outras epidemias em que possam ser aplicadas tais estratégias.

Hipóteses

Gerou-se um trabalho capaz de responder às seguintes hipóteses:

a) O Gabinete de crise foi eficaz no gerenciamento do combate à dengue no Rio de Janeiro em 2008.

b) A experiência fornecida pelo Gabinete de crise no combate à dengue no Rio de Janeiro pode ser aplicada em outras situações de crise de saúde pública no país.

Relevância

Os riscos e ameaças expressam-se sob diversas formas na sociedade moderna, desde ações terroristas e conflitos armados até desastres e situações de emergências, como catástrofes, calamidades, guerras, epidemias e fome. No Brasil, os riscos de crises por desastres e situações de emergências são mais acentuados nas áreas de segurança e assuntos agrários. No entanto, setores como saúde pública, economia, trabalho e meio ambiente podem gerar crises, considerando “crise”¹⁰ como toda ocorrência ou evento que venha a ameaçar e

¹⁰ Crise é uma fase difícil, grave, na evolução das coisas, dos sentimentos, dos fatos, colapso. Definição de acordo com o dicionário *Aurélio* (FERREIRA, A.B.H. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000).

impactar a imagem [e outros parâmetros] de um país, governo, instituição ou empresa (COUTO et al., 2004).

Uma crise na área de saúde pública exige a ação dos vários níveis de governo e, na ausência de um planejamento preventivo, a instalação de um Gcrise para a solução do problema. Em 2008, por ocasião da epidemia de dengue no Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde criou, às pressas, um Gcrise com a finalidade de planejar as estratégias, orientar e acompanhar a execução das operações de gerenciamento da crise na área de saúde pública. Durante meses, esse gabinete trabalhou de acordo com o princípio de que “numa crise não se deve buscar objetivos muito amplos, difíceis de serem alcançados” (MELO, 2004). Sob elevada tensão, que não permitia a antevisão clara do curso da evolução da epidemia, o Gcrise trabalhou com cenários e criou um plano simples que se resumia a um conjunto de medidas e ações operacionais com foco nos dois elos da cadeia de infecção: o homem e o vetor.

A implantação de um Gcrise para solucionar uma epidemia foi uma situação inovadora no país, gerando novas metodologias para a contenção de doenças infecciosas em nosso meio. Considerando-se a necessidade de ampliar o conhecimento na área de gerenciamento de crise em

saúde pública, este trabalho torna-se relevante à medida que analisa e avalia o planejamento das ações propostas por um gabinete criado especificamente para o combate a uma epidemia urbana. Ainda como contribuição, este documento descreve, analisa e avalia a execução das ações operacionais pelos diversos órgãos civis e militares durante a crise, transformando-se, desse modo, em instrumento acadêmico capaz de subsidiar os processos decisórios em futuras situações de desastres humanos na área de saúde pública.

1.0. HISTÓRIA E REEMERGÊNCIA DA DENGUE

1.1. Evolução histórica da dengue no mundo e nas Américas

A palavra dengue tem origem espanhola e significa “melindre”, “manha”, fazendo referência ao estado de moleza e prostração em que fica a pessoa infectada pelo vírus causador da doença (MS, 2009a).

A dengue é uma doença que remonta à antiguidade. Existem registros de epidemias compatíveis com o quadro clínico da doença em uma enciclopédia chinesa datada de 610 d.C. Há descrições de surtos epidêmicos de uma doença febril aguda no oeste da Índia Francesa, em 1635, e outra no Panamá, em 1699, que podem ser relacionadas à dengue (BARRETO & TEIXEIRA, 2008).

A literatura registra que as primeiras epidemias de dengue ocorreram em 1779-1780 na Indonésia, no Egito e nos Estados Unidos. Desde essa época têm-se registrado diversas epidemias periódicas atingindo as Américas, a África, a Ásia, a Europa e a Austrália (TEIXEIRA, 2000). Órgãos do Ministério da Saúde como a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) concordam com os autores citados quando afirma que os primeiros relatos históricos sobre dengue no mundo mencionam a Ilha de Java [Indonésia], em 1779. Nas Américas, a doença é relatada há mais de 200 anos, com epidemias nas ilhas do Caribe [Américas Central e do Sul] e nos Estados Unidos (MS, 2009c).

Barreto & Teixeira (2008) afirmam que do final do século XVIII até as duas primeiras décadas do século XX, ocorreram oito pandemias e/ou surtos isolados de dengue, com duração de três a sete anos, que atingiram várias partes do mundo. Esses autores acreditam que quando os meios de transportes eram mais lentos que os atuais, um mesmo sorotipo persistia circulando em

determinada área, por alguns anos, causando surtos epidêmicos periódicos (BARRETO & TEIXEIRA, 2008).

Pontes (1994) cita importantes acontecimentos na epidemiologia da dengue na década de 1950: a identificação dos primeiros casos de febre hemorrágica da dengue (FHD) em 1953 nas Filipinas e em 1958 na Tailândia (TEIXEIRA, 2000). Na década de 1960 as epidemias por FHD espalharam-se pelo Sudeste Asiático: Vietnã do Sul (1960), Cingapura (1962), Malásia (1963), Indonésia (1969) e Mianmar (1970). Nas décadas de 1980 e 1990, ocorreu uma grande expansão geográfica da dengue hemorrágica para Índia e China, o que resultou em registros de milhares de casos e óbitos pela doença (BARRETO & TEIXEIRA, 2008).

Após a década de 60, os vírus da dengue foram classificados e numerados de 1 a 4: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4. Segundo Teixeira (2000), nesse período a dengue intensificou-se nas Américas. Em 1963, registraram-se os primeiros casos na Jamaica (vírus sorotipo DENV 3) que proliferaram na América Central (Martinica, Curaçao e Porto Rico), América do Norte (Estados Unidos) e América do Sul (Venezuela e Colômbia). Entre 1968 e 1970 ocorreram epidemias pelos sorotipos DENV 2 e DENV 3 no Caribe, Guiana Francesa e Venezuela.

Na década de 1970, novas epidemias de dengue clássico na Colômbia e Porto Rico. Em 1977, o sorotipo DENV 1 foi identificado na Jamaica e disseminou-se pelas ilhas do Caribe (TEIXEIRA, 2000). Após 1980 foram notificadas epidemias pelo sorotipo DENV 1 em vários países. O sorotipo 2, encontrado em Cuba, foi o responsável pelo primeiro surto de febre hemorrágica fora do Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental (MS, 2009a).

De acordo com Teixeira (2000), os primeiros casos fatais de dengue nas Américas ocorreram na década de 1960 em Curaçao¹¹ e na Venezuela; novos casos ocorreram na década de 1970 em Honduras, Jamaica e Porto Rico, porém com poucas confirmações laboratoriais

¹¹ Curaçao é uma das ilhas das Antilhas Holandesas, no Caribe, ao norte da Venezuela.
para satisfizerem os critérios da OMS quanto ao diagnóstico de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD). Segundo Maciel et al. (2008), em 1981, ocorreu uma grave epidemia de dengue hemorrágica em Cuba causada pelo DENV 2, onde 344.203 indivíduos foram acometidos, sendo

10.312 casos de FHD e 158 mortes. Entre 1989 e 1990, ocorreu nova epidemia na Venezuela com 3.108 casos de FDH e 73 mortes.

A reintrodução do DENV 3 em 1994, e sua rápida expansão para diversos países, provocou uma onda de epidemias nas Américas, principalmente no México e no Brasil. Nos últimos anos a incidência de dengue aumentou em todas as sub-regiões das Américas. Entre os anos de 1981 e 1996, foram notificados 42 mil casos de FHD com 581 óbitos. Considerando que os quatro sorotipos do vírus da dengue circulam na América do Norte e Central e na América do Sul, a OMS classificou o ano de 2007 como um “ano complexo” em relação às epidemias de dengue nas Américas. Em 2007 e 2008 ocorreram epidemias no Paraguai, Honduras, Guiana, Costa Rica e Brasil (MACIEL et al., 2008).

1.2. Evolução histórica da dengue no Brasil

As primeiras referências à dengue remontam ao período colonial entre 1846-1853. Na literatura científica existem relatos de epidemias de dengue no Brasil, em São Paulo (1916) e em Niterói (1923)¹², embora esses casos tenham sido baseados somente em critérios clínicos, sem confirmação laboratorial (BARRETO & TEIXEIRA). De acordo com a FUNASA, o Brasil ficou de 1923 até 1981-1982 sem nenhuma notificação de dengue. Após muitos anos, em 1982, em Boa Vista, Roraima, ocorreu uma nova epidemia com confirmação laboratorial

¹² Retirado do “Brazil-Medico”. Artigo publicado pelo Dr. Antonio Pedro (Do Hospital Paula Candido, Niterói, RJ). O dengue em Nictheroy. Anno 23, Volume 1, nº 13, páginas 174 a 177, 7 de março de 1923. Disponível em: <http://labutes.vilabol.uol.com.br/dengnit.htm>. Acesso em: 12 set. 2009.

no país, quando foram isolados os vírus DENV 1 e DENV 4 (MS, 2001). A introdução desses sorotipos pode ter ocorrido por via terrestre, oriundos dos países da região do Caribe e pela fronteira da Venezuela. A epidemia foi controlada e o vírus da dengue não se expandiu para outros estados brasileiros porque o mosquito *A. aegypti* ainda não estava disperso no país (TEIXEIRA, 2000).

A partir de 1986, várias epidemias de dengue clássico têm ocorrido no país, com isolamento de vírus DENV 1 e DENV 2 (MS, 2001). Entre 1986 e 1987 ocorreu uma epidemia pelo sorotipo DENV 1 no Rio de Janeiro. A partir da década de 1980 até 1990, a dengue espalhou-se pela região litorânea e para o interior do país, atingindo outros vários estados da região Sudeste e Nordeste (MS, 2009a). Em 1986, atingiu o Ceará e Alagoas e em 1987,

Pernambuco, São Paulo, Bahia e Minas Gerais (TEIXEIRA, 2000).

Desde então, a doença ocorre no Brasil de forma endêmica, intercalando-se com epidemias associadas com a introdução de novos sorotipos. Em 1990 foi identificado o sorotipo DENV 2 no Rio de Janeiro (MS, 2009a).

Na opinião de BARRETO & TEIXEIRA (2008), no início da década de 1990, a dengue se manteve praticamente restrita aos Estados do Rio de Janeiro, Ceará, Alagoas e Pernambuco, com poucas notificações de casos no Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Nos anos seguintes, os sorotipos DENV 1 e DENV 2 foram introduzidos em outros estados, acompanhando a expansão do mosquito vetor. Em dezembro de 2001, o sorotipo DENV 3 foi introduzido no Rio de Janeiro, sendo o responsável [em co-circulação com o sorotipo DENV 2] pela epidemia 2001-2002, que se alastrou pelo país. Em 2001 foram notificados 428.115 casos e, em 2002, foram 791.245 mil casos, ou seja, no período, o Brasil notificou cerca de 80% das ocorrências do continente sul-americano (BARRETO & TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Medronho (2006), após a introdução do sorotipo DENV 3 e a circulação simultânea dos sorotipos DENV 1 e DENV 2, o processo endêmico-epidêmico manteve-se predominantemente nas grandes regiões metropolitanas do país, contribuindo também para a disseminação da doença para outros municípios.

Segundo Teixeira e colaboradores (2008), a partir de 1988, as internações por Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) revelaram tendência clara de crescimento. No período entre 1990 e 2008 foram incluídos no Sistema de Vigilância Epidemiológica 8.885 casos de FHD hemorrágico, dos quais 995 (10,7%) ocorridos entre 1990 e 2000. O restante (7.980 casos) ocorreu entre 2001 e na primeira metade de 2008, ou seja, após a introdução do DENV 3. Entre esses casos, observaram-se 661 óbitos, representando letalidade média de aproximadamente 7,4%.

Outro importante acontecimento relacionado à FHD no Brasil refere-se à observação de que até 2006 os casos predominavam na faixa etária entre 20 anos e 40 anos de idade, porém, em 2007, verificou-se que 53% dos casos ocorreram entre menores de quinze anos de idade, mudança que se manteve no primeiro semestre de 2008 (TEIXEIRA et al., 2008; BARRETO & TEIXEIRA, 2008).

Segundo a SESDEC-RJ (2008a), a epidemia de dengue ocorrida no período 2007-2008 no Estado do Rio de Janeiro teve 255.818 casos notificados com 240 óbitos confirmados e 50 sob investigação; entre os óbitos confirmados, 100 (cem) foram por dengue hemorrágica. O município do Rio de Janeiro notificou 129.737 casos, ou seja, 51% do total. Dos casos notificados no Estado, 82.990 foram classificados como “Dengue Clássico”, 13.737 como “Dengue com complicações” (DC), 1.794 como “Febre Hemorrágica do Dengue” (FHD) e 50 como “Síndrome do Choque do Dengue” (SCD).

1.3. Reemergência da dengue no Brasil

Nas últimas décadas, o comportamento de doenças infecciosas como a dengue tem mudado em todo o mundo. A reemergência, assim como, o surgimento de doenças é resultado das mudanças sociais e ambientais ao longo da história humana, fazendo com que os patógenos tenham acesso a novas populações hospedeiras. As doenças infecciosas são, portanto, marcadores de processos ecológicos (SABROZA et al., 1995).

A dengue, uma doença infecciosa e negligenciada¹³, que varia de uma evolução benigna, na forma clássica, até uma doença grave ou fatal, a febre hemorrágica (DNDi, 2009).

Os primeiros registros de dengue no país ocorreram no século XIX. Na década de 1920, o *A. aegypti* foi erradicado do Brasil, por isso, entre 1923 e 1982 não houve registros de casos de dengue no país. O Brasil e mais 17 países das Américas conseguiram eliminá-lo de seus territórios graças à estratégia utilizada que foi a de uma campanha nacional, centralizada, verticalizada, com estruturação militar, onde a disciplina e a hierarquia eram características marcantes. Porém, a partir de uns poucos países que não obtiveram o mesmo êxito, o Brasil enfrentou reinfestações, as quais foram detectadas precocemente e eliminadas (MS, 2009c).

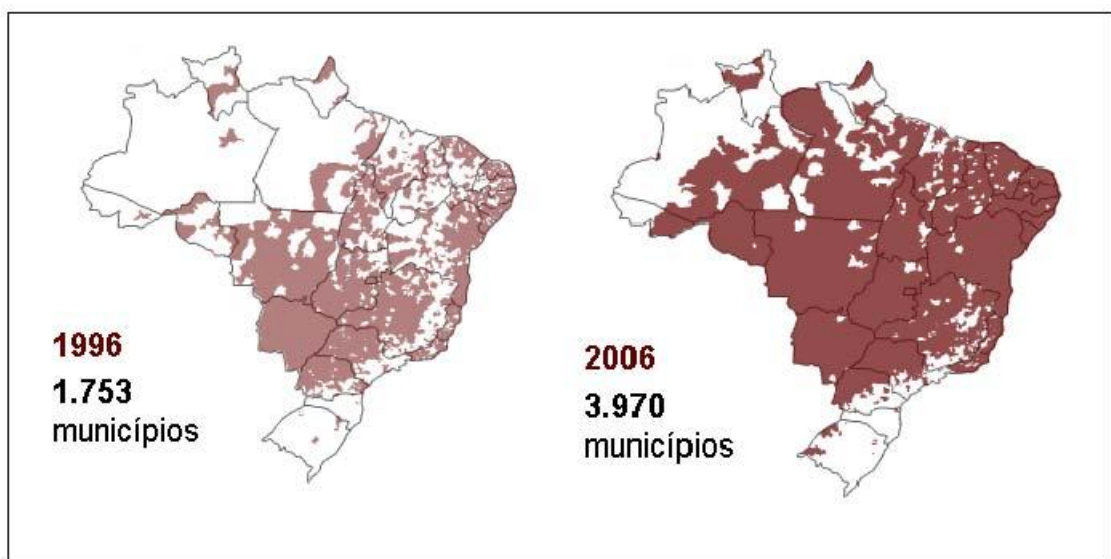
O mosquito *A. aegypti* reinviadiu o Brasil nos anos 1970, tendo sido responsável pela transmissão do vírus dengue nas epidemias registradas desde o início dos anos 1980 (CONSOLI et al., 1994). Em 1976, foi detectada uma reinfestação que se disseminou para

As doenças negligenciadas são doenças que afetam milhares de pessoas ao redor do mundo, mas que não dispõem de tratamentos eficazes ou adequados. Em sua maioria, são doenças tropicais infecciosas que afetam principalmente pessoas pobres, a exemplo da leishmaniose, [da dengue], da doença do sono, da malária, e da doença de Chagas, que geram um impacto devastador sobre a humanidade. Há um grande volume de trabalhos científicos que tratam da biologia, imunologia e genética dos parasitas causadores destas doenças, porém todo esse conhecimento não consegue se reverter em novas ferramentas terapêuticas para as pessoas afetadas. Ao contrário, tais doenças têm sido progressivamente marginalizadas por aqueles encarregados pelos programas de pesquisa tanto do setor público quanto do privado, essencialmente porque as pessoas que sofrem de doenças negligenciadas são pobres, e não oferecem um retorno lucrativo suficiente para que a indústria farmacêutica invista em pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos voltados para essas doenças. Fica claro, portanto, que a crise de falta de medicamentos para doenças negligenciadas não chegou às atuais proporções por falta de conhecimento científico, e nem somente pelo hiato entre a pesquisa básica e a pré-clínica (<http://www.dndi.org.br/>).

todas as Unidades da Federação e já foi detectado em quase quatro mil municípios (TAUIL, 2002). Hoje, o mosquito vetor acha-se disseminado em todos os estados brasileiros (LOURENÇO-DE-OLIVEIRA et al., 2004), conforme FIGURA 1.

Com a reinfestação pelo *A. aegypti*, a doença reemergiu no Brasil (TEIXEIRA, 2001). Lenzi & Coura (2004) concordam com Teixeira quando afirmam que a reemergência da dengue está diretamente relacionada à reinfestação do país pelo *A. aegypti*, por isso, desde 1986 vários estados brasileiros convivem com epidemias de grandes proporções, tornando o Brasil responsável por cerca de 80% do total de casos registrados nas Américas no período compreendido entre 2001-2002.

Figura 1 — Distribuição do *Aedes aegypti* no país – Brasil – 1996-2006



Fonte: Ministério da Saúde.

Para Teixeira (2001), a reemergência da dengue é um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, visto que tem grande potencial para evoluir para formas graves e letais. Câmara e colaboradores (2007) concordam com Teixeira quando afirmam que as formas graves (dengue hemorrágica e síndrome do choque da dengue) estão hoje presentes em quase todos os estados, com os sorotipos DENV 1, DENV 2 e DENV 3 circulando simultaneamente no país.

A reinfestação do país pelo mosquito *A. aegypti* tem relação direta com o processo

acelerado de urbanização das cidades (TAUIL, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (2002),

o mosquito vetor da dengue encontrou no mundo moderno, diversas condições favoráveis para a sua expansão, com destaque para a urbanização acelerada das cidades e as mudanças climáticas. Para Almeida et al. (2008), embora o vetor seja o mais importante elo da cadeia de transmissão, as razões para a reemergência da dengue são complexas e não totalmente compreendidas.

O rápido crescimento das cidades propiciou um ambiente com deficiências de limpeza urbana, descuidos com o abastecimento e armazenamento de água e uso de materiais não-biodegradáveis, como recipientes descartáveis de plásticos, vidros e outros materiais sintéticos. Diante de um cenário favorável, o mosquito vetor espalhou-se por uma área onde vivem cerca de 3,5 bilhões de pessoas em todo o mundo (MS, 2002).

No entendimento de Tauil (2002), diversos fatores de risco estão relacionados com presença do vetor e da doença, destacando-se o crescimento populacional, migrações, viagens aéreas, urbanização inadequada, mau funcionamento dos sistemas de saúde e densidade populacional. Para esse autor, dentre as doenças reemergentes a dengue é a que se constitui em problema mais grave de saúde pública.

Diversos autores como Pignatti (2004), em *Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil*, concordam com Medronho, ao afirmarem: “No caso da dengue, as condições de produção e reprodução da doença estão vinculadas à circulação do vírus em humanos e nos vetores que encontraram no ambiente urbano as condições ideais para desencadear surtos da doença. A produção de materiais descartáveis, a negligência com o lixo e o aumento de recipientes que acumulam água nos domicílios humanos, além da densidade populacional, não estão sendo encarados como fatores de enfrentamento da questão. As modificações ambientais, tanto no nível macro como no nível micro, afetam de forma geral a distribuição das doenças infecciosas. Os vínculos entre desenvolvimento econômico, condições ambientais e de saúde são muito estreitos, pois as condições para a transmissão de várias doenças são propiciadas pela forma com que são realizadas as intervenções humanas no ambiente. Assim, em intervenções mais bruscas, como a expansão da fronteira agrícola com o desmatamento rápido, pode ocorrer o deslocamento de vetores ou de agentes etiológicos, atingindo, num primeiro momento, tanto as populações diretamente envolvidas com o empreendimento como as comunidades localizadas próximas da área. Num segundo momento, estas doenças podem atingir periferias das grandes cidades ou populações inteiras, como no caso da febre amarela urbana. A ausência de políticas públicas integradas e a falta de uma priorização das medidas voltadas à promoção da Saúde Humana -nela incluídas as condições ambientais trazem-nos uma perspectiva um tanto sombria neste início de milênio (PIGNATTI, 2004).

Ao abordar a questão da reemergência de doenças infecciosas no Brasil, Tauil (2002)

nos remete a uma reflexão quando pergunta: “Por que o *A. aegypti* se multiplica e se dissemina tanto nos dias atuais?”. No entanto, o próprio autor propõe respostas, quando afirma:

“A sua proliferação nas Américas, e em particular no Brasil, tem múltiplos condicionantes. O fluxo rural-urbano intenso nos últimos trinta anos, resultou numa concentração populacional muito elevada em médias e grandes cidades. Mais de 80% da população brasileira vive hoje em área urbana. As cidades, pressionadas por essa demanda, não conseguiram oferecer condições satisfatórias de habitação e de saneamento básico a uma fração importante dos seus habitantes: em torno de 20% vivem em favelas, invasões, mocambos ou cortiços, onde, quando existem, o abastecimento de água e a coleta de dejetos, são irregulares. A necessidade de armazenar água para consumo em tonéis é um fator que favorece a proliferação do mosquito vetor. A opção, pelo processo industrial moderno, de embalagens descartáveis, contribui para a multiplicação dos mosquitos quando estas embalagens, de plástico, alumínio, vidro ou isopor, não são adequadamente recolhidas após sua utilização. O fantástico aumento da produção de veículos automotores contribui igualmente para a multiplicação do vetor, na medida em que aumenta o número de pneus usados dispostos inadequadamente no meio ambiente, comportando-se como recipientes prioritários para a postura de ovos pelos mosquitos, e permitindo o transporte passivo de ovos, larvas e insetos adultos facilitando a sua disseminação. Além das facilidades de proliferação e disseminação do *A. aegypti* oferecidas pelas condições atuais de vida urbana, o combate ao mosquito também apresenta limitações. Do ponto de vista institucional, alguns aspectos críticos podem ser detectados. As atividades de vigilância sanitária em nível municipal carecem de legislação de apoio e/ou de práticas de fiscalização, para eliminarem os criadouros do mosquito em pontos considerados estratégicos. Estes são as borracharias, com pneus expostos às intempéries do tempo; os cemitérios, com seus múltiplos vasos acumulando água; os depósitos de ferro velho a céu aberto retendo água de chuva; os terrenos baldios não cuidados, com múltiplos recipientes retendo água e as caixas d'água domiciliares descobertas. Outra dificuldade atual relacionada ao poder público é a ampliação e regularização do abastecimento de água encanada e da coleta freqüente do lixo, com destinação adequada, particularmente nas periferias das cidades. O terceiro componente institucional crítico é a inspeção predial e eliminação ou tratamento de reservatórios potenciais ou atuais de larvas de mosquito, e aplicação de inseticida em locais com transmissão ativa da doença. As grandes e médias cidades possuem hoje áreas de difícil acesso aos domicílios pelos servidores públicos, por razões de segurança: tanto em bairros de população mais abastada, como naqueles mais pobres. As inspeções são feitas durante o dia e muitos prédios encontram-se fechados, em função das atividades laborais de seus ocupantes. Dessa forma, a inspeção fica quantitativamente prejudicada e muitos focos de mosquito não identificados e, portanto, não tratados. Como é uma atividade intensiva de mão-de-obra, a inspeção de domicílios para levantamento dos índices de infestação e eliminação de focos, exige contratação, treinamento e supervisão de pessoal de campo, em quantidade suficiente para dar cobertura abrangente aos domicílios. Em virtude de limitações legais para contratação de pessoal, muitos municípios têm utilizado a terceirização como meio de superar as dificuldades legais. Os contratos, em geral, são temporários e às vezes sem garantias trabalhistas. Ora, como os servidores não permanecem muito tempo em empregos tão instáveis, mesmo que sejam bem treinados, não chegam a adquirir experiência suficiente para um trabalho de boa qualidade. A supervisão, por outro lado, é quase inexistente. Finalmente, o quarto elemento institucional importante é aquele relativo à informação, educação e comunicação da população sobre a necessidade e as formas de reduzir os fatores domiciliares que favorecem a multiplicação dos mosquitos. A mobilização comunitária para a adoção de práticas de redução dos vetores é de fundamental importância. Muitas vezes, a população tem a informação correta, porém suas práticas não são coerentes com o conhecimento do problema. A abordagem do assunto, tanto pelos meios de comunicação como pelas escolas, deve buscar justamente a mudança dessas práticas habituais facilitadoras da proliferação do *A. aegypti*”.

1.4. Reeemergência da dengue no Rio de Janeiro

De acordo com Tauil (2002), a reinfestação do país pelo *A. aegypti* ocorreu em 1976 e

o vetor da dengue disseminou-se para diversos estados brasileiros, dentre eles, o Rio de Janeiro. Não há dúvidas de que a falta de organização do espaço social das grandes cidades influencia a interação entre o vetor, vírus e homem, favorecendo a dispersão e o aumento da densidade do mosquito (MONDINI & NETO, 2007).

Na visão de Medronho (2006), diversas características podem contribuir para a proliferação do *A. aegypti* nos espaços urbanos:

“O processo de urbanização desordenado produzindo regiões com alta densidade demográfica com graves deficiências no abastecimento de água e na limpeza urbana, o intenso trânsito de pessoas entre as áreas urbanas e, fundamentalmente, a ineficiência no combate ao vetor tornam o controle da dengue uma árdua tarefa. A grande complexidade desse ambiente antrópico torna essencial repensar a estratégia de controle da doença. O mecanismo de produção da doença requer a adoção de políticas integradas entre diversos setores e não apenas a saúde. Deve-se ter em mente que a dengue embora se expresse na área da saúde, não é um problema específico desse setor. Além disso, as políticas de combate à doença devem extrapolar o âmbito municipal nessas grandes metrópoles. Na verdade, a integração das ações de controle do vetor deve começar no âmbito das próprias secretarias de saúde, já que em muitas delas a vigilância epidemiológica não está integrada à vigilância entomológica”.

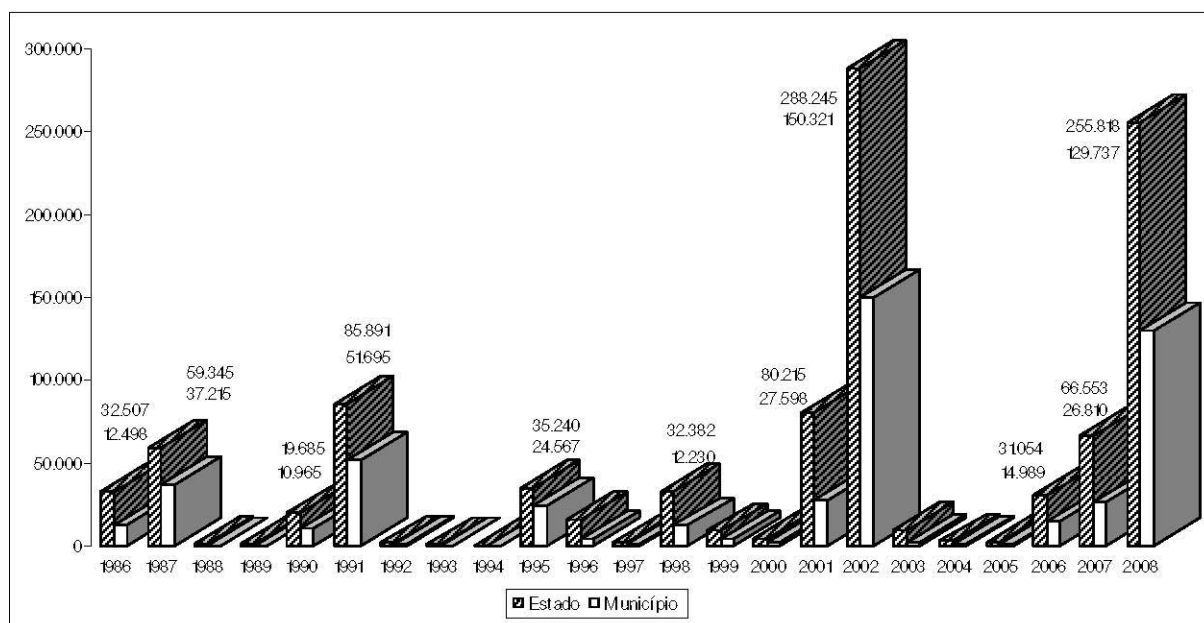
Após a reintrodução do vetor, a dengue ressurgiu no Estado do Rio de Janeiro em 1986 no município de Nova Iguaçu, e nesse mesmo ano, o município do Rio de Janeiro registrou a primeira epidemia (MEDRONHO, 1995).

Segundo Oliveira (1998), a epidemia começou em abril de 1986 e encerrou o ano com 12.498 notificações. Em 1987, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSDC RJ) registrou 37.215 casos. No Estado, a epidemia teve 91.852 casos notificados entre 1986 e 1987, todos do sorotipo DENV 1, sendo 32.507 casos em 1986 e 59.345 casos em 1987.

Após ressurgir no município do Rio de Janeiro, a dengue se tornou endêmica na região, apresentando anos epidêmicos. Com o crescente número de casos, o Estado do Rio de Janeiro passou a ser o responsável por uma grande parte dos casos registrados no país (NOGUEIRA et al., 1999).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC-RJ), desde o ano da reemergência, em 1986, o Estado do Rio de Janeiro notificou milhares de casos de dengue, o que pode ser acompanhado pela evolução das epidemias até o ano de 2008 (FIGURA 2). A média das taxas de incidência em anos não-epidêmicos foi de 27 casos por 100.000 habitantes, enquanto a média dos anos epidêmicos foi de 470 casos por 100.000 habitantes (SESDEC-RJ, 2008a).

Figura 2 — Dengue: epidemias no Rio de Janeiro – 1986-2008



Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ.

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

Após a epidemia de 1986-1987 observou-se um período de baixa endemicidade da doença por dois anos. No período 1988-1989, os casos registrados apontavam para um baixo nível de transmissão da doença, quando foram notificados, no município, 247 casos em 1988 e 436 em 1989. No entanto, um recrudesimento de proporções vultosas teve início em 1990, provocado pelo aumento da transmissão do sorotipo DENV 1 e pela introdução do sorotipo DENV 2, ocorrida também em Nova Iguaçu. A incidência da doença no Rio de Janeiro atingiu 165,7 por 100 mil habitantes, naquele ano, e em 1991, atingiu 613,8 casos por 100 mil habitantes. A entrada do vírus DENV 2 produziu os primeiros diagnósticos de febre hemorrágica da dengue (FHD) no país, quando foram confirmados 462 casos e 8 óbitos (TEIXEIRA et al., 2005; MACIEL et al., 2008).

Em 1990 a identificação do sorotipo DENV 2, desencadeou uma epidemia de grandes proporções com o surgimento dos primeiros casos de dengue hemorrágica. No período de 1990/91 foram notificados 105.576 casos, sendo 1.316 de dengue hemorrágica e 8 óbitos (LENZI & COURA, 2004). Desse total de casos de dengue hemorrágica, 639 casos foram notificados no município de Rio de Janeiro. No ano de 1991, somente no mês de janeiro, foram notificados 19.979 casos de dengue. No município do Rio de Janeiro, os casos notificados atingiram 10.965 em 1990 e 51.695 em 1991 (OLIVEIRA, 1998).

Nos anos de 1995 e 1998, duas outras epidemias de menores proporções ocorreram, com o registro de 35.240 e 32.382 casos, respectivamente. No ano de 2000, o sorotipo DENV 3 foi identificado no Estado do Rio de Janeiro e uma nova epidemia foi prevista pelas autoridades de saúde (LENZI & COURA, 2004). Segundo o epidemiologista Roberto Medronho¹⁴, isso ocorreu nos anos de 2001-2002, quando o município do Rio de Janeiro enfrentou a epidemia de dengue de maior magnitude do país.

Nos três meses iniciais de 2002 foram notificados 166.393 casos, sendo 1.408 de dengue hemorrágica e 53 óbitos. A situação se agravou drasticamente com a circulação do sorotipo DENV 3: foram 95.463 casos notificados no município (44% do total acumulado), sendo 571 de dengue hemorrágica e 31 mortes numa população de aproximadamente

5.500.000 pessoas (SESDEC-RJ, 2008b).

¹⁴ Informação oral obtida a partir de entrevista concedida pelo pesquisador Roberto Medronho, no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva -IESC-UFRJ, em 10/07/2009, às 15 horas.

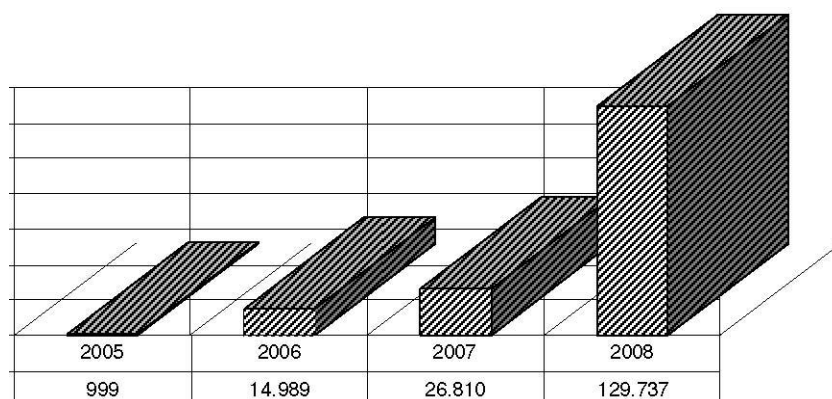
Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), no período 1986 a 2001, o município do Rio de Janeiro registrou 187.329 casos de dengue e 34 óbitos. Em 2003 e 2004, quando o município do Rio de Janeiro possuía uma população de 5.857.904 habitantes, registrou-se 1.511 e 552 casos, respectivamente, totalizando 2.063 casos de dengue no período. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (SESDEC-RJ, 2008b), a evolução da doença no município do Rio de Janeiro foi agravada entre 2005 e 2008. A FIGURA 3 mostra que em 2005 foram notificados 999 casos; em 2006 houve um aumento de notificações para 14.989 casos; em 2007, a notificação subiu para 26.810 e, em 2008, para

129.737 casos, o que representou 51% do total de 255.818 casos notificados no Estado. Essa epidemia de 2007-2008 pode ser considerada como a mais grave já ocorrida no país, com 240 óbitos confirmados, sendo 100 por dengue hemorrágica.

Figura 3 — Casos de dengue -município do Rio de Janeiro -2005-2008

■

140000 120000 100000 80000 60000 40000 20000 0



Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

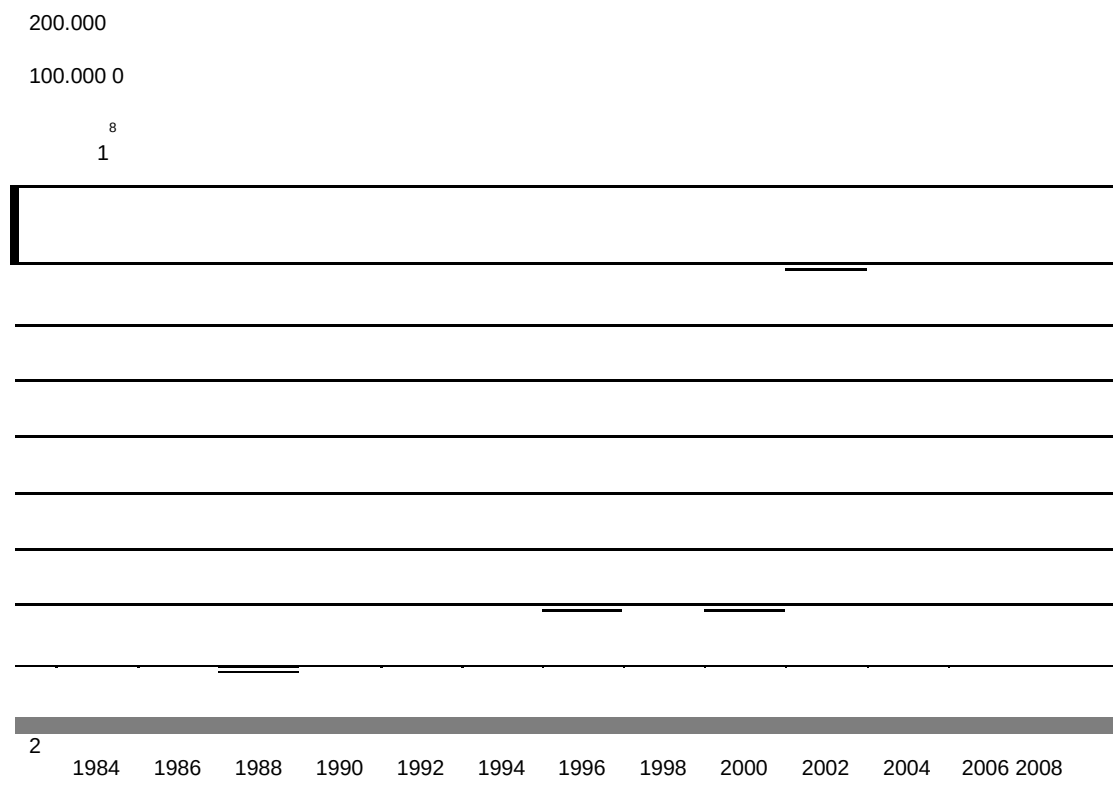
1.5. Dengue: aspectos epidemiológicos no Brasil

A ocorrência da dengue em forma epidêmica já não é uma singularidade no Brasil, considerando-se que há alguns anos, vários estados convivem com epidemias (MONDINI & NETO, 2007). Segundo o Ministério da Saúde, desde 1986, quando a dengue foi reintroduzida no país, em todos os anos há ocorrência de vários picos epidêmicos, muitas vezes relacionados com a chegada de um novo subtipo do vírus. Ao analisar a série histórica entre 1986-2008, que condensa os dados do Ministério da Saúde¹⁵, constata-se que na década de 90, mesmo em anos não epidêmicos, a doença registrou uma ocorrência de milhares de casos por ano. O pico epidêmico de 2002, em decorrência da introdução do sorotipo DENV 3, registrou 794.219 mil casos, a maioria no Rio de Janeiro. Em 2006 foram registrados 345.922 casos, sendo o Sudeste (141.864) e o Nordeste (105.017 casos) as regiões mais acometidas.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2008c), nos últimos quinze anos, a dengue se expandiu no Brasil, em especial pela dispersão do sorotipo DENV 3 no país, o que proporcionou o surgimento de surtos epidêmicos e epidemias nos diversos Estados. Também se observa que o tempo entre os ciclos da doença diminuiu (FIGURA 4).

Figura 4 — Casos de dengue – Brasil – 1982-2008





Fonte: SVS-Ministério da Saúde. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir dos dados da SVS-MS.

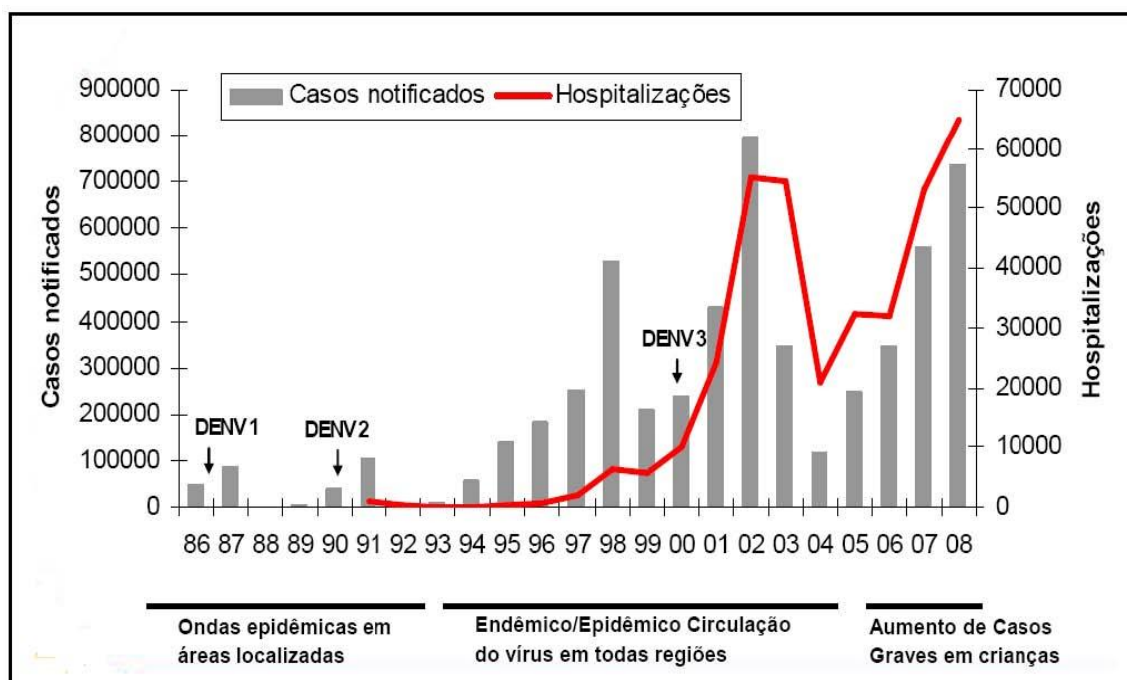
Segundo Pignatti (2004) as epidemias de dengue espalham-se pelo mundo a uma velocidade impressionante, afetando milhões de pessoas. O avanço da doença no Brasil insere-se em um contexto latino-americano, no permanente intercâmbio de pessoas e

¹⁵ Dados obtidos a partir do Portal do Ministério da Saúde – Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 23 jul. 2009.

mercadorias entre as diversas regiões do continente e do mundo, sugerindo uma “globalização” de vetores e agentes etiológicos (FRANÇA et al., 2004). O número de casos de dengue no Brasil é significativo. Entre 2001 e 2005, o país foi responsável por 56% dos casos de dengue nas Américas. A evolução da doença no país apresentou um comportamento cíclico, ou seja, anos com incidência mais alta e anos com incidência ¹⁶ mais baixa (COSTA & KALE). Em 2005, foram registrados 241.796 casos de dengue clássica e 43 óbitos pela forma hemorrágica, o que significa que em relação ao ano de 2004, houve aumento de aproximadamente 95% na média nacional (MONDINI & NETO, 2007). Desde 1986, a dengue tem evoluído como um dos principais problemas de saúde no Brasil, consumindo recursos financeiros dos serviços públicos de saúde,

conforme indicado pelo número crescente de hospitalizações nos últimos anos (FIGURA 5).

Figura 5 — Dengue: número de casos e hospitalizações – Brasil – 1986-2008



Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, A.J.L. & KALE, P.L. (In MEDRONHO et al. *Epidemiologia*. São Paulo:Ed. Atheneu, 2002. p.16) definem incidência como a frequência de casos novos de uma determinada doença, ou problema de saúde, ao longo de um determinado período.

No Brasil, a dengue ocorre principalmente no período entre janeiro e maio, época em que as condições climáticas são favoráveis à proliferação do *A. aegypti*. Além dos fatores climáticos, estudos realizados por Medronho (2006) mostram uma estreita associação entre os riscos de contrair dengue e os baixos níveis socioeconômicos da população. É importante que sejam verificadas as relações espaciais entre a transmissão de dengue e outras variáveis, como

o grau de imunidade da população em relação à linhagem viral circulante; local de infecção (moradia, estudo, trabalho); efetividade das medidas de controle; grau de aglomeração populacional; níveis de infestação vetorial; grau de verticalização das construções urbanas; indicadores de saneamento ambiental, hábitos e atitudes da população, entre outros. Nesse contexto, França (2004) concorda com Medronho quando afirma que a rápida deterioração do quadro epidemiológico local tem, sobretudo, forte determinação social, com a permanência da desigualdade na organização do espaço urbano gerando bolsões de pobreza carentes de saneamento básico, abastecimento de água potável e serviços de coleta de lixo, ou de uma estrutura adequada de educação e de saúde pública. Embora a dengue se caracterize por uma intensa dispersão geográfica e social, é também correto afirmar que tais bolsões constituem

ambientes mais propícios e vulneráveis ao surgimento de inúmeros criadouros do *A. aegypti*, aumentando a disseminação de epidemias. A redução de epidemias de dengue em várias cidades brasileiras depende de ações de controle voltadas para a melhoria da infra-estrutura urbana. Tais ações precisam motivar e envolver a população para reduzir a infestação ou mesmo erradicar *A. aegypti*. As ações, nos últimos anos, têm se caracterizado pela descontinuidade operacional dos programas de combate ao vetor, refletindo sua reduzida capacidade de gerar compromissos da sociedade e a não-priorização dessas medidas por parte das instituições públicas de saúde. Dessa forma, como ocorre na maioria dos países, são implementadas ações emergenciais de combate às epidemias, em detrimento de ações preventivas (TAUIL, 2001).

A partir da década de 60, as mudanças no modelo demográfico e econômico do Brasil favoreceram o fluxo migratório das zonas rurais para as regiões urbanas, gerando graves problemas de habitação e saneamento. Fatores como a urbanização acelerada, facilidades de transporte entre regiões e falência dos programas de controle do *A. aegypti* favoreceram o aumento da transmissão da dengue (CASALI et al., 2004).

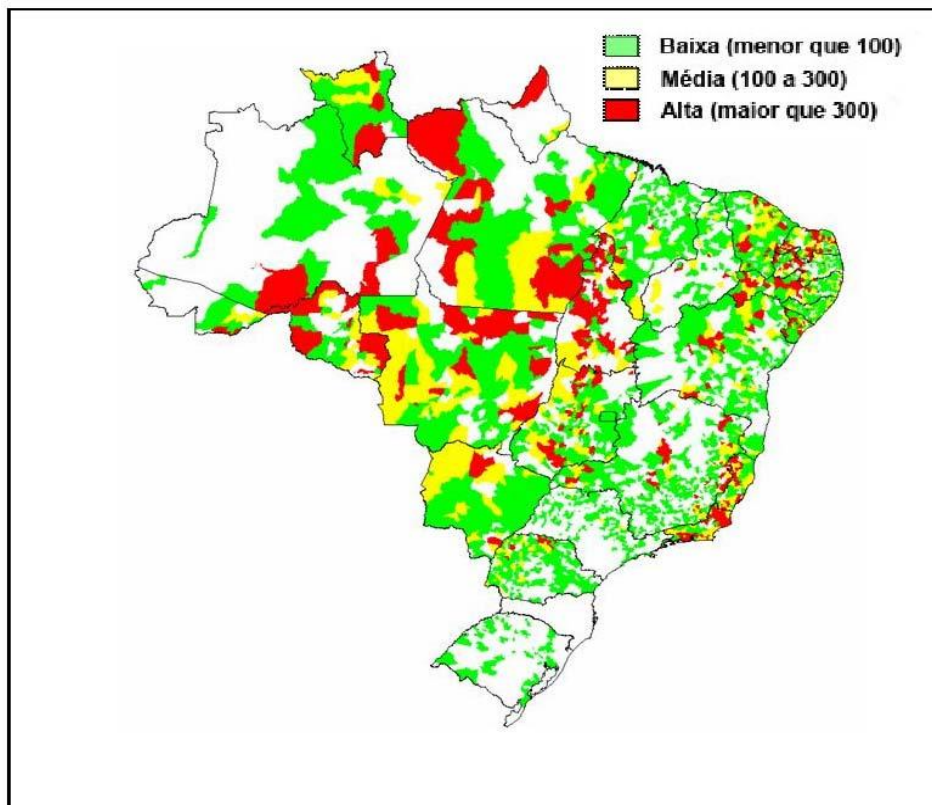
As epidemias de dengue ressurgidas no Brasil a partir dos anos 80 apresentam-se, entre as doenças transmitidas por vetores urbanos, como marcadores das condições de receptividade às doenças produzidas por nosso modelo de organização social (OLIVEIRA, 1998). No período de 1982 a 1998, foram notificados no Brasil 1.672.883 casos de dengue clássico, havendo a circulação dos sorotipos DENV 1 e DENV 2, principalmente. Em relação ao dengue hemorrágico, no período de 1990 a 1999, ocorreram 888 casos, sendo que destes 39 foram a óbito. As condições de permanência e circulação dos vírus estão fortemente associadas com a densidade e dispersão dos vetores. A forma de organização do espaço dos centros urbanos, o modo de vida de suas populações e os seus reflexos no ambiente criam as condições para a proliferação dos vetores (principalmente no espaço doméstico). Neste sentido, tanto as populações com más condições sociais ou econômicas, como as de melhores condições, estão sujeitas a adquirir a infecção (PIGNATTI, 1995).

Na análise das perspectivas atuais de controle das doenças vetoriais no Brasil como a dengue é importante considerar que mais de 80% da população brasileira, em média, vive hoje em área urbana, concentrada, particularmente, em grandes e médias cidades. Não só a população está concentrada em áreas urbanas, como esse processo ocorreu de forma tão rápida e intensa nos últimos 30 a 40 anos, que boa parte (cerca de 20%) dos moradores urbanos vive em condições precárias de habitação e saneamento, em favelas, mocambos, invasões e cortiços (TAUIL, 2006).

Se, nos próximos anos, o vírus DENV 4 infestar o Brasil, a epidemia de dengue provavelmente será explosiva, pois as precárias condições de habitação e saneamento básico nas grandes e médias cidades do país, somadas à ineficiência no combate ao vetor, tornam esses ambientes particularmente favoráveis à proliferação do mosquito transmissor do vírus da doença.

Não há no mundo, atualmente, país que tenha eliminado a transmissão da dengue após sua reemergência, desde a metade do século passado. O mosquito *A. aegypti* apresenta uma facilidade enorme de adaptação a diversas condições ambientais, por isso, desde 1986 vários estados brasileiros convivem com incidências de alta e média proporções (FIGURA 6).

Figura 6 — Incidência de dengue – Brasil – 2008



Fonte: Ministério da Saúde.

No entanto, outras atividades de controle da doença, como a redução de sua letalidade, por meio de uma assistência médica oportuna e adequada e a redução das dimensões das epidemias, por meio de uma vigilância ambiental e epidemiológica efetivas, podem e devem ser perseguidas, pois se mostram exeqüíveis. Provavelmente, o desenvolvimento de uma vacina eficaz seja o grande diferencial para modificar favoravelmente a perspectiva de controle da dengue (MS, 2006).

Medronho (1995) afirma que o único elemento controlável da cadeia epidemiológica da dengue é o seu vetor. Nesse sentido, faz um alerta:

“Faz-se necessário investir em pesquisa para o estudo mais detalhado do comportamento do *Aedes aegypti*. O conhecimento da produtividade dos diversos tipos de criadouros em meio urbano e dos condicionantes ambientais e a presença e a dinâmica do vírus da dengue nos mosquitos são de grande relevância para se compreender a dinâmica da transmissão da doença. As estratégias de controle do vetor procuram priorizar locais que contêm grande quantidade de

criadouros com formas imaturas do mosquito. Uma questão que vem sendo discutida atualmente é a produtividade do foco. Os pequenos focos parecem não ter grande importância na produtividade da forma alada e, conseqüentemente, na transmissão da doença. Assim, podem existir localidades com grande número de focos de pequeno porte, que tendem a ter baixa produtividade para as formas aladas do vetor. Por outro lado, um único foco de grande porte pode apresentar grande produtividade, além de contribuir para a geração de pequenos focos do mosquito. As ações educativas poderiam ser direcionadas preferencialmente para os grandes focos. Neste sentido, é fundamental incorporar a análise da produtividade dos criadouros de *A. aegypti*, através do cálculo de emergência de fêmeas adultas, levando-se em conta o número de pupas coletadas nos recipientes. A estimativa da produtividade poderia definir de forma mais precisa as áreas de risco e contribuir para otimizar as ações de controle do vetor. Uma boa iniciativa para o acesso das informações sobre o vetor foi tomada pelo Ministério da Saúde através da realização do levantamento rápido do índice de infestação predial, que deve ser mantido e ampliado para outros municípios. Esses dados devem ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde com a desagregação necessária para se conhecer índices por localidades e não apenas as médias municipais, que acabam por suavizar as diferenças intramunicipais. Até o momento a modulação do processo epidêmico infelizmente tem sido função da imunidade de grupo e não do controle eficiente do vetor. Assim, com a circulação do sorotipo 4 em países próximos ou mesmo fronteiriços, como a Venezuela, existe o risco da reintrodução desse sorotipo. [...] Neste cenário, a chave para a não ocorrência de uma epidemia explosiva é o eficiente controle do vetor. Ainda há tempo, embora pareça faltar vontade política em muitas situações”.

De acordo com Tauil (2006), o controle do dengue é um enorme desafio para o Brasil, cuja incidência é bastante elevada (FIGURA 6), e discorre sobre as alternativas para a interrupção da cadeia de transmissão da doença:

“O único elo vulnerável de sua cadeia de transmissão, com os recursos científicos e tecnológicos hoje disponíveis, é o vetor. Não se dispõe de tratamento etiológico e nem de uma vacina eficaz. O isolamento dos portadores do vírus é uma medida não efetiva, pois a grande maioria dos casos é assintomática ou oligossintomática, não permitindo sua identificação oportuna. O combate ao principal vetor do dengue, o mosquito *Aedes aegypti*, consiste em medidas contra as larvas e contra os mosquitos adultos. Os seus criadouros principais são produzidos pelos seres humanos, pois consistem em reservatórios artificiais de água. O programa de controle busca utilizar o menos possível drogas antilarvárias e inseticidas, valorizando a eliminação mecânica dos criadouros, quando possível. O mosquito adulto já apresenta resistência aos inseticidas organoclorados e organofosforados e está iniciando resistência aos piretróides. As larvas, igualmente já manifestam resistência incipiente ao produto organofosforado atualmente disponível. A aplicação espacial de inseticida, em ultrabaixo-volume, deve ser reservada para situações especialíssimas de surtos epidêmicos, tendo em vista sua baixa eficácia, danos ao meio ambiente e custo elevado. A eliminação de criadouros para redução da densidade de infestação e conseqüente redução da transmissão da doença é de natureza multissetorial, uma vez que depende de melhoria do abastecimento de água, da coleta regular do lixo, das condições de moradia e da educação da população”.

2.0. A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA NO RIO DE JANEIRO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2005), para permanecer livre das epidemias de dengue, um município precisa manter alguns indicadores em níveis satisfatórios. O indicador recomendado pelo Ministério da Saúde é o Índice de Infestação Predial (IIP) do mosquito da dengue, que é determinado pela metodologia do Levantamento Rápido do Índice de Infestação de *Aedes aegypti* (LIRAA)¹⁷. A metodologia seleciona uma amostra, um percentual de imóveis do município que, vistoriados, permite um rápido diagnóstico da presença do mosquito vetor na

região. O levantamento identifica os locais com altos índices de infestação do mosquito e mapeia a situação do município, servindo como base para o planejamento e a execução das ações preventivas contra a dengue. Os estratos em que menos de 1% dos imóveis apresentam infestação por larvas do *Aedes aegypti* são considerados em condições satisfatórias. Os grupos com índice de infestação predial de 1% a 3,9% estão em situação de alerta; e com índice superior a 4% apresentam risco de surto de dengue.

Sobre a importância do índice de infestação, ressaltou o Ministro da Saúde¹⁸: “No último verão [de 2008], a cidade do Rio de Janeiro não estava em situação de risco, mas, sim, de alerta. Não fez e manteve o dever de casa, o que causou um aumento significativo do número de casos” (José Gomes Temporão, Ministro da Saúde).

O epidemiologista Roberto Medronho¹⁹ falou sobre o aumento significativo do número de casos que culminou com a epidemia de 2007-2008:

Implanta
do pelo
Ministério
da Saúde
em 2004, o
LIRAa é
uma
metodologi
a utilizada
para
identificar
os
criadouros
predominan
tes e a
situação de

17

infestação dos municípios. Participam capitais e cidades de regiões metropolitanas; municípios com mais de 100 mil habitantes, de fronteira ou com grande fluxo de turistas. O município é dividido em grupos (ou estratos) de 9 mil a 12 mil imóveis com características semelhantes. Em cada grupo, os agentes de saúde visitam cerca de 450 casas, lotes baldios, estabelecimentos comerciais e prédios públicos. A responsabilidade de aplicar a metodologia é dos próprios municípios. Embora o levantamento não seja obrigatório, o Ministério da Saúde recomenda sua realização, pois ele permite o direcionamento oportuno das ações de controle para as áreas mais críticas, no período que antecede os meses de janeiro a maio, quando ocorrem 70% dos casos de dengue. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?CO_NOTICIA=10837&id_area=124&pg=dspDetalheNoticia. Acesso em: 16 de nov. 2009.

¹⁸ Notícia “Sobre o Ministério” obtida a partir do Portal do Ministério da Saúde – Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=30020. Acesso em: 24 jul.2009.

A
e
p
i
d
emia de 2007-2008 foi fruto da falência das políticas de controle do município, [falência] evidenciada pela magnitude das epidemias de dengue. Começando por 2002, que foi a maior epidemia de toda a história do Brasil; a de maior magnitude, com um número de casos assustador.

ia de 2008, que começou, na verdade, em 2007 e estourou assustadoramente

A
ep
id
e
m

em 2008, foi mais grave [que as demais] porque os vírus estão circulando e sensibilizando a

população, que então passa a ter proteção contra o sorotipo DENV 1, mas

não tem
contra o

DENV 2
ou
DENV 3;
ou tem
contra
DENV 2

e não tem contra DENV 3. Então,

objetivamente era esperado o que aconteceu.

Segundo Medronho, a epidemia de dengue 2007-2008 foi a “crônica da epidemia

anunciada” (FIGURA 7). O que significa dizer que:

“ue] anuncia ser epidemia, tem um primeiro pico pequeno no ano anterior em relação ao segundo; nada é feito; entra o inverno, a atividade da doença abaixa porque a atividade do mosquito é baixa, e se tem um pico enorme no verão seguinte, mostrando que nada se fez para impedir a introdução do vírus. Ele entrou, circulou pouco, nada se fez [ou se fez de forma ineficiente] para evitar a grande epidemia que vem no verão seguinte. Isso ocorreu em 1986-1987, 1990-91, [1995-96], 2001-2002, 2007-2008. Ciclicamente a cada 4 ou 5 anos. Infelizmente, o governo adota o seguinte discurso. O número de casos baixou 50% no Brasil; no Rio de Janeiro baixou em 90%. Claro depois de um grande processo epidêmico ... e atribuir isso ao sucesso de combate ao vetor! O sucesso se deve ao esgotamento de indivíduos susceptíveis. O processo de esgotamento da dengue é mediado mais pelo esgotamento de susceptíveis, mais do que o combate ao vetor. (Entrevista com o epidemiologista Roberto Medronho, no IESC-UFRJ, em 10/07/2009).

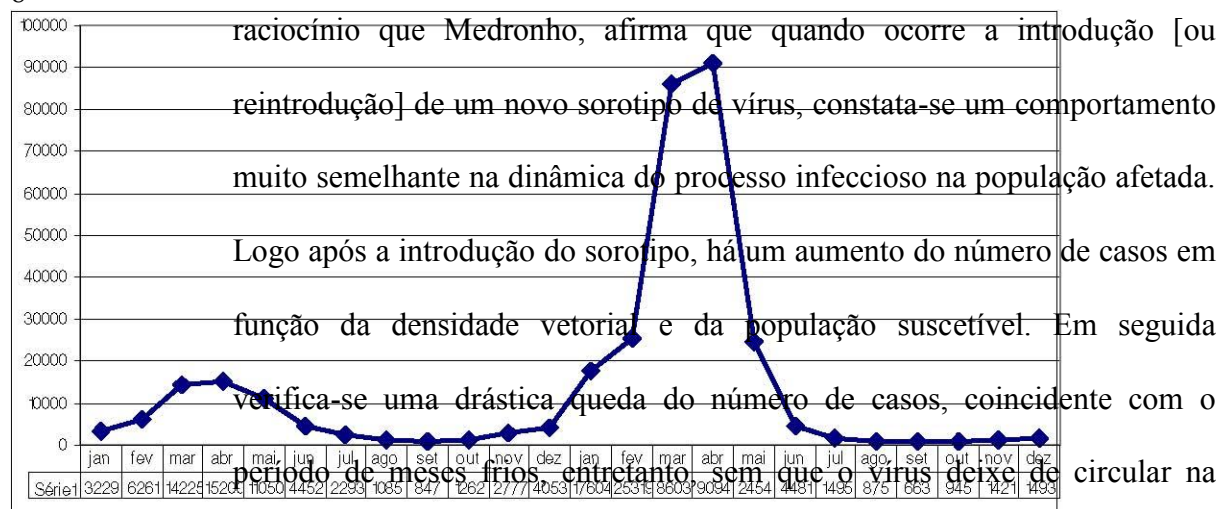
Figura 7

Curva da
epidemia de
dengue –
Rio de
Janeiro –
2007-2008

SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul. 2009.

¹⁹ Informação oral obtida em entrevista para o desenvolvimento desta dissertação no IESC-UFRJ, Rio de Janeiro, em 10 jul. 2009.

Nesse contexto, Casali et al. (2004), seguindo a mesma linha de



Fonte:
SESDEC-R
J/SAS/SVS
/CVE/DTI/

população. Com a chegada dos meses quentes há uma elevação da temperatura, dos índices pluviométricos e da umidade relativa do ar, fatores

ambientais
s
altamente
propícios

epidêmica ocorre, desta vez, assumindo um caráter explosivo. Este fato possivelmente está relacionado ao controle ineficiente do vetor da doença, tendo o comportamento do processo epidêmico sido regulado fundamentalmente por questões de ordem climática e populacional.

à

proliferaç

ão do

vetor da

doença.

Assim,

uma nova

onda

Casos
notificados
por
mês e
unidade
federada
– Brasil –
2008.

Reg/UF

Jan

Fev

Mar

Abr

Mai

Jun

Jul

Ago

Set

Out

Nov

Dez

Brasil
Sudeste
Minas
Gerais
Espírito
Santo
Rio de
Janeiro
São Paulo

53.946

61.427

91.923

23.533

230.829

1.069

77

3.298

53

21.261

28.192

52.475

12.123

114.051

691

46

3.148

45

2.302

3.780

7.894

2.373

16.349

2

2

4

1

955

1.338

5.120

3.185

10.588

2

0

0

0

17.532

22.455

38.959

6.565

85.511

686

44

3.141

43

472

629

502

x

1.603

1

0

3

1

Tabela 1

Ministério da Saúde – Situação epidemiológica da
dengue (28 mar. 2008) Secretaria de Vigilância
em Saúde (SVS-MS)

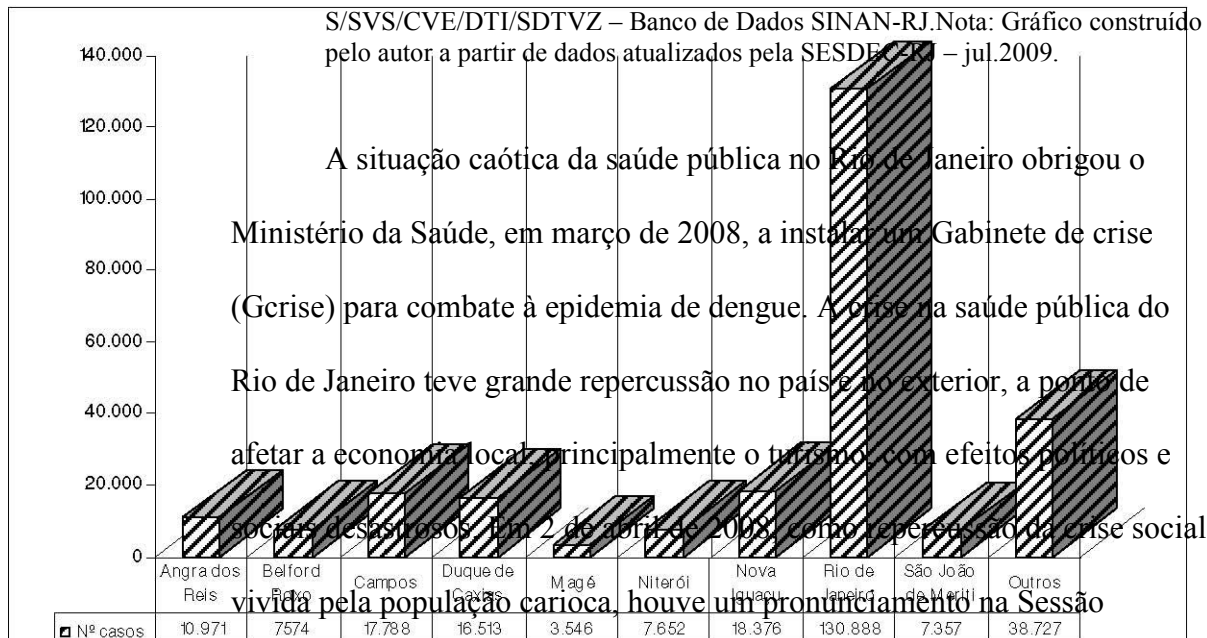
No final de 2007 o número de casos de dengue era crescente e, na verdade, já representava uma situação de epidemia, anunciando o processo explosivo que poderia ocorrer no início de 2008. Lamentavelmente, nada se fez [ou se fez de forma ineficiente] para evitar a grave epidemia, que se instalou, e gerou uma crise com 240 óbitos e milhares de pessoas doentes no Rio de Janeiro. Entre janeiro e dezembro de 2008, segundo dados epidemiológicos da SESDEC-RJ (2008a), o Rio de Janeiro concentrou 51% das notificações, com um total de

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Brasil	53.946	61.427	91.923	23.533	230.829	1.069	77	3.298	53				
Sudeste	21.261	28.192	52.475	12.123	114.051	691	46	3.148	45				
Minas Gerais	2.302	3.780	7.894	2.373	16.349	2	2	4	1				
Espírito Santo	955	1.338	5.120	3.185	10.588	2	0	0	0				
Rio de Janeiro	17.532	22.455	38.959	6.565	85.511	686	44	3.141	43				
São Paulo	472	629	502	x	1.603	1	0	3	1				

-2008

F
o
n
t
e
:

M



Fo
nte
:
SE
S
D
E
C-
RJ
/S
A

Plenária do Senado Federal²⁰, em

Brasília. Abaixo, a transcrição na íntegra, do discurso do senador Antonio Carlos Valadares

(BRASIL, 2008):

S
r
.

P
r
e
s
i
d
e
n
t
e
,

n
ã
o

s
e

j
u
s
t
i
f
i
c

a, em hipótese alguma, a explosão da dengue em um País como o nosso. E todos nós sabemos como essa situação dramática está se refletindo no exterior, prejudicando a boa imagem que duramente temos conquistado lá fora. O Brasil acaba de ingressar na lista dos países de alto Índice de Desenvolvimento Social (IDH) e hoje, inegavelmente, é uma das dez potências industriais do mundo. Portanto, não precisávamos estar vivendo essa situação dramática, caótica, por que passa o Rio de Janeiro neste momento e que conta com a minha solidariedade e a de todos os Senadores e Senadoras. Só seremos um país efetivamente desenvolvido quando tais situações não mais se repetirem. Essa crise no Rio de Janeiro é coisa de país subdesenvolvido, de Estado subdesenvolvido. Temos de reconhecer. Neste momento, passa a ser crucial a união de esforços e a articulação de iniciativas, para que a situação não transborde e não continue escapando ao controle público. E é igualmente essencial que tomemos consciência de que o Brasil não precisa passar por calamidades como esta. Foram anunciadas e são bem-vindas iniciativas nas três esferas do Poder Público, ou seja, ações emergenciais no sentido de combate aos males da dengue, e o próprio Ministério da Saúde criou um gabinete de crise para estratégias conjuntas com o Município do Rio de Janeiro, os demais Municípios e o Governo do Estado. A contratação de agentes de saúde está sendo aumentada e também o número de leitos, exclusivamente para atendimentos à dengue. Até o Exército está sendo mobilizado. Mas a verdade, Sr. Presidente, é que o Rio de Janeiro vive uma epidemia de dengue, e a estrutura sanitária não estava devidamente preparada para isso. O número de casos supera todos os recordes, ao ponto de, neste momento, já termos o maior surto de dengue dos últimos seis anos. O número de mortes supera em cinco vezes aquele ocorrido na última grande epidemia. A velocidade de expansão da doença supera a das epidemias anteriores. Para complicar o quadro, temos o retorno de uma variedade de vírus ausente na região desde os anos noventa. O mais aterrador nisso tudo, Sr. Presidente, é que a taxa de letalidade, ou seja, de pessoas que

m r da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o
o infectologista Marcos Boulos, argumenta que nunca viu taxa de
r letalidade tão alta, exceto nas Filipinas, na década de 50. A taxa de
r mortalidade, portanto, é chocante, e a maioria dos casos está
e concentrada na capital fluminense, no Rio de Janeiro – cidade
m belíssima pelos seus atrativos naturais; pela natureza tão peculiar que
, deu ao Rio de Janeiro uma das imagens mais lindas da humanidade. Já
é ocorreram, como se sabe, mais de 100 mortes por suspeita de dengue
até agora, mas 54 delas foram confirmadas por exames. No entanto,
acho importante chamar a atenção para um problema estrutural. E
m peço que me acompanhem no raciocínio. Na metade do século
u passado, época em que o mosquito, principal vetor da febre amarela,
i foi erradicado, em que se desdobraram as ações de Oswaldo Cruz,
t sabemos que, para uma população carioca que não chegava a um
o milhão de habitantes, o número de agentes sanitários era muitas vezes
superior ao atual. Olhe, na época de Oswaldo Cruz tínhamos agentes
a sanitários em quantidade maior que a de hoje. O mosquito voltou,
l agora como vetor não mais da febre amarela mas da dengue, e, no
t entanto,
a o número de agentes sanitários não chega a 5% daquele que havia
. quando a febre amarela foi superada no Rio de Janeiro. Em outras
palavras, Sr. Presidente, o dado é o seguinte: se hoje a Prefeitura do
O Rio de Janeiro – de César Maia – dispõe de apenas 2,2 mil agentes
sanitários para combate ao mosquito, na década de 50, quando o
D mosquito foi vencido, tínhamos quase 5 mil agentes sanitários – isso
i mesmo, 5 mil agentes sanitários.

obtido a partir do Portal do Senado Federal, Brasília, 2008. Disponível em: Atividade
Legislativa – Pronunciamentos

-<http://www.senado.gov.br/sf/atividade/pronunciamento/detTexto.asp?t=373022>. Acesso
em: 25 jul. 2009.

²⁰ Discurso
na íntegra

L conta o tamanho atual da população carioca, se
e quiséssemos manter aquela proporção, hoje seriam
v necessários sabe quantos agentes? Seriam 43 mil agentes
a apenas na capital do Rio de Janeiro. A prefeitura dispõe de
n menos do que 5% desse total. Ou seja, o mosquito está
d levando uma vantagem incontestável! O mosquito está
o vencendo o poder público municipal e os demais poderes é
- bem verdade, mas com mais ênfase no poder municipal
s nessa guerra. Por outro lado, as verbas de prevenção foram
e reduzidas nas três esferas de Governo. Reconheço o
empenho atual das autoridades em tentar correr atrás desse
e prejuízo, ampliando leitos e o número de agentes, mas
m precisamos ir a fundo. Precisamos, Senadora Ideli Salvatti,
aprovar a PEC nº 29, que é imprescindível...

o discurso do senador Antonio Carlos Valadares foi interrompido

pele presidente da Sessão Plenária por esgotamento do tempo.

O Sr. Presidente (Efraim Morais. DEM-PB) – Em quantos minutos
V. Ex^a conclui o

seu pronunciamento?

O Sr. Antonio Carlos Valadares (PSB-SE) – Resta apenas uma

N
es
se
m
o
m
en
to,

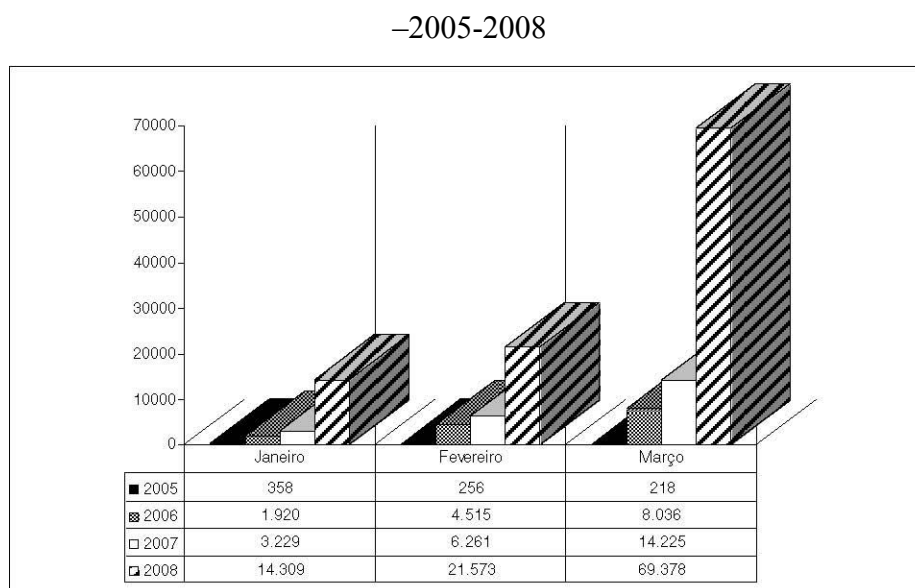
Mas eu
abandono
o meu
discurso..

2.2. A
epidemia
de
dengue
de 2008
pelo
olhar da
populaçã
o

N
o
primeiro
trimestre
de 2008 a
epidemia
de
dengue se
alastrou
rapidame
nte no
Rio de
Janeiro.
Enquanto
em 2007
foram
notificad
os 66.553

casos no estado, em 2008, somente em março, o número de casos notificados –69.378 casos –era superior ao número de casos do ano todo de 2007 (FIGURA 9).

Figura 9 — Casos de dengue – Município do Rio de Janeiro –1º trim.



Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

De acordo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS-MS),

enquanto os casos de dengue no Estado de São Paulo tinham uma redução de 92,1% no

período janeiro-junho de 2008, o inverso no Rio de Janeiro onde no mesmo período houve um

aumento de 286%. Nesse período, o Estado do Rio de Janeiro notificou 209.309 casos de

dengue, o que correspondia a 33% dos casos notificados no Brasil com a elevada incidência

de 1.330 casos por 100.000 habitantes. O informe epidemiológico da dengue referente ao

período janeiro-junho de 2008 da SVS-MS refletiu a dramática situação vivenciada pela

população do Rio de Janeiro (MS, 2008c):

D
e
n
t
r
e

os municípios fluminenses, o Rio de Janeiro acumulou o maior número de casos: 109.614 (52,4%), seguido por Nova Iguaçu com 16.593 (8%), Angra dos Reis com 11.203 (5,5%) e Campos com 9.740 (4,6%). Nesse primeiro semestre foram confirmados 1.351 casos de FHD, com 81 óbitos, sendo 48 no município do Rio de Janeiro e 17 no município de Duque de Caxias. Foram registrados 9.018 casos de dengue com complicação, com 71 óbitos. Existiam

a investigação. A faixa etária de 0 a 15 anos concentrou 38% dos
i óbitos. Até junho de 2008 tinham sido internados 10.947 pacientes
n com dengue no Estado do Rio de Janeiro, sendo que 47% das
d internações ocorreram na faixa etária de menores de 15 anos. O
a sorotipo predominante no Estado do Rio de Janeiro foi o DENV2,
1 isolado em 82,7% das amostras, enquanto no município do Rio de
2 Janeiro, o DENV2 foi isolado em 81% das amostras e o DENV 3 nas
9 amostras restantes. O Levantamento Rápido de Índice de Infestação
(LIRAA) realizado em outubro de 2007 no município do Rio de
ó Janeiro evidenciou que 38% dos estratos apresentavam risco de surto
b (Índices de Infestação Predial maiores que 3,9%) e 53,7%
i apresentaram situação de alerta (Índices de Infestação Predial maiores
t que 1,0%).
o
s

s
o
b

stre de 2008 a situação de saúde pública tornou-se crítica no

município do Rio de Janeiro, onde as autoridades públicas negaram, até o último momento,
a

No
pri
me
iro
se
me

ocorrência de uma epidemia de dengue. No entanto, o povo carioca já conhecia essa
história,

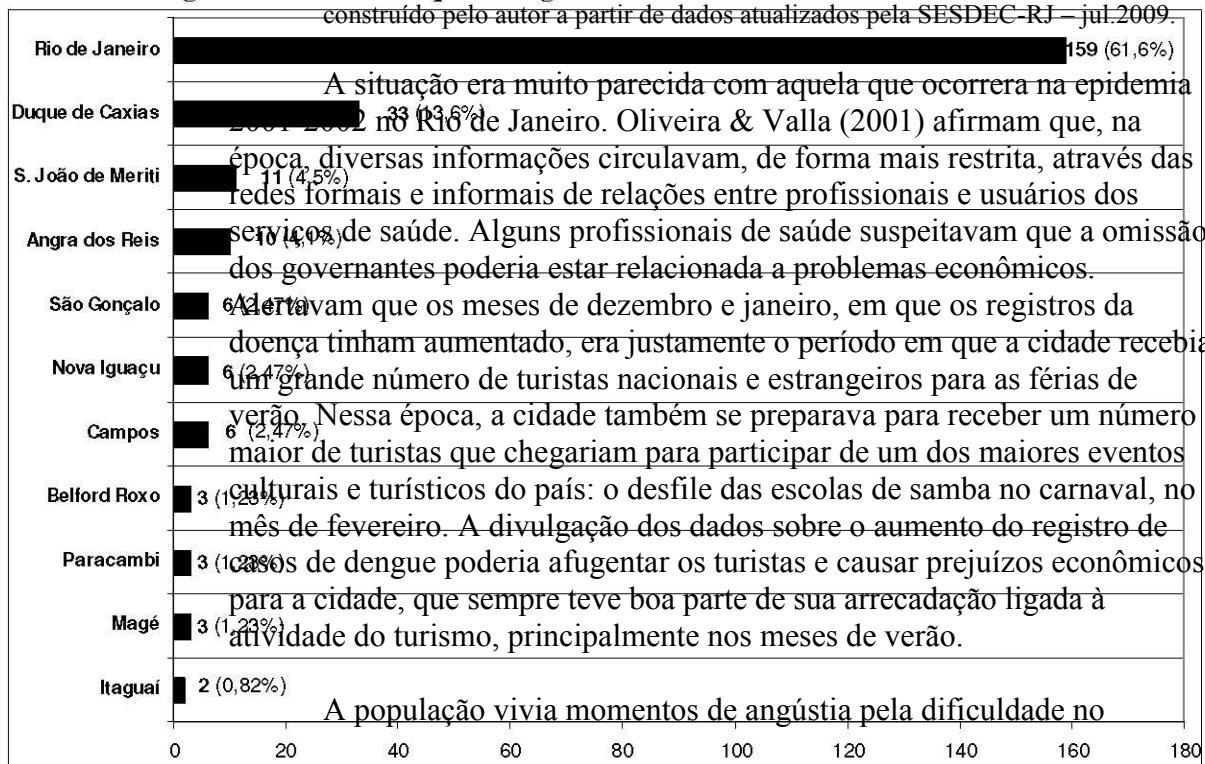
conforme relatam Oliveira & Valla (2001):

“ eiro, em 1986 a doença ressurgiu primeiramente nos
municípios do Grande Rio, configurando uma epidemia
que notificou cerca de 90 mil casos no biênio 1986/87,
todos do sorotipo 1. [...] Nos anos 90/91 um novo
elemento era adicionado à epidemia: passaram a ser
registrados, também, casos de dengue do sorotipo 2, a
"dengue hemorrágica". Foram registrados,
respectivamente, 1316 e 636 casos nos anos de 1990 e
1991. [...] No início de 1991, através de entrevistas à
grande imprensa, as autoridades sanitárias do Município e
do Estado se recusavam a reconhecer o recrudesimento
da epidemia. De um lado a população vivia a experiência
da doença, através de casos ocorridos na família ou na
vizinhança. Por outro, os profissionais dos serviços
públicos locais de saúde viviam a experiência com o
aumento do número de casos de dengue e passavam a
conviver com o temor do aumento do número de casos de
dengue tipo 2, geralmente mais graves e de mais difícil
tratamento.

reconhecido publicamente pelas autoridades, o número de óbitos aumentava
no primeiro semestre, totalizando 242 em dezembro de 2008 com mais de
60% dos casos letais no município do Rio de Janeiro (FIGURA 10).

E
nquanto o
recrudes
cimento da
epidemia
não era

Figura 10 — Óbitos por dengue no Estado do Rio de Janeiro, 2008



Fo
nte
:
SE
S
D
E
C-
RJ
/S

atendimento em hospitais do Rio de Janeiro e pelo crescente número de
óbitos provocados pela epidemia. Em entrevista à imprensa²¹, o governador
do Estado assim se expressou:

“
A
ulação é a menos culpada disso tudo; nós, as autoridades, somos os
principais culpados, todos nós; é ridículo ficar contabilizando quantos
morreram em hospital estadual, municipal ou federal” (Sérgio Cabral,
Governador do Estado do Rio de Janeiro).

p
o
p
no município do Rio de Janeiro, o que dificultava o acesso dos pacientes (MS, 2008c).

As informações orais obtidas através das entrevistas, tanto da população como das
autoridades do Rio de Janeiro, trouxeram importantes subsídios para a análise das ações de
combate à dengue. Eis alguns os relatos da população: Relato 1:

Se
gundo a
SVS-MS, o
número de
unidades
básicas de
saúde no
município
era inferior
ao
recomenda
do para o
atendiment
o da
população,
e a
cobertura
do PSF era
muito baixa

No “chat da dengue” mediado pelo jornalista Jorge Antonio Barros²², OS
internautas enviaram mais de 200 perguntas para os debatedores [o
Secretário estadual de saúde, Sérgio Côrtes, e o epidemiologista da UFRJ,
professor Roberto Medronho]. No programa ao vivo, o senhor Marcos, cujo
filho R. de 6 anos havia morrido de dengue hemorrágica, falou sobre o
drama da família:

Informação oral obtida a partir de entrevista do governador do Estado

do Rio de Janeiro ao Jornal Globo e à TV Globo em 24 de março de 2008. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/24/dengue_hemorragica_mata_20_vezes_mais_na_cidade_do_rio426518480.asp. Acesso em: 13 jul. 2009.²² Informação oral obtida a partir do “chat da dengue” realizado em 8 de abril de 2008 pelo GLOBO ONLINE -Jornal O GLOBO, Rio de Janeiro. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/04/08/debate_sobre_dengue_cortes_anuncia_medidas_para_combater_pior_epidemia_da_doenca_no_pais-426735680.asp. Acesso em: 13 jul. 2009.

“
M
e
u

foi atendido numa clínica particular, e a sua morte não entrou para as estatísticas desta epidemia, não faz parte dos óbitos registrados no Rio”. (Senhor Marcos, pai de R., de 6 anos)

f
i
l

tadual de Saúde anunciou que, para agilizar a contagem dos óbitos por

O
se
cr
et
ár
io
es

dengue, o estado havia criado a Comissão de Óbitos para dar suporte à Prefeitura. No “chat da

dengue”, secretário afirmou:

“
É

f
u
n
d
a
m
e
ntal que essa contagem seja ágil para agirmos já, neste momento, e evitar novos casos. Não queremos contabilizar as mortes para termos estatísticas sobre a epidemia, como uma retrospectiva. Queremos notificar cada óbito para ir àquele local, saber se o paciente teve acesso à atenção básica, se na região onde mora há focos de mosquito. Os registros são para esta epidemia, e não para pensarmos no futuro. Para mim, uma morte já configura uma epidemia.” (Secretário estadual de Saúde)

or Marcos, pai de R. disse que sua filha L., de 4 anos, também estava com

dengue, comentou:

O
se
nh

“
M
i
n
h
a
experiência com a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) da Vila do João foi muito boa. Mas, logo depois, me decepcionei: indiquei as UPAs para uma mãe com um bebê de 5 meses, que foi à do Irajá e ficou 14 horas em pé na fila sem receber atendimento. Neste momento, toda a minha decepção com as autoridades voltou. Esse tipo de atendimento que esta mãe recebeu cria insegurança na população”.

Marcos destacou a criação da AVIDE -Associação das Vítimas de Dengue com o objetivo

No

debate,

de mobilizar e estruturar as ações sociais de pressão junto às autoridades públicas para que se crie uma efetiva política de prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, além da

capacitação
da rede de
Saúde para
o
tratamento
da dengue.

a Roberto Medronho, que recebeu muitas perguntas dos internautas sobre a doença, disse: “Não quero chegar ao fim desta epidemia ouvindo as autoridades afirmarem *que as medidas tomadas foram fundamentais para conter o surto* porque todas têm sido insuficientes para controlar a pior crise da história do país provocada pelo *Aedes aegypti*”.

No auge da crise, nos primeiros dias de abril, em função da O
desestruturação do sistema de atenção primária à saúde, os hospitais viviam e
uma situação de emergência e os profissionais não conseguiam atender às
P
milhares de pessoas que se aglomeravam a cada dia com sintomas da
i
doença. As filas aumentavam e o tempo de espera dos pacientes com dengue
d
por atendimento durava, em média, oito longas e cansativas horas. Esse
e
m
número refletia um levantamento que o presidente da Comissão de Saúde da
i
Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro, tinha feito durante um período de
o
uma semana, nos principais hospitais públicos da cidade para saber quantas
l
horas os doentes ficaram na fila.
o
g
i
s
t

Relato 2:

Se
gundo o
president
e da
Comissão
de Saúde,

nos hospitais da rede do município a espera tinha aumentado, em média, três horas. Nos estabelecimentos estaduais e federais, o tempo de espera tinha aumentado em uma hora e meia. Também na rede médica particular, os pacientes com dengue aguardavam mais tempo pelo atendimento que o normal.

Sobre o fato, ele comentou ²³ :

“
O
t
e
mpo de espera vem aumentando significativamente. Em média, são oito horas na fila. No Souza Aguiar, por exemplo, na segunda e na terça-feira passadas, os pacientes enfrentavam mais ou menos sete horas antes de entrar na sala do médico. De quarta a até

s a-feira, foram cerca de 12 horas”.

e

Relato 3:

N
o
Hospital
Municipa
l
Lourenço
Jorge, na
Barra da
Tijuca,
apontado
pela
própria
prefeitura
imprensa:

como referência para o tratamento da doença na região da Barra e Jacarepaguá, o domingo foi de desespero para muitas mães que buscavam atendimento para os filhos, muitos ainda de colo. Elas ouviam dos vigilantes e dos funcionários administrativos a informação de que não havia pediatras na unidade. Aguardando atendimento, a pequena J., de um ano e dois

²³ Informação oral obtida a partir de entrevista do presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores ao Jornal Globo em 05 de abril de 2008. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/04/05/dengue_espera_por_atendimento_publico_dura_em_media_8h426707104.asp. Acesso em: 27 jul.2009.

meses, com o nariz escorrendo, chorava com febre alta no colo da mãe Eliane²⁴, que falou à

is de esperar quase toda a manhã, eles disseram que não tem médico e que eu tinha que procurar outro hospital. Agora vou em casa pegar mais dinheiro com minha mãe e ir para outro hospital. Nem sei pra onde vou”.

“

D

e

Relato 4:

o

N
o mesmo
hospital
da Barra
da

Tijuca, Patrícia, mãe da adolescente R. de 14 anos, disse à imprensa que havia saído de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, com a filha em busca de atendimento médico. Nas mãos, o resultado do exame de sangue feito em laboratório particular mostra que as plaquetas caíram de 72 mil para 56 mil em 24 horas.

“Caxias, nem as clínicas particulares estão dando conta. Minha filha precisa ser internada. Viajei mais de uma hora de ônibus em busca de atendimento aqui na Barra, mas disseram que não tem pediatra”.

Relato 5:

As pessoas com suspeita de dengue que procuravam atendimento nos hospitais públicos do Rio de Janeiro reclamavam da espera e da lotação das

emergências.
Muitas crianças com sintomas de dengue não conseguiram atendimento no Hospital Cardoso Fontes, em Jacarepaguá, na zona oeste, porque a unidade estava superlotada, com mais de 200

hospital,
a dona de
“Está muito cheio de

A
SMSDC-
RJ
informou
que o

crianças, as principais vítimas da doença. As crianças passavam por uma avaliação de risco e os que aparentavam estar em estado mais grave fazem coleta de material. Dependendo do resultado, que podia levar duas horas, os pacientes tinham que esperar por até três horas para serem avaliados por um médico.

No Hospital Getúlio Vargas, no início da tarde, um profissional da imprensa, revoltado com as condições da criança R., de 4 anos, que vomitou uma substância similar a sangue na porta do hospital, pegou-a no colo e invadiu a emergência, exigindo atendimento. A mãe do menino, Kelly, de 20 anos, disse que já esperava atendimento desde 7 horas. No mesmo

²⁴ Informação oral obtida a partir de entrevista da população ao jornal Folha de São Paulo em 30 de março de 2008. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u387249.shtml>. Acesso em: 12 jul. 2009.

casa Ana Lúcia²⁵ levou o filho, o estudante R., ao hospital e ficou duas horas na fila de espera para atendimento. Ela afirmou à imprensa:

gente com dengue, principalmente crianças”.

Relato 6:

Hospital Salgado Filho estava recebendo cerca de 350 pessoas por dia com suspeita de dengue. Na fila desse hospital, a doméstica Simone²⁶ se queixava do atendimento que tinha recebido no posto de saúde. Com a filha de quatro anos com suspeita de dengue, foi aconselhada a voltar para casa. Ela disse:

“
E
S
Relato 7:

amos vendo que essa doença mata, não posso esperar. Não voltarei para casa com minha filha desse jeito”. (doméstica Simone).

A de dengue na cidade, principalmente entre as crianças, lotava as preocupações com o aumento dos casos de dengue na cidade, principalmente entre as crianças, lotava as emergências dos hospitais públicos do Rio de Janeiro. Em meados de março, a informação era que os hospitais não estavam mais disponibilizando leitos para o atendimento. A estudante Aline²⁷, que esperava por atendimento no Hospital Municipal Salgado Filho, no Méier, falou à imprensa:

“esperando há mais de duas horas. Lá dentro tem um monte de criança passando mal, vomitando, com febre”.

E
s

Relato 8:

a
m
o
s

Se fosse atendida desde o dia 18 de março, o comerciante Jorge Luiz contou ter passado por quatro hospitais públicos sem conseguir atendimento para a filha; ele precisou pegar um empréstimo para levar a criança a uma clínica conseguir

que a filha de 6 anos

²⁵ Informação oral obtida a partir de entrevista da população à Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação em 20 de março de 2008. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/20/materia.2008-0320.9456748428/view>. Acesso em: 15 jul. 2009.

²⁶ Idem, 2008.

²⁷

Informação oral

obtida a partir de entrevista da população à TV Globo – RJTV, em 17 de março de 2008. Disponível em: <http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV/0,,MUL353187-9101,00.html>. Acesso em: 23 jun. 2009.

particular. Com o diagnóstico de dengue confirma

do, mas sem condições financeiras de

manter o tratamento particular, o comerciante Jorge Luiz²⁸ foi um dos primeiros a procurar o

hospital de campanha da Aeronáutica, montado na Barra da Tijuca (zona Oeste).

“temente ela está mal, e vai ser internada”, disse o comerciante, de 51 anos, com os olhos marejados, após ver a filha ser levada para a UTI do hospital de campanha com diagnóstico de dengue hemorrágica. Vai morrer muita gente se for depender dos hospitais públicos, muita criança”.

A
p
a
r
e

Relato 9:

O caso da filha do comerciante, que aguardava vaga na rede pública para ser transferida para um hospital, foi um dos mais graves entre os 100 primeiros atendimentos realizados pelos oficiais da Aeronáutica nas quatro horas iniciais de funcionamento do hospital de campanha. O comandante do hospital de campanha da Aeronáutica²⁹ disse:

“Temos capacidade para atender até 400 pessoas por dia, mas podemos aumentar em 100, 200 pessoas se os atendimentos continuarem rápidos. Em média, estamos levando 5 minutos para ter o resultado do exame de sangue”.

Relato 10:

A dengue estava avançando e os governantes discutindo se o mosquito era federal, estadual ou municipal. Os hospitais estavam lotados, as pessoas sofrendo com a falta de atendimento e a carência de médicos. Em meio às dificuldades de atendimento, a população protestou contra morosidade no combate à dengue.³⁰ Um morador se manifestou:

“A gente precisa se mobilizar, parar de reclamar de dentro de casa. Vamos para as ruas fazer panelaço, passeatas”

Informação oral obtida a partir de

população

entrevista da população em 01 de abril de 2008. Disponível em:

<http://noticias.ambientebrasil.com.br/noticia/?id=37279>. Acesso em: 23 jun. 2009.²⁹

Informação oral obtida a partir de entrevista da população em 01 de abril de 2008.

Disponível em: <http://noticias.ambientebrasil.com.br/noticia/?id=37279>. Acesso em: 23 jun. 2009.

³⁰

Informação oral obtida a partir de entrevista da população em 03 de

abril de 2008 para Jornal O GLOBO, Rio de Janeiro. Disponível em:

http://oglobo.globo.com/opiniao/mat/2008/04/03/dengue_retrato_da_omissao_do_descaso-426672279.asp. Acesso em: 20 jun. 2009.

No dia 22 e 23 de março, um grupo de pessoas participou de uma manifestação contra a lentidão dos governos no combate à epidemia. O

protesto 2.3. A epidemia de dengue de 2008 pelo olhar das autoridades públicas e
começou sanitárias
em frente O município do Rio de Janeiro tem sofrido sucessivas epidemias de
ao dengue desde 1986, predominantemente no período de verão. Em
Hospital 2001-2002 ocorreu a epidemia de maior gravidade (CASALI et al., 2004).
Miguel No entanto, o epidemiologista Roberto Medronho³¹ afirma: “Embora a
Couto, no epidemia de 2001-2002 tenha sido a de maior magnitude, a epidemia
Leblon, e de 2007-2008 pode ter sido a mais grave devido à maior letalidade, ao
terminou maior número de mortes”.
na Praia Em fevereiro de 2008, a SESDEC-RJ já alertava que a situação da
de dengue no Rio de
Ipanema, Janeiro era preocupante. O Superintendente estadual de Saúde Coletiva³²,
Vitor Berbara,
zona sul destacou não apenas o número expressivo de casos, mas principalmente a
do Rio de gravidade:
Janeiro.
“ çã tem acometido mais crianças, suscetíveis ao vírus 2, que voltou a
A circular. Metade das internações por dengue são de crianças até 14
d anos. Deve-se destacar que o alto índice de chuvas deste verão
o propiciou uma reprodução maior do mosquito transmissor. Mais
e chuvas, mais focos. Teremos mais mosquitos em circulação.
n
o no município –em abril, ultrapassava 50% do total de casos do estado –a Prefeitura do
E Rio de Janeiro afirmava que a cidade não enfrentava uma epidemia (FIGURA 11).
mbora o
número de
casos de
dengue
continuasse
aumentand

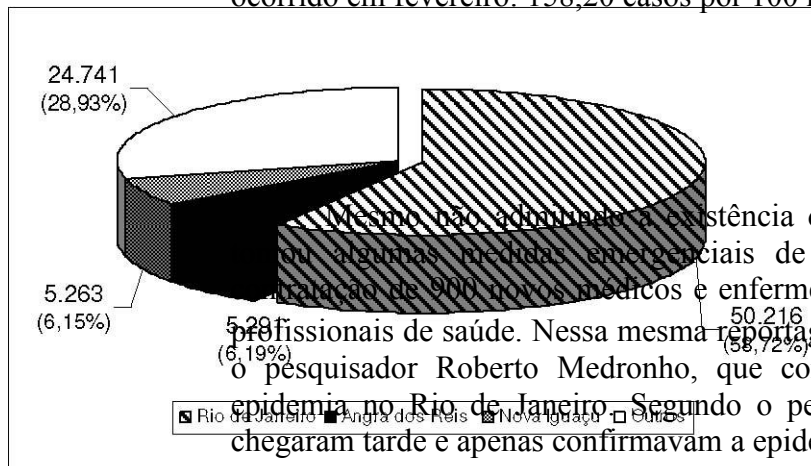
³¹ Informação oral obtida a partir de entrevista com o pesquisador e professor Roberto Medronho no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IESC-UFRJ no dia 10 de julho de 2009. ³² Informação oral obtida a partir de entrevista com o superintendente da SESDEC-RJ em 15 de fevereiro de 2008. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/02/15/numero_de_vitimas_da_dengue_quatro_vezes_de_janeiro_de_2007_-425682832.asp. Acesso em: 25 jun. 2009.

Figura 11

Casos de dengue – Estado do Rio de Janeiro – jan-abr -2008.

e Ações e Serviços de Saúde/SVS –Atualizado em 16/01/2009. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SMSDC-RJ.

Em reportagem da Rede Globo, representantes da SMSDC-RJ informaram que uma epidemia somente estaria caracterizada se a média mensal ficasse acima de 300 casos confirmados por 100 mil habitantes e pelos dados oficiais do município, o índice mais alto registrado teria ocorrido em fevereiro: 158,20 casos por 100 mil habitantes.



Mesmo não admitindo a existência de uma epidemia, a Prefeitura tomou algumas medidas emergenciais de combate à doença, como a contratação de 900 novos médicos e enfermeiros, além do treinamento dos profissionais de saúde. Nessa mesma reportagem, a Rede Globo entrevistou o pesquisador Roberto Medronho, que confirmou a existência de uma epidemia no Rio de Janeiro. Segundo o pesquisador, “as novas medidas chegaram tarde e apenas confirmavam a epidemia”.

F
o
n
t
e
s
:

S
M
S
D
C
-
R
J
/
S
u
b
-
S
e
c
r
e
t
a
r
i
a

d

Mas a polêmica estava na avaliação dos índices. De acordo com o site da Secretaria Municipal de Saúde³⁴, em anos com epidemia da doença a taxa de casos ficava na faixa de 470 por 100 mil habitantes, a média dos anos epidêmicos.

Informação oral obtida a partir de entrevista do pesquisador Roberto Medronho – Rede GLOBO –Globo Online. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/2008/03/25>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

³⁴ Informação oral obtida a partir de entrevista pelo Jornal O GLOBO, Rio de Janeiro. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/18/secretaria_de_saude_nega_que_municipio_viv_a_epidemia_de_dengue-426285482.asp. Acesso em: 18 jul. 2009.

Mas, para Medronho, do ponto de vista técnico, os índices divulgados pela Prefeitura

estavam equivocados:

“contabilizar os anos epidêmicos, nunca mais haverá uma epidemia de dengue no Rio. Não podemos ter como parâmetro um ano como 2002, quando foram registrados 138.027 casos. Não existe uma taxa de incidência determinada. Cada local deve analisar a sua base histórica”.

[exemplos, 2001 e 2002] sob pena de obterem-se valores extremamente elevados e equivocados, que impossibilitariam a melhor avaliação do uma situação de risco epidêmico.

Ev
identement
e, a
estratégia
de cálculos
para definir
o quadro da
doença não
pode
incluir os
anos de
ocorrência
epidêmica

Segundo Medronho, a Organização Mundial de Saúde (OMS) possui uma metodologia estabelecida e bastante coerente para definir o quadro epidêmico da doença.

De acordo com os dados do epidemiologista e professor da UFRJ:

“
D
e
v
e
r
i
a

s
e

r feita uma análise dos últimos 10 anos (1998-2007), excluindo-se os anos em que ocorreram epidemias. Sobre a média de cada mês, estipula-se uma margem de segurança cuja soma constitui o Limite Máximo Esperado (LME). Em janeiro, o LME foi de 23,30 casos por 100 mil habitantes, enquanto o registrado foi de 144,49 casos por 100 mil habitantes. Em fevereiro, o LME foi de 42,95 casos por 100 mil habitantes, enquanto o registrado foi de 158,20 casos por 100 mil habitantes”.

[janeiro e fevereiro], os números confirmados

N
superaram os limites esperados, por isso,

o
Medronho ³⁵ afirmou: “Infelizmente, estamos

s
diante de uma epidemia no município do Rio de

Janeiro”.

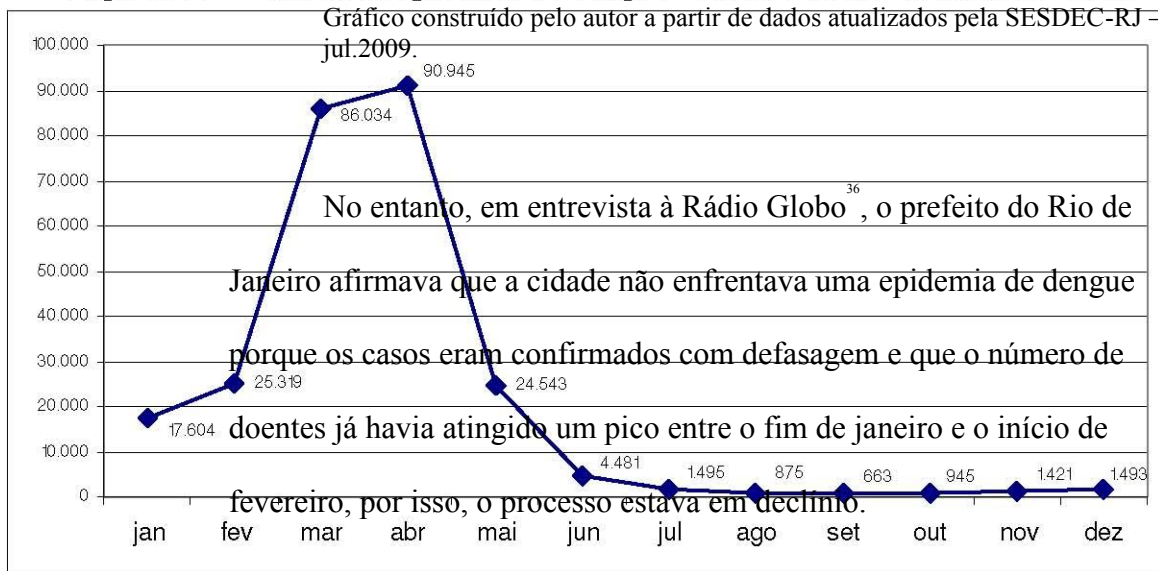
d
o
i
s

Outros pesquisadores universitários confirmavam a ocorrência da epidemia. Em janeiro, a incidência da doença foi de 17.604 casos com índice de 23,30 casos por 100 mil habitantes e em fevereiro incidência foi de 25.319 casos com índice de 42,95 por 100 mil habitantes (FIGURA 12).

m
e
s
e
s

³⁵ Informação oral (gravada) obtida a partir de entrevista à Rede GLOBO -TV Globo, vídeo. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/2008/03/25>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

Figura 12 — Curva da epidemia de dengue no Estado do Rio de Janeiro, 2008. Nota:



Fo
nte

“
J
á
h
o
uve uma epidemia. O momento hoje é de declínio. Sempre que um
óbito é informado, ele se refere a 40 dias ou 30 dias atrás, porque há
necessidade de exames laboratoriais”. (Cesar Maia, Prefeito do Rio de
Janeiro, Globo Online)

M

Albert Schweitzer, em Padre Miguel, na zona oeste da cidade, onde a demanda de pessoas

as, no

com sintomas de dengue aumentara bastante e a fila de espera para atendimento era grande,

hospital

o médico Delson Pereira, chefe da equipe de plantão³⁷ reconhecia a existência de uma

estadual

epidemia:

“
N
ã
o
enho dados estatísticos em mãos, mas o que a gente vê é que a
epidemia ainda não começou a cair. A demanda está ainda grande”.

t
bo.com/rio/mat/2008/03/18/rio_tem_mais_de_1_100_casos_de_dengue_em_apanas_um_di
a426294992.asp. Acesso em: 22 jun. 2009.³⁷ Informação oral obtida a partir de entrevista da
população à Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação em 30 de março de
2008. Disponível em:

³⁶

Informação
oral obtida
a partir de
entrevista à
Rádio
GLOBO
–Globo
Online em
22
mar.2009.
Disponível
em:<<http://oglobo.glo>

<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/30/materia.2008-03-30.5778118333/view>. Acesso em 17 jun. 2009.

Um levantamento da Controladoria-Geral do Município³⁸ noticiado
pela imprensa

mostrou que o combate ao *Aedes aegypti* não era prioridade da Secretaria
municipal de Saúde.

Em 2007, a Secretaria pretendia investir R\$ 13,7 milhões em programas de

vigilância

milhões, ou seja, somente 49,3% do que havia

epidemiológica.
Gastou apenas R\$ 6,7

planejado. Em função da notícia, o presidente do Sindicato dos Médicos, Jorge Darze, criticou

a Prefeitura do Rio de Janeiro pela falta de recursos destinados à prevenção da epidemia:

“ bilidade orçamentária para programas de saúde tem sido muito tímida. Gastar apenas metade de uma quantia já pequena, provoca uma repercussão social gravíssima, como é o caso do quadro atual da dengue”.

A
d
i
s
p
o
n
i

autoridades governamentais, o Sindicato dos Médicos do

Rio de Janeiro entrou com ação na Justiça contra a falta de medidas preventivas que poderiam

Di
an
te
da
ne
gl
ig
ên
ci
a
da
s

ter barrado o avanço da doença. O Sindicato fez uma “denúncia-crime”³⁹ no Ministério

Público contra os governos municipal, estadual e federal. O presidente do Sindicato dos

Médicos, Jorge Darze, afirmou:

“ tamos constatando que houve realmente a ausência do poder público, por ter deixado de tomar as medidas que deveriam ser tomadas no momento histórico adequado para que nós pudéssemos evitar o que (nós) estamos vivendo hoje. Eu acho que essa situação não pode ficar impune”.

e
s

sma semana, o governador do Rio de Janeiro⁴⁰ admitiu a falha das

autoridades públicas na prevenção da doença:

Ne
ssa
me

“ prevenção. Isso é uma constatação de todos nós. A população é a menos culpada. Nós, autoridades, somos os principais culpados, por isso acho que não é hora de olhar para trás. Todos nós erramos.

F
a
l
t
o
u

³⁸ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal do Brasil – JB Online em 28 fev. 2008. Disponível em: <http://jbonline.terra.com.br/editorias/rio/papel/2008/02/28/rio20080228000.html>. Acesso em: 21 jun. 2009.

Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal do Brasil – Confederação Nacional de Saúde em 20 mar.2009. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/menu/p/noticiado setor/clipping/2008/03>

problema

E
m
19
de
ma
rç
o
foi
cri

M

edronho

alertou que

[/clipping_2003.htm](#).

Acesso em: 23 jul.2009.

⁴⁰ Informação oral obtida a partir de entrevista do governador do Estado do Rio de Janeiro ao Jornal Globo e à TV Globo em 24 de março de 2008. Disponível em:

http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/24/dengue_hemorragica_mata_20_vezes_mais_na_cidade_do_rio426518480.asp. Acesso em: 13 jul. 2009.

O governador afirmou, na mesma reportagem, que o trabalho de prevenção é do

município, mas no momento em que se vive uma crise no Rio, não discutiria mais sobre de

quem é a responsabilidade sobre o atual quadro da dengue, restando aos governos resolver o

normal que um Estado abra tendas para hidratação. Essa não é uma ação normal, mas que está sendo feita em função de uma emergência grave, de uma epidemia que a cidade enfrenta. Não é normal colocar 1.200 homens do Corpo de Bombeiros nas ruas da cidade, trabalhando no combate aos focos da dengue. Não é normal. Isso é uma situação de absoluta emergência”. (Sérgio Cabral, Governador do Estado do Rio de Janeiro)

“
N
ã
o

é

ado o Gabinete de crise (Gcrise) pelo Ministério da Saúde para

definir as ações prioritárias na luta contra a dengue no Rio de Janeiro. O Gcrise foi constituído

por representantes dos governos federal, estadual e municipal e das Forças Armadas. Na

opinião do epidemiologista Roberto Medronho ⁴¹ :

“
A

c
r
i
a

ç
ã

o de um Gabinete de crise para combater a dengue pode ser fundamental para reduzir o número de mortes e de casos da doença. A cidade do Rio de Janeiro vive uma epidemia de dengue, por isso é muito importante haver uma união das diversas esferas de governo neste momento crítico. Infelizmente, somente agora está se reconhecendo que há uma epidemia de dengue no Rio de Janeiro. Eu não quero polemizar com as autoridades, mas os critérios para definição de epidemia são técnicos e não políticos”.

o controle da dengue no Brasil compete aos municípios e lamentou a lentidão das

autoridades de saúde da cidade do Rio de Janeiro que, não seguiram os critérios da OMS.

Os índices baseiam-se na série histórica dos últimos dez anos, por isso, o limite máximo

esperado em Janeiro seria de 23,3 casos de dengue para 100 mil habitantes. No entanto, o

número habitantes, seis vezes mais que o máximo esperado. De acordo com o especialista, seria registrado fundamental garantir à população o tratamento adequado, com hidratação oral ou venosa e no primeiro o diagnóstico precoce da doença para reduzir o número de óbitos⁴².

mês do ano

foi de⁴¹ Informação oral obtida a partir de entrevista ao site português “sapo” em 24 de março de 2008. Disponível em: <http://noticias.sapo.pt/lusa/artigo/9442efa3a0495fe283909a.html>. Acesso em: 25 jul. 2009.

144,5 casos⁴² Informação oral obtida a partir de entrevista ao site português “sapo” em 24 de março de 2008. Disponível em: <http://noticias.sapo.pt/lusa/artigo/9442efa3a0495fe283909a.html>. Acesso em: 21 jul. 2009.

por 100 mil

tiveram a competência para evitar a epidemia da dengue, “tem que haver agora uma forma de evitar que as pessoas morram”.

S
e

n
ã
o

ma semana, após uma reunião de emergência, o governo do estado anunciou

N
a
m
es

um conjunto de medidas intersetoriais de combate à dengue⁴³:

a
)

u
s
o

d
a
s

l
.
6
0
0

e
s
c
o
l

as da rede estadual em campanhas educacionais para que pais, alunos, professores e funcionários pudessem combater os focos de dengue no entorno das unidades; b) campanhas educacionais nas estações de trem, metrô, barcas e terminais rodoviários; c) uso dos projetos da Secretaria de Esportes em comunidades carentes para conscientização da população; d) treinamento dos funcionários da CEDAE (Companhia de Água e Esgoto) para atuarem como agentes de combate à dengue; e) convocação da Polícia Militar para combater os focos de dengue; f) participação da Polícia Civil em campanhas educacionais nas delegacias; g) atuação da Defensoria Pública nas orientações às pessoas atendidas pelos defensores; h) envio de mensagem à Assembleia Legislativa obrigando os comerciantes a venderem as tampas de caixas d'água de modo avulso, já que existiam muitas caixas sem tampa, principalmente em comunidades carentes; i) envio de mensagem à Assembleia Legislativa determinando que os donos de automóveis recuperados pela polícia teriam até 90 dias para retirarem os veículos, caso contrário os mesmos poderiam ser leiloados; j) campanha para recolhimento de lixo nas comunidades com obras do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC. k) intensificação das ações de empresas municipais de coleta de lixo para que todo o lixo acú aberto fosse recolhido.

efeitura do Rio de Janeiro⁴⁴ já havia anunciado uma série de medidas

A
Pr

intersectoriais para conter o avanço da dengue. As ações foram as seguintes:

a) criação de um grupo de trabalho envolvendo diversos órgãos da Prefeitura do Rio, sob o comando da Defesa Civil, para prevenção e

cumento da força de trabalho/contratação de mais de 900 profissionais, em um investimento de mais de R\$ 1 milhão mensais; c) treinamento e reciclagem de cerca de 1.000 profissionais médicos e de enfermagem das redes pública e privada; d) suspensão temporária dos procedimentos ambulatoriais de menor gravidade e remanejamento de leitos e serviços das unidades de saúde para que o atendimento aos casos de dengue fosse priorizado e ampliado; e) disponibilidade de mais leitos para ampliar a internação de pacientes com dengue na rede municipal, além dos 250 leitos que já eram utilizados para os pacientes com a doença; f) aquisição de novos equipamentos e insumos para o reforço da assistência aos doentes de dengue, como suporte de soro e camas. g) ampliação da central do Tele-Dengue, que dobraria a capacidade do atendimento de ligações telefônicas à população.

b
)

a

a partir de entrevista ao Jornal Globo em 7 de abril de 2008. Disponível em:

http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/04/07/confira_as_novas_medidas_anunciadas_pelo_governo_para_combate_dengue-426721036.asp. Acesso em: 25 jul. 2009.

⁴⁴ Informação oral obtida a partir do “site” da Secretaria Municipal de Saúde em 18 mar. 2008. Disponível em:

<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/printerview.htm?editionsectionid=9&user=reader&infoid=4057>. Acesso em: 30 jun. 2009.

istribuição de cartas de recomendação sobre proteção individual, para a orientação sobre o uso de calças e sapatos fechados para 3 mil escolas particulares, além das escolas municipais.

d
i

doença em 2008 (em menos de três meses, o Rio já anotava 54 mortes

C
onsideran
do o
elevado
grau de
letalidade
da

causadas pela dengue), o governo estadual decreta situação de emergência⁴⁵ e autorizou os agentes da Defesa Civil a entrarem em imóveis “a qualquer hora do dia ou da noite”, mesmo sem a permissão do proprietário. De acordo com o decreto, os agentes da Defesa Civil ficavam autorizados a chamar a Polícia Militar e até a convocar um chaveiro para arrombar o imóvel se o proprietário se negasse a abrir a porta. Sobre a medida, o Subsecretário Estadual de Atenção à Saúde disse:

uma medida importante para eliminar os criadouros [do mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*], pois nas casas fechadas os mosquitos podem se proliferar sem controle”.

⁴⁶ Defesa Civil emitiu nota explicando como ocorreria a operação: caso o imóvel estivesse vazio, o agente não poderia entrar na primeira visita. Ele deixaria o aviso de retorno. Se na segunda vez o responsável não fosse

encontrado, os agentes deixariam outra notificação e, na terceira vez, o imóvel seria aberto. O decreto, que colocava o estado em “situação de emergência e catástrofe” e classificava a dengue como um dos “principais problemas de saúde pública do mundo”, vigorou nas áreas

do município do Rio de Janeiro que foram “afetadas pelo desastre”, além dos municípios de Campos, Angra, Natividade, Cantagalo, Belford Roxo, Caxias, Nilópolis, Niterói e São Gonçalo. Depois de três meses, o decreto poderia ser reeditado por mais 90 dias.

O governo municipal do Rio de Janeiro também editou um decreto para reforçar as ações no controle e prevenção da doença na cidade: os estabelecimentos comerciais flagrados

⁴⁵ Situação de Emergência é o reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal, provocada por desastre, causando danos suportáveis à comunidade afetada. Disponível em: Política Nacional de Defesa Civil (<http://www.defesacivil.gov.br/politica/index.asp>). Acesso em: 21 jul. 2009.

⁴⁶ Informação obtida a partir do “site” da Secretaria Nacional de Defesa Civil – Disponível em: <http://www.defesacivil.gov.br/midia/corpo.asp?id=45639>. Acesso em: 21 jul. 2009.

com situações que facilitassem a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* seriam notificados e teriam os seus alvarás cassados se não resolvessem a situação. A Defesa Civil Municipal comunicaria à Coordenação de Licenciamento e Fiscalização (CLF) os endereços dos estabelecimentos onde, por descuido ou negligência, existissem condições favoráveis à criação do mosquito. Após a notificação pela CLF, os donos dos estabelecimentos teriam 24 horas para tomar as providências. Se a notificação não fosse atendida no prazo, teria início automaticamente o processo de cassação do alvará.

3.0. ABORDAGEM SOBRE O GABINETE DE CRISE

Os riscos e ameaças expressam-se sob as mais diversas formas nas sociedades modernas, desde situações de desastres, catástrofes e calamidades, incluindo-se a fome e as doenças epidêmicas até as situações de conflitos armados e ações terroristas.

No Brasil, os riscos e ameaças de crises são mais acentuados em certas áreas como segurança e assuntos agrários. Mas, outros setores como saúde pública, trabalho, economia e

ambiente podem gerar graves crises, considerando “crise” [sob o ponto de vista de gestão] como “toda ocorrência ou evento que venha a ameaçar e impactar a imagem de um país, governo, instituição pública ou empresa privada” (COUTO, 2004).

Segundo Couto, o termo “crise” origina-se do grego *krinein*, que significa “decidir” ou, mais apropriadamente, “capacidade de bem julgar”. Considerando que a “capacidade de bem julgar” implica em tomada de decisão muitas vezes sob pressão, uma definição formal e bem adequada para o termo “crise” tem sido utilizada pelo Gabinete de Crise do Palácio do Planalto:

“Crise é um fenômeno complexo, de diversas origens possíveis, internas ou externas ao País, caracterizado por um estado de grandes tensões, com elevada possibilidade de agravamento – e risco de sérias consequências -não permitindo que se anteveja com clareza o curso de sua evolução” (COUTO et al., 2004).

Situando-se a crise entre a urgência de decisões e ações imediatas e a aplicação de meios adequados de resposta, no sentido do restabelecer a situação de normalidade, impõe-se a criação de uma estrutura que, de uma forma interdepartamental e transversal, abranja todas as componentes necessárias à gestão da crise.

De acordo com Couto, até poucos anos a Presidência da República não possuía um órgão para o acompanhamento e gerenciamento das crises (COUTO, 2006).

O primeiro alarme dado ao governo brasileiro e que motivou a criação do Gabinete de Crise do Palácio do Planalto teve a sua origem no episódio do incêndio florestal de Roraima, entre fevereiro e março de 1998, quando ficou evidente que faltava um “núcleo de gerenciamento de crises” no escritório da Presidência da República.

Um incêndio no Estado de Roraima devastou 13 mil quilômetros quadrados de florestas, afetando 14 municípios, causando prejuízos de 2,5 milhões de dólares e exigindo o auxílio de bombeiros argentinos e venezuelanos para apagar o fogo.

Em “*Lições de gerenciamento de crises*, Couto & Soares (2007) comentam:

“Em 1998, como se recordarão muitos, ocorreu grande incêndio florestal em Roraima e que, até mesmo por ameaçar importantes reservas indígenas, foi objeto de grande interesse da mídia

brasileira e internacional. No trato do assunto, ficou óbvio que muitos eram os órgãos responsáveis por incêndios florestais: os bombeiros de Roraima; o Ministério do Meio Ambiente; o Governo Estadual; a FUNAI; as administrações municipais; e até as Forças Armadas por serem a instituição federal com melhor capacidade de resposta. Enquanto o Governo Federal discutia as competências para lidar com a crise, o Corpo de Bombeiros de Buenos Aires mandou equipes que, de imediato, começaram o combate ao fogo”.

Há muitos anos, estava claro que no organograma do Planalto faltava tal unidade, mas a flexibilidade dos métodos de trabalho da Presidência parecia ser capaz de ir suprimindo tal necessidade no dia-a-dia. Mas diante desse episódio ficou claro que era necessário ter alguma unidade na Presidência capaz de "prevenir e gerenciar" crises. A velocidade de resposta era fator vital, visto que incêndios florestais e muitos outros problemas exigem ação governamental rápida (COUTO & SOARES, 2007).

Há dez anos, pela Medida Provisória nº 1.795, de janeiro de 1999, foi criado o Gabinete de Crise do Palácio do Planalto (BRASIL, 1999) cuja denominação oficial é Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais/SAEI⁴⁷, na então Casa Militar, a quem caberia prevenir a ocorrência e articular o gerenciamento de crises. Foram estudadas as instituições equivalentes em outros países e, até mesmo por intuição, mas ficou claro que não havia um “modelo” a ser copiado (COUTO & SOARES, 2007). Como resultado, a SAEI

Gabinete de Crise do Palácio do Planalto é o nome, em formato simples, da Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (SAEI/GSI/PR), um órgão da Presidência da República do Brasil. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/gsi/saei>. Acesso em: 20 jul. 2009.

funcionou, por quase quatro anos, com o mínimo de formalização burocrática (COUTO, 2004).

Na prática, a SAEI foi criada como foro ou local de articulação para temas com potencial de crise que envolvam dois ou mais ministérios. Cumpre sublinhar o uso do termo “articulação”, entendido como substantivo que simboliza a ligação entre as partes, ponto de união dos componentes que cooperam, reunião dos órgãos de um sistema que trabalham para

o mesmo propósito. Por conseguinte, o termo “articulação” é mais polido e cauteloso do que “coordenação”. Neste leque de atribuições estão excluídos assuntos econômicos e políticos, cuja coordenação é da responsabilidade de outros órgãos do Palácio do Planalto (COUTO & SOARES, 2007).

A Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais (BRASIL-SAEI, 2004) está subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (GSI-PR)⁴⁸, cujas competências são definidas pela Lei nº 10.683 de 28/05/2003, alterada pela Lei nº

11.958 de 26/06/2009, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências (BRASIL, 2003).

Em seu o Artigo 6º a redação da Lei define o papel da GSI-PR:

Ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, prevenir a ocorrência e articular o gerenciamento de crises, em caso de grave e iminente ameaça à estabilidade institucional, realizar o assessoramento pessoal em assuntos militares e de segurança, coordenar as atividades de inteligência federal e de segurança da informação, zelar, assegurado o exercício do poder de polícia, pela segurança pessoal do Chefe de Estado, do Vice-Presidente da República e respectivos familiares, dos titulares dos órgãos essenciais da Presidência da República e de outras autoridades ou personalidades quando determinado pelo Presidente da República, bem como pela segurança dos palácios presidenciais e das residências do Presidente e do Vice-Presidente da República, tendo como estrutura básica o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, a Agência Brasileira de Inteligência -ABIN, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, o Gabinete, uma Secretaria Executiva e até 3 (três) Secretarias.

⁴⁸ Informação obtida a partir do “site” do Palácio do Planalto. Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.683.htm. Acesso em: 15 abr. 2009.

O funcionamento de um Gabinete de Crise é simples. A SAEI, por exemplo, é uma unidade

pequena, apesar do escopo ambicioso de sua missão: prevenir crises⁴⁹ e, caso ocorram,

gerenciá-las (COUTO, 2004). O Gabinete de Crise do Palácio do Planalto funciona do

seguinte modo:

Trata-se de um grande salão, onde mesas que se tocam são ocupadas por uma vintena de funcionários das mais diversas carreiras de Estado: militares, gestores, delegados da Polícia Federal, funcionários de bancos, especialistas em inteligência, diplomatas etc. O local é conhecido como “aquário” e lembra uma redação de jornal. Todos sabem em que os demais colegas estão trabalhando e a divisão das tarefas parece flutuar a cada momento. A missão comum é a de prevenir crises e, quando necessário, gerenciar as que o nosso engenho e arte não conseguiram evitar. Os vinte funcionários incluem um pequeno grupo encarregado de manter contato com o mundo acadêmico e organizar encontros de estudo; em suma, somos poucos, mas sabemos onde ir pedir ajuda. Até mesmo pelo reduzido tamanho da SAEI, a eficiência depende, em muito, do fato de que outros órgãos conheçam o nosso trabalho e estejam em condições de nos apoiar (COUTO & SOARES, 2007).

Na prática, aquela sala com um aspecto de redação de jornal é um exemplo ímpar de *ponto de encontro* das instituições. Quando se configura uma crise, a SAEI se transforma fisicamente em Gabinete de crise e são chamados mais funcionários para permitir uma atividade de 24 horas por dia. São mantidos contatos, por linhas seguras, com a Agência Brasileira de Inteligência (ABIN) e com as redes de comunicação do Ministério da Defesa. Sempre que a premência de tempo permite, os documentos que emergem daquela sala são revistos por todos os seus integrantes. Em outras palavras, esses documentos não refletem a visão de apenas uma corporação, mas a experiência de todas as corporações do Estado ali representadas, como Marinha, Exército, Aeronáutica, Itamaraty e outras instituições. Em geral, a reação dos visitantes é a de não acreditar que a SAEI possa ser tão compacta, para não dizer pequena (COUTO, 2004).

Muitas vezes, a crise pode ser vislumbrada ao longo do tempo. O que fazer antes da eclosão da crise? Para Couto & Soares (2007), faz-se mister convocar, sempre que o tempo permite, uma reunião que chamamos de “aquecimento” antes da eclosão da crise:

⁴⁹ Com a missão de “prevenir” crises, a SAEI desempenha também o papel de uma “sala de situação”. Consultar “Lições” de Gerenciamento de crises (COUTO & SOARES, 2007). Disponível no site <http://www.presidencia.gov.br/gsi/saei>.

“Ocorrerá o encontro na sala 121, do quarto andar do Planalto, e para muitos será a primeira visita à sede do Poder Executivo. A reunião será formal, cerimoniosa e improdutiva. Uma segunda reunião, já tendo havido a troca de cartões de visita e a identificação dos interesses comuns, ocorrerá em ambiente de todo diferente... Temos agora um grupo de trabalho no melhor sentido da expressão. O “aquecimento” é ainda ajudado pelos “grupos informais” criados a cada crise. Em síntese, trata-se de simples rede de contatos, pela internet, com o objetivo de compartilhar informações entre as reuniões. Tais grupos provaram ser de especial utilidade por recolherem as opiniões e impressões dos participantes e não apenas de suas instituições. Em outros termos, há um trabalho infindo do “gabinete”, qual seja, ajudar no compartilhar de informações. É interessante notar que alguns destes “grupos informais”, criados para durar uma crise, estão tendo vida mais longa. O Grupo Informal Colômbia foi originalmente estabelecido com seis integrantes para acompanhar o conflito naquele país vizinho. Sete anos após, conta com 250 destinatários que a cada dia recebem um *clipping* com as principais notícias da América do Sul como um todo. Toda esta experiência de trabalhar pela internet conduziu à criação do “gabinete de crise ampliado”, ou seja, todos os antigos membros do “aquário” são informados diariamente sobre os trabalhos em curso... A SAEI, pequena para comportar uma vintena de mesas, pode contar com a assessoria por meio de espaço cibernético, de mais meia centena de experientes funcionários espalhados do Oiapoque ao Chui e de Tabatinga à Nova Zelândia”.

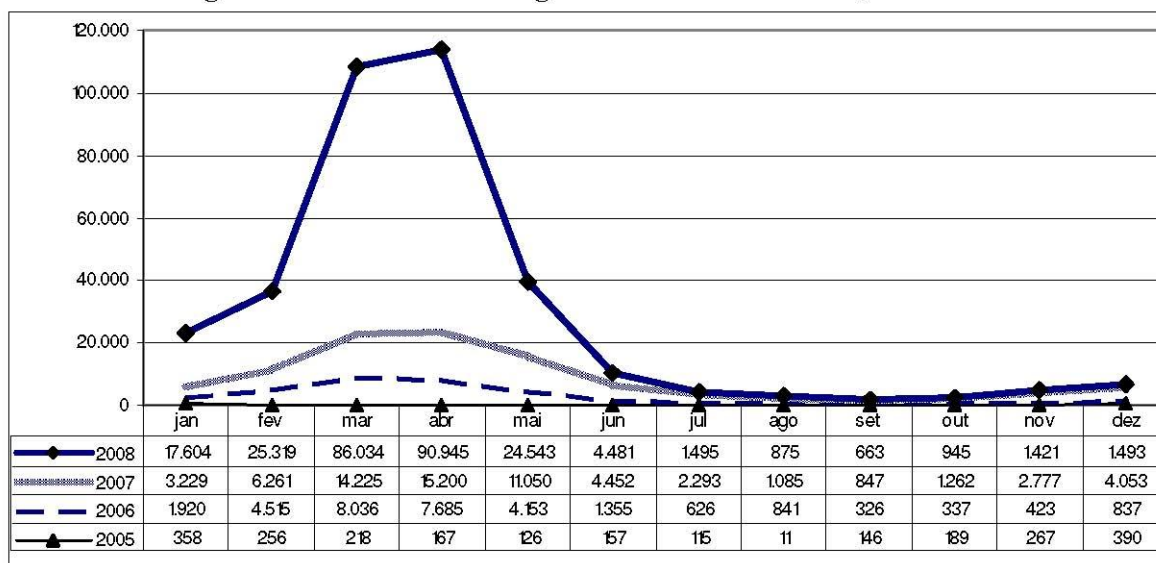
3.1. O Gabinete de Crise para controle da dengue no Rio de Janeiro em 2008

O agravamento da situação epidemiológica no Rio de Janeiro, forçou o Ministério da Saúde a montar uma estratégia para o enfrentamento da crise. Em outubro de 2007, os boletins epidemiológicos emitidos pelo Ministério da Saúde já alertavam para um eventual recrudescimento da dengue no Rio de Janeiro. Esse alerta era baseado no fato de que, enquanto no resto do país ocorria uma queda de aproximadamente 40% na incidência dos casos de dengue, o Rio de Janeiro superava em mais de 100% o número de casos referentes ao mesmo período em 2007. No mês seguinte, em novembro de 2007, um levantamento da infestação dos mosquitos transmissores na cidade do Rio de Janeiro teria mostrado um quadro alarmante e, mais uma vez, o Ministério da Saúde teria reiterado que, além das ações das três esferas do governo, seria importante a participação da sociedade no combate ao mosquito da dengue.

No final de março de 2008, o Rio de Janeiro era o estado com maior número de casos

de dengue no país, totalizando 128.957 notificações (FIGURA 13). Nos três primeiros meses de 2008 o aumento foi de 443,78% em relação ao mesmo período de 2007 quando foram notificados 23.715 casos.

Figura 13 — Casos de dengue – Estado do Rio de Janeiro – 2005-2008



Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

Segundo os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, em março de 2008 a cidade do Rio de Janeiro estava no auge de uma epidemia de dengue. A capital fluminense registrava 346 casos por 100 mil habitantes. Para o Ministério da Saúde⁵⁰, a epidemia de dengue se configurava se a taxa de incidência fosse superior a 300 casos por 100 mil habitantes.

"A doença tem uma dinâmica, os dados apontam que estaríamos no auge do processo, e uma reversão seria possível nas próximas semanas" (José Gomes Temporão, Ministro da Saúde).

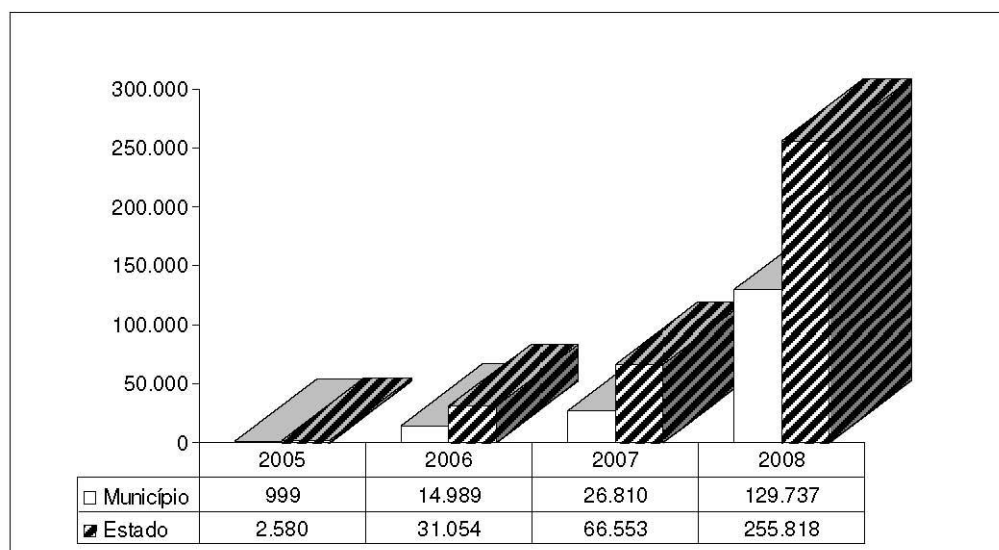
Apesar da evidência dos números, o Prefeito do Rio de Janeiro⁵¹ não admitia a ocorrência da epidemia e afirmava que os casos estavam declinando:

"Os números de confirmação de dengue por exames laboratoriais chegam defasados. Quando fazemos as correções por amostras e pelos exames laboratoriais, confirmamos que o pico se deu entre fins de janeiro e início de fevereiro e, nesse momento, estamos com curva declinante que só podemos confirmar em mais uns dias. Mas podemos confirmar desde já que os novos casos de letalidade estão caindo com as medidas adotadas e esta é nossa prioridade máxima" (Cesar Maia, Prefeito do Rio de Janeiro).

⁵⁰ Dados obtidos a partir do Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal>. Acesso em: 23 jun. 2009.⁵¹ Informação oral obtida a partir de entrevista do prefeito do Rio de Janeiro ao Jornal O Estado de São Paulo. Disponível em: http://www.estadao.com.br/geral/not_ger143048,0.htm. Acesso em: 11 jul. 2009.

A situação no município do Rio de Janeiro foi a mais grave no estado (FIGURA 14), totalizando mais de 50% dos casos notificados em 2008. As filas para atendimento nas emergências aumentavam nos hospitais públicos, principalmente em consequência da desestruturação da atenção básica e pela falta de adesão ao PSF, cuja taxa de abrangência era de apenas 8% da população (FIOCRUZ, 2008).

Figura 14 — Dengue: comparação Município-Estado – Rio de Janeiro – 2005-2008



Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ.

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

Em 21 de março, a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil informou que, em apenas um dia, foram notificados mais de dois mil casos da doença. Nos bairros da zona oeste como Curicica, a situação era crítica e a taxa chegou a ser 20 vezes maior do que o mínimo necessário para caracterizar epidemia, com 6.968,9 casos por 100/mil habitantes. Nos três primeiros meses de 2008, o número de óbitos por dengue no município do Rio de Janeiro [48 óbitos confirmados] superaram os 31 óbitos ocorridos no Estado em todo o ano de 2007 (SESDEC-RJ, 2008b).

No final de março, a população protestou contra as falhas na prevenção da doença e

atendimento aos pacientes. Considerando a insatisfação da população e os números

alarmantes que caracterizavam a situação de crise na saúde pública, o Ministério da Saúde determinou a instalação emergencial de um Gabinete de Crise (Gcrise) para combater a dengue no município do Rio de Janeiro.

Abaixo, a íntegra da nota liberada pelo Ministério da Saúde (ESTADÃO, 2008):

⁵²"Nota à imprensa -19 de março de 2008 -O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, determinou hoje (19/3/2008), a montagem de um gabinete de crise no Rio de Janeiro para o enfrentamento da dengue no município. Os secretários de Vigilância em Saúde, Gerson Penna, e de Atenção à Saúde, José Noronha, ficarão responsáveis por acompanhar a evolução da situação da doença junto com o governo de estado. Enquanto que no restante do País houve uma queda de 40% na incidência dos casos de dengue neste início de ano, a capital fluminense superou em mais de 100% o número de casos em comparação ao mesmo período em 2007. O gabinete de crise vai trabalhar de forma integrada com o Governo do Estado e as Forças Armadas. Até a próxima segunda-feira (24/03/2008), os governos federal e estadual já terão em mãos um levantamento das necessidades de contratação de pessoal, para trabalhar em caráter emergencial, além do mapeamento das exigências na atenção à saúde da população em risco. As informações vão subsidiar a reunião que será realizada também na segunda-feira, com a presença a prefeitura do Rio de Janeiro e os secretários de Saúde dos municípios da Baixada Fluminense. O objetivo é redobrar o combate ao mosquito transmissor e garantir o atendimento às pessoas doentes. O Ministério da Saúde considera que um dos problemas enfrentados no Rio de Janeiro é a baixa implementação das equipes de saúde da família e a desestruturação da atenção básica. Atualmente, as equipes de saúde da família cobrem apenas 8% da população do município. O ministério reafirma que o fortalecimento da atenção básica é essencial para as ações de prevenção e um instrumento fundamental para se evitar as mortes relacionadas à dengue. Se tomados os devidos cuidados, o índice de mortalidade é praticamente nulo. Em 2007, no município de Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, houve uma incidência da doença tão grave quanto a que está ocorrendo no Rio de Janeiro. Ocorreu apenas um óbito porque a qualidade do atendimento primário em Campo Grande era muito boa, principalmente pela cobertura do Programa Saúde da Família. E eram os mesmos tipos de vírus circulando: os dos tipos 2 e 3. Outro exemplo é Belo Horizonte, onde a cobertura do PSF é de 70%. A capital mineira tem se mantido fora, nos últimos anos, de qualquer surto epidêmico, de dengue ou de outras doenças infecciosas, apesar de favelas, de violência, de problemas de acesso. Já em outubro do ano passado, o Ministério da Saúde alertou a população e governos, em especial do Rio de Janeiro, sobre a possibilidade de uma epidemia de dengue neste verão. No mês seguinte, um levantamento da infestação dos mosquitos transmissores na cidade mostrou que ações mais objetivas deveriam ser realizadas pelo gestor local, pois o quadro era alarmante. O Ministério da Saúde reitera que, além das ações das três esferas do governo, é importante a participação da sociedade no combate ao mosquito da dengue *Aedes aegypti*. A população deve combater o mosquito, eliminando todos os locais de água parada, ideal para a reprodução do vetor da doença. Sem a mobilização da sociedade todos os esforços serão em vão."

⁵² Informação escrita liberada pela Assessoria de imprensa do Ministério da Saúde. ESTADÃO. Jornal O Estado de São Paulo. São Paulo, 19 de março de 2008. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/vidae/not_vid143106,0.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

3.2. Planejamento das ações para o controle da dengue no Rio de Janeiro

Em 24 de março foi realizada a primeira reunião do Gcrise com a presença dos representantes do Ministério da saúde, do secretário estadual de Saúde, dos secretários municipais de saúde da Região Metropolitana, representantes do Corpo de Bombeiros e das

Forças Armadas.

Os componentes do Gcrise discutiram as experiências bem sucedidas no combate à doença em outras regiões e admitiram que a crise de saúde pública no Rio de Janeiro era grave. Essa reunião serviu para definir as prioridades e o Ministério da Saúde anunciou as primeiras medidas para o controle da epidemia⁵³ : mapeamento das exigências na atenção à saúde da população em risco, contratação de pessoal em caráter emergencial e a expansão de leitos em hospitais federais. Essas medidas tinham como principal objetivo o aumento da qualidade do atendimento aos pacientes com suspeita de dengue e a redução do número de óbitos, cujo índice de letalidade estava em torno de 5% dos pacientes infectados, quando o índice esperado pela OMS era de 1%.

“A nossa preocupação é a ampliação dos pontos de atendimento, para dar rapidez e melhor qualidade. O número de óbitos é completamente acima da expectativa daquilo que seria razoável” (José Gomes Temporão, Ministro da Saúde).

Na realidade, essas medidas eram desdobramentos dos dois eixos estratégicos do plano criado para o combate à epidemia: o primeiro eixo tratava do combate aos focos do mosquito vetor e o segundo eixo relacionava-se com a melhoria da qualidade de atendimento à população.

O plano de combate ao mosquito⁵⁴ *Aedes aegypti* incluía a manutenção de 1.200 bombeiros no trabalho de combate aos focos do vetor da doença; o treinamento de 300

⁵³ Informação oral obtida por entrevista com o Ministro da Saúde. ESTADÃO. Jornal O Estado de São Paulo. São Paulo, 24 de março de 2008. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,ministro-lanca-medidas-contradengue-no-rio-critica-atendimento,144992,0.htm>. Acesso em: 12 jul. 2009.

⁵⁴ Informação obtida no “site” Último Segundo-Ig, 24 de março de 2008. Disponível em: http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2008/03/24/temporao_anuncia_reforco_com_agentes_carros_e_leitos_contra_a_dengue_no_rio_1240620.html. Acesso em: 23 jun. 2009.

guardas de endemias (agentes de saúde) da FUNASA para operarem 50 máquinas de desinfestação (tipo fumacê) no trabalho de campo, onde atuariam no combate ao mosquito adulto nas áreas de grande infestação; a colocação à disposição do Estado de 15 veículos para o trabalho de campo com as máquinas de desinfestação com a meta de atingir de 100 quarteirões por dia; e campanhas de mobilização da sociedade no combate ao mosquito transmissor da doença.

O plano para melhoria da qualidade do atendimento à população incluía o diagnóstico precoce da doença para reduzir o número de óbitos e a implantação e funcionamento imediato dos *centros de hidratação*, um serviço para garantir à população o tratamento adequado, com hidratação oral ou venosa.

O Gcrise decidiu que seria necessária a ampliação do número de leitos e contratação de profissionais de saúde. A rede de saúde precisava de mais 119 leitos para pacientes com dengue nos seis hospitais federais, além dos 104 que já eram oferecidos para o tratamento; quanto ao pessoal, a rede de saúde precisava contratar, pelo menos em caráter temporário, 661 profissionais para a ampliação do atendimento nas emergências dos hospitais estaduais. Segundo o levantamento de necessidade de recursos humanos, o quadro de pessoal necessitaria de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes administrativos, auxiliares de farmácia, fisioterapeutas, técnicos em hemoterapia, histotecnologia, laboratório e radiologia;

O Gcrise propôs o deslocamento de profissionais de saúde de outros Estados para o Rio de Janeiro e os representantes do Ministério da Saúde sugeriram a criação do *Cartão de acompanhamento da doença* para ser entregue ao paciente nas unidades públicas de saúde.

O *Tele-Dengue*, serviço de informações da Secretaria Municipal de Saúde, era limitado e não funcionava nos finais de semana. A estratégia do Gcrise foi apoiar esse serviço para que tivesse condições de funcionar durante 24 horas e permitisse o acesso da população às informações sobre a dengue, inclusive nos finais de semana. Do mesmo modo, o serviço de *Telemarketing da Dengue* deveria intensificar as ligações telefônicas para os bairros e áreas mais atingidas pela doença com objetivo de alertar a população e reduzir o aparecimento de novos casos.

Uma semana após o início das ações planejadas para conter o avanço da dengue no Rio de Janeiro, a situação nos hospitais continuava a mesma, com dezenas de pessoas aguardando até 8 horas para ser atendida. O caos na saúde durante o fim de semana (29 e 30 de março) chamou a atenção dos integrantes do Gcrise. O secretário nacional adjunto de Vigilância em Saúde enviou ofício à Prefeitura do Rio alertando sobre a necessidade de manter a rede de postos municipais de saúde aberta enquanto durasse a grande procura por atendimento. O fechamento desses postos no final de semana tinha provocado demanda acima da capacidade das emergências dos hospitais estaduais e federais.

Em 24 de março, a situação continuava caótica. Os dados divulgados pela Secretaria Estadual de Saúde mostravam que a dengue já havia matado quase cinco vezes mais que no mesmo período da epidemia de 2002, quando foram registradas 91 mortes para 288.245 casos. Entre janeiro e março de 2008, 48 pessoas morreram, em menos de 32.615 casos, enquanto

outras 49 mortes suspeitas estavam sendo investigadas. (SESDEC-RJ-2008a)

Para reduzir os efeitos da crise, o ministro da Saúde solicitou a participação das Forças Armadas no combate à dengue no Rio de Janeiro⁵⁵. “Nós estamos vendo a possibilidade de as Forças Armadas armarem tendas ambulatoriais. Não seriam hospitais de campanha, porque não há a necessidade de cirurgias. O objetivo é evitar que as pessoas sofram durante horas nas filas e realizar um diagnóstico mais rápido, impedindo o agravamento da doença” (José Gomes Temporão, ministro da Saúde).

No dia 25 de março os comandantes do Exército, da Marinha e da Aeronáutica

apresentaram ao ministro da Defesa um *plano de cooperação* para o atendimento às vítimas

⁵⁵ Informação oral obtida a partir de entrevista do Ministro da Saúde à Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação em 24 de março de 2008. Disponível em <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/24/materia.2008-03-24.8219661985/view>. Acesso em: 26 jul. 2009.

da dengue e combate ao mosquito transmissor da doença. Esse plano incluía os recursos humanos e materiais disponibilizados pelas três Forças para a operação com envolvimento direto de militares no combate à dengue, tanto na prevenção como no tratamento⁵⁶.

“As Forças Armadas vão agir em duas frentes para o combate à dengue no Rio de Janeiro. A primeira delas será o auxílio à identificação e limpeza de focos do mosquito *Aedes aegypti*. A segunda, diagnóstico e atendimento prévio dos pacientes em barracas de campanha para efeito de diagnóstico e tratamento inicial prévio. Essas foram as duas definições nesse momento e o Ministério da Defesa e os militares as cumprirão. Nós estamos apenas servindo ao Ministério da Saúde” (Nelson Jobim, ministro da Defesa).

No dia 27 de março, após reunião entre representantes do Ministério da Saúde, Forças Armadas, Secretaria Estadual de Saúde e os Secretários Municipais de Saúde, o ministro da Defesa anunciou a implementação do *Plano de cooperação militar contra a dengue*⁵⁷ que contou com 1.200 militares da Marinha, do Exército e da Aeronáutica. Conforme anunciado pelo ministro da Defesa, as Forças Armadas dividiram as operações em duas frentes: a primeira era a erradicação dos focos do vetor, o mosquito *A. aegypti*; e a segunda, o atendimento aos pacientes, em barracas de campanha. Sobre o plano, o ministro da Saúde disse:

“Barraca não é um termo muito estimulante, mas são espaços confortáveis com cadeiras e ar condicionado, onde enfermeiros e médicos estarão atendendo às pessoas. Não serão pontos de acesso. Nós teremos um sistema em que as pessoas nos hospitais, prontossocorros, centros e unidades de saúde vão ser avaliadas por equipes volantes, que irão selecionar os casos que necessitam de um cuidado imediato” (José Gomes Temporão, ministro da Saúde).

O plano de cooperação das Forças Armadas incluía a montagem de barracas ou tendas de campanha, onde seriam feitos exames clínicos e laboratoriais, além da hidratação de pacientes com suspeita de dengue. As tendas seriam montadas próximas a hospitais ou em bairros com maior incidência da dengue. Seriam tendas móveis e ligadas à dinâmica da

⁵⁶ Informação oral obtida a partir de entrevista à Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação em 25 de março de 2008. Disponível em <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/25/materia.2008-03-25.7402525997/view>. Acesso em: 26 jul. 2009.

⁵⁷ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal O GLOBO em 31 de março de 2008. Disponível em http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/31/dengue_hospitais_de_campanha_das_forcas_armadas_comecam_fu_ncionar_no_rio-426612847.asp. Acesso em: 26 jul. 2009.

própria doença, com a possibilidade de serem transferidas de acordo com a necessidade. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde disponibilizaria 660 “pontos de atendimento” em todo o Estado, sendo 330 dentro dos próprios hospitais federais. Esses “pontos de atendimento” corresponderiam a uma poltrona para cada paciente.

3.3. Operacionalização do plano para combate à dengue no Rio de Janeiro

As ações para combater a doença se intensificaram a partir da primeira semana de abril [tardamente, no pico da epidemia], logo após o Gcrise definir um plano de cooperação com as Forças Armadas. A partir desse momento, as medidas planejadas nos últimos dias de março precisavam ser operacionalizadas com rapidez. O plano tinha de ser implementado pelas ações táticas e operacionais por meio de dois eixos estratégicos: combate aos focos do mosquito vetor e melhoria da qualidade de atendimento à população.

3.3.1. Ações para melhoria da qualidade de atendimento à população

A demanda de casos durante epidemia sobrecarregou os serviços de atendimento e de vigilância epidemiológica. Essas medidas incluíam a implantação dos centros de hidratação, a ampliação do número de leitos nos hospitais, o aumento do quadro de profissionais de saúde,

o deslocamento de profissionais de saúde de outros estados para o Rio de Janeiro e aperfeiçoamento do controle do tratamento da dengue. O treinamento de profissionais e o estabelecimento do Protocolo Único de Atendimento⁵⁸ facilitaram o diagnóstico e tratamento dos doentes.

Conforme Pontes (1994), a dengue é uma enfermidade infecciosa aguda cuja clínica varia desde uma infecção sem sintomas aparentes até as graves formas de hemorragia e/ou choque. Os casos típicos da dengue podem ser agrupados em duas categorias: a) síndrome de

⁵⁸ Ver em ANEXOS -Protocolo único de atendimento da dengue – SESDEC-RJ (ANEXO 1) – página 135.

febre da dengue ou dengue clássica; b) febre hemorrágica da dengue ou dengue hemorrágica / síndrome de choque da dengue (FDH/SCD).

O Ministério da Saúde (MS, 2008d), no entanto, distingue três formas da doença: dengue clássica (DC), febre hemorrágica da dengue (FDH) e síndrome do choque da dengue (SCD). A dengue clássica caracteriza-se por febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, cefaléia, dor retro-orbitária, dores articulares e musculares, prostração. Pontes (1994), afirma que algumas vezes a dengue clássica é acompanhada por exantema máculo-papular e fenômenos hemorrágicos sem maiores consequências (petéquias, epistaxe, gengivorragia).

A febre hemorrágica da dengue (FHD) apresenta sintomas iniciais semelhantes aos do DC, até o momento em que ocorre a regressão da febre, o que ocorre geralmente entre o 3° e

o 7° dias de evolução da doença, com posterior agravamento do quadro, aparecimento de manifestações hemorrágicas, trombocitopenia (plaquetas <100.000/mm³) e perda de plasma.

A síndrome do choque da dengue (SCD): nos casos graves de FHD, o choque ocorre geralmente entre o 3° e o 7° dias de doença, freqüentemente precedido por dor abdominal. O choque ocorre devido ao aumento da permeabilidade vascular, seguida de hemoconcentração e falência circulatória. A sua duração é curta e pode levar ao óbito entre 12 horas e 24 horas ou à recuperação rápida frente terapia antichoque oportuna e apropriada. Caracteriza-se essa síndrome por pulso rápido e fraco, com diminuição da pressão de pulso e arterial, extremidades frias, pele pegajosa e agitação.

Com elevado taxa de letalidade, também deve ser considerada a Dengue com Complicações (DCC), constituída pelos casos que não se enquadram em FHD e evoluem com complicações neurológicas, cardiológicas, respiratórias ou renais.

3.3.1.1. Ações das Forças Armadas: diagnóstico e atendimento inicial dos pacientes

Três hospitais de campanha foram montados para atender a população⁵⁹ : um da Aeronáutica, na Barra da Tijuca; outro da Marinha, em Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense e o terceiro, do Exército, na Vila Militar, em Deodoro, na zona oeste da cidade. Os três hospitais funcionaram 24 horas por dia, durante dois meses, até o final de maio, quando a epidemia declinou. Reunidos, os três hospitais tinham 130 poltronas de atendimento, divididas do seguinte modo: 40 da Aeronáutica; 50 do Exército; e 40 da Marinha.

Os hospitais de campanha não atendiam à procura espontânea. Os pacientes precisavam ser indicados pelos hospitais de referência Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca; da Posse, em Nova Iguaçu, e Carlos Chagas, em Marechal Hermes. Na unidade da Barra, instalado no Terminal Alvorada, havia triagem dos pacientes.

“A Aeronáutica vai ter uma unidade de triagem no terminal Alvorada, onde médicos selecionarão pacientes e levarão os que precisarem de hidratação para o hospital de campanha da Barra. A população com sintomas de dengue pode procurar diretamente a triagem no Terminal Alvorada”. (secretário estadual de Saúde). Fonte: O Globo e O Globo Online (data...).

O atendimento nos hospitais de campanha foi efetuado por 1.200 militares da área de saúde⁶⁰, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos. O hospital de campanha da Aeronáutica funcionou com 80 médicos e enfermeiros e 40 pessoas no apoio, que trabalharam em três turnos para atender pacientes 24 horas por dia, num total de 400 pessoas por dia. Enquanto o hospital de campanha da Aeronáutica funcionava na Barra da Tijuca, o hospital da Marinha funcionava em Nova Iguaçu, sendo formado por onze barracas. Ali foram instalados um setor de recepção, ambulatórios, laboratório e centro de hidratação pediátrico e adulto. No laboratório eram realizados hemograma, contagem de plaquetas e sorologia para dengue,

59

Informação obtida como notícia de jornal – Jornal o Estado de São Paulo – Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,ate-400-homens-do-exercito-trabalharao-contradengue-no-rio,145567,0.htm>. Acesso em: 19 jun. 2009. ⁶⁰ Informação obtida como notícia de jornal – Jornal O Dia – Disponível em: http://odia.terra.com.br/rio/htm/forcas_armadas_terao_1_700_militares_no_combate_a_dengue_no_rio_160762.asp. Acesso em: 11 jul.2009.

cujos resultados eram emitidos em até 15 minutos. Havia uma farmácia que distribuía, gratuitamente, a medicação para tratamento dos pacientes portadores da doença.

A cada momento, chegavam vans e ônibus da Secretaria municipal de Saúde com pacientes de vários pontos da região, mas os hospitais de campanha atendiam somente os pacientes encaminhados pelo hospital de referência (Hospital da Posse, em Nova Iguaçu), onde era realizada uma triagem inicial. Sendo constatada a infecção por dengue, o médico avaliava o quadro geral do paciente e o encaminhava para tratamento. Os pacientes que apresentassem quadro de dengue hemorrágica ou outras complicações eram redirecionados para outros hospitais da rede pública ou conveniados, por meio da Central de Regulação de Vagas, organizada pela

O hospital de campanha atendia os casos de dengue clássica, disponibilizando ao paciente medicação e hidratação. Aproximadamente 100 militares trabalharam no hospital de campanha da Marinha, sendo 45 profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos e enfermeiros) e 55 militares que formavam a equipe de apoio, fazendo a segurança e a manutenção do hospital⁶¹.

“O importante é identificar rapidamente os casos, principalmente das crianças, que estão sofrendo muito com a epidemia. Vamos fazer o trabalho da melhor forma possível”. (médico militar do hospital de campanha) Fonte: O Globo.

3.3.1.2. Ações de governo para melhoria da qualidade do atendimento à população

Seguindo a estratégia definida pelo Gcrise no plano de combate à dengue no Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde (MS, 2008 b) autorizou, na última semana de março, o repasse de R\$ 3 milhões para o Estado do Rio de Janeiro. Os recursos foram destinados exclusivamente no atendimento aos pacientes com dengue durante os três meses seguintes. Só poderiam ser usados para cobrir despesas com procedimentos de média e alta complexidade,

⁶¹ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal O GLOBO em 28 de março de 2008. Disponível em http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/28/hospital_de_campanha_na_barra_sera_montado_tarde-426580978.asp. Acesso em: 23 jun. 2009.

em exames, consultas especializadas e procedimentos complexos, como a utilização de UTI para doentes com dengue. O Ministério da Saúde contratou 661 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros e auxiliares para atender nos hospitais federais do Rio de Janeiro, remanejou 300 agentes de endemia da FUNASA, repassou veículos e insumos (larvicidas e inseticidas) para ao combate ao mosquito transmissor na capital fluminense e distribuiu 250 mil cartões para a rede pública e privada poderem acompanhar o atendimento dos pacientes com dengue.

No final de março, os representantes do Ministério da Saúde reuniram-se com as equipes do estado e município para planejar a capacitação das equipes que atuariam no primeiro atendimento aos pacientes nas emergências dos hospitais federais. No encontro, foram definidos os protocolos de classificação de risco, que orientariam o primeiro atendimento dos pacientes nas emergências e pronto-atendimentos.

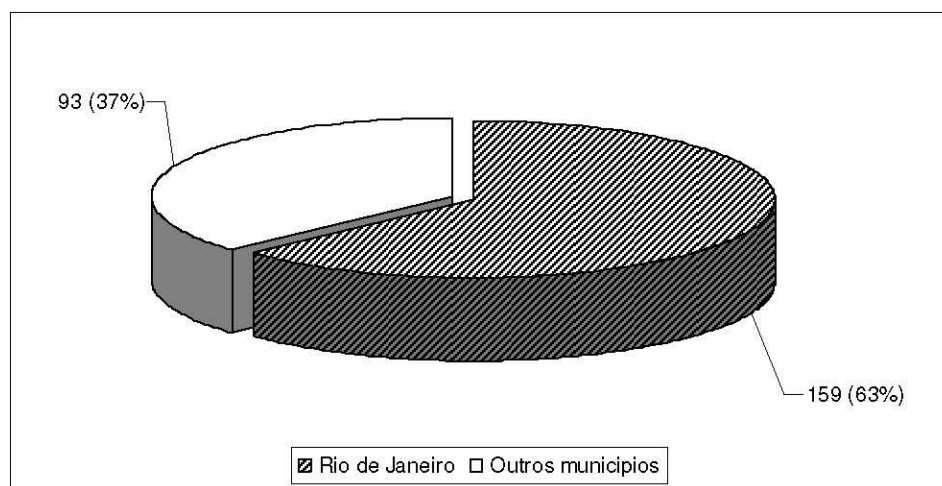
3.3.1.3. Implantação de tendas ou centros de hidratação

Com a finalidade de reduzir o elevado número de óbitos no município do Rio de Janeiro (FIGURA 15), equivalente a 63% do total do estado, a SESDEC-RJ instalou, em 24 de março, em Jacarepaguá, região de grande infestação pelo mosquito, a primeira tenda de hidratação para pacientes com dengue⁶².

No mesmo dia 24 de março, outros dois centros de hidratação começaram a funcionar: em Santa Cruz e em Campo Grande, na zona oeste da cidade. Os centros de hidratação de Jacarepaguá e de Campo Grande possuíam 58 poltronas cada, e atendiam pacientes com idade até 14 anos. O centro de hidratação de Santa Cruz tinha 79 poltronas para hidratação, sendo 21 para adultos e 58 para crianças, além de dois consultórios médicos e um de enfermagem.

⁶² Dados obtidos a partir do Portal Empresa Brasileira de Comunicação – EBC – Agência Brasil – Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/24/materia.2008-03-24.8090020379/view>. Acesso em: 8 jul. 2009.

Figura 15 — Total de óbitos por dengue – Estado do Rio de Janeiro -2008



Fontes: SMSDC-RJ/Sub-Secretaria de Ações e Serviços de Saúde/SVS –Atualizado em 16/01/2009.
Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SMSDC-RJ.

Os centros de hidratação recebiam pacientes referenciados e a população não podia ser atendida ali diretamente porque não havia suporte humano nem material para essa finalidade. Desse modo, eram atendidos somente os doentes oriundos dos hospitais, com indicação para hidratação. Para facilitar a população, a SESDEC-RJ contratou ônibus e vans que levavam os pacientes dos hospitais às tendas de hidratação. Sobre as tendas, o ministro da Saúde disse⁶³:

"A multiplicação dessas tendas pode ser uma grande solução nesse momento crítico da epidemia de dengue no estado". (José Gomes Temporão, ministro da Saúde).

A Secretaria Estadual de Saúde implantou, entre março e abril, oito centros de hidratação nos bairros de Gávea, Méier, Penha, Andaraí, Del Castilho, Jacarepaguá, Campo Grande e Santa Cruz. Em meados de abril, transferiu a tenda de Jacarepaguá, na zona oeste, para Belford Roxo, na Baixada Fluminense, onde o número de casos de dengue aumentava.

Cada centro de hidratação contava com até 80 poltronas para hidratação. Os pacientes com sintomas de dengue eram encaminhados para os centros de hidratação, onde faziam a etapa inicial do tratamento com o objetivo de diminuir a gravidade da doença e reduzir o número de óbitos. Essa foi uma das medidas fundamentais para conter a queda do número de plaquetas e evitar o agravamento dos casos.

⁶³ Idem, 2008.

O centro de hidratação do Méier⁶⁴, que chegou a atender até 120 pessoas por dia, funcionou numa parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, que cedeu uma equipe com 44 profissionais, entre eles médicos, enfermeiros, e técnicos, para ajudar no atendimento aos doentes do centro de hidratação.

No início de maio a epidemia estava decaindo, por isso, a SESDEC-RJ⁶⁵ começou a desativar os centros de hidratação. O movimento estava baixo e a maioria estava fazendo somente a metade dos atendimentos durante o dia e não havia mais procura à noite. Durante dois meses, os 614 profissionais de saúde dos 17 centros de hidratação atenderam mais de 41 mil pacientes com dengue e cerca de quatro mil pacientes hidratados. Os centros de hidratação demonstraram ser eficazes para evitar a letalidade da dengue. Todos os pacientes atendidos fizeram exames de sangue para controlar a evolução da doença e os casos em que era necessária a hidratação faziam o procedimento nas próprias unidades. Com essas medidas, não foi registrada nenhuma morte entre os pacientes encaminhados aos centros de hidratação.

Com a desativação dos centros de hidratação, os pacientes com sintomas de dengue foram encaminhados para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas) e para os Serviços de Pronto-Atendimento dos hospitais estaduais.

3.3.1.4. Deslocamento de profissionais de saúde de outros Estados para o Rio de Janeiro

Em 1 de abril, as tendas de hidratação para pacientes com dengue localizadas na Penha e Del Castilho (na zona norte) e Gávea (na zona sul) não tinham sido inauguradas devido à falta de médicos. Segundo a Secretaria estadual de Saúde, o Rio de Janeiro tinha um déficit de 154 pediatras. Para aumentar o número de profissionais, a SEDESC-RJ solicitou a intermediação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O Conselho

64

Dados obtidos como notícia de jornal – Jornal o Estado de São Paulo – Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,tendas-de-hidratacao-para-dengue-ja-atenderam-30-mil-no-rio,172827,0.htm>. Acesso em: 20 jun. 2009.⁶⁵ Informação obtida no “site” da SESDEC-RJ. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Imprensa/notmai2408.shtml>. Acesso em: 28 jun. 2009.

orientou o deslocamento de médicos de outros estados para o Rio de Janeiro, principalmente do Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Amazonas, São Paulo, Pernambuco e Roraima. Esses estados poderiam ceder profissionais sem prejudicar o atendimento em suas redes. Em 4 de abril, pelo menos 160 profissionais já tinham manifestado interesse em vir para a cidade. No início de abril chegaram médicos do Mato Grosso do Sul, do Amazonas, do Rio Grande do Sul e de São Paulo. Na segunda semana de abril, o Rio de Janeiro já havia recebido 137 médicos de outros estados para o trabalho nos centros de hidratação, nas tendas e nos centros de referência. A SEDESC-RJ remunerava cada médico de outro estado com R\$ 500,00 por plantão de 12 horas. Os profissionais do Estado do Rio, que recebiam R\$ 400,00 pelo mesmo total de horas trabalhadas, foram equiparados aos que vinham de outros estados, acabando com uma polêmica e aumentando a oferta de profissionais no combate à dengue.

"Todos os que atuarem no mesmo local, ou seja, no centro de hidratação, nas tendas e nos centros de referência, receberão o mesmo valor. Neste momento, a nossa grande discussão é aumentar a oferta de atendimento à população e não polemizar sobre isso. Eu só polemizo com o mosquito." (José Gomes Temporão, ministro da Saúde)

Segundo a SEDESC-RJ, a força-tarefa ainda precisava de 170 médicos nos centros de hidratação devido às demandas geradas pela abertura de novas tendas.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)⁶⁶ apresentou uma lista com nomes de 271 médicos fluminenses que se colocaram à disposição da Secretaria estadual para trabalhar nos centros de hidratação. Dessa lista, apenas 34 aceitaram a convocação

para iniciar as atividades concentradas na Baixada Fluminense.

Uma parceria da Secretaria estadual de Saúde com o Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, permitiu que 44 profissionais, entre eles médicos, enfermeiros, e técnicos, para ajudar no atendimento aos doentes do centro de hidratação do Méier.

⁶⁶ Dados obtidos a partir do Portal Empresa Brasileira de Comunicação – EBC – Agência Brasil – Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/04/07/materia.2008-04-07.7496387076/view>. Acesso em: 15 jun. 2009.

No início de maio chegou mais grupo de 27 médicos do Rio Grande do Sul para ajudar no atendimento às vítimas da dengue. A equipe era formada por médicos de família, clínicos gerais, pediatras e infectologistas. Com mais essa equipe, a terceira, ao todo 67 profissionais gaúchos foram deslocados para o Rio para ajudar no tratamento dos pacientes vítimas da dengue⁶⁷. O ministro comentou sobre a força nacional contra a dengue:

“Todos serão convidados a fazer parte da Força Nacional de Saúde e serão cadastrados no Ministério para atendimento em epidemias e catástrofes, além de receberem um certificado pela participação na força-tarefa.” (José Gomes Temporão, ministro da Saúde)

3.1.1.4. Ampliação do atendimento nos hospitais da rede pública

Conforme decisão do Gcrise, os governos estadual e municipal ampliaram o número de leitos nos hospitais públicos e aumentaram o quadro de profissionais de saúde. Para atender vítimas da doença, a SESDEC-RJ criou 214 novos leitos que ficaram sob a gestão da Central de Regulação de Leitos de Dengue. Além desses, para evitar o agravamento dos casos e óbitos, foram abertos mais 80 leitos de retaguarda para pacientes com dengue no Hospital Anchieta, no Caju. A Secretaria municipal de Saúde manteve 250 leitos que já havia disponibilizado para a internação dos pacientes com dengue e suspendeu os procedimentos ambulatoriais de menor gravidade e remanejou os leitos e serviços nas unidades de saúde para atendimentos aos doentes com dengue (SESDEC-RJ, 2008a).

Para ampliar o quadro de pessoal, as secretarias de saúde iniciaram um levantamento do quadro disponível⁶⁸, mas não foi possível definir a estimativa do déficit real de profissionais. A rede municipal contava com 5.058 profissionais na folha de pagamento, sendo 1.410 pediatras, para cerca de 180 unidades de saúde. Além desses, havia 1.300 profissionais federais que davam expediente em hospitais municipalizados, mas não se sabia quantos eram clínicos e quantos eram pediatras, as duas especialidades mais requisitadas na⁶⁹ Informação obtida no “site” de UOL, Rio de Janeiro, em 7 de maio de 2008. Disponível em:

<http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultnot/2008/05/07/ult4477u607.jhtm>. Acesso em: 13 jul. 2009.⁶⁸
Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Globo em 4 de abril de 2008. Disponível em:
http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/04/03/sem_saber_quantos_medicos_tem_secretarias_de_saude_tambem_d_esconhecem_deficit-426684282.asp. Acesso em: 20 jul.2009.

epidemia. O déficit, segundo a Secretaria municipal de Saúde, seria de 500 profissionais, sem contar os médicos que estavam gozando férias ou em licença médica. A Secretaria estadual de Saúde contabilizou 2.081 clínicos gerais e 932 pediatras, mas concluiu que seria difícil fazer uma estimativa do déficit real de médicos, pois não tinha como fornecer o número total de profissionais que atuavam em suas 36 unidades.

Como medida de emergência, o Ministério da Saúde decidiu contratar temporariamente 661 profissionais de saúde. No dia 25 de março, contratou os primeiros 100 médicos, que foram distribuídos pelos hospitais do Andaraí, Bonsucesso, Ipanema, Lagoa e Cardoso Fontes, em Jacarepaguá.

No final de março, os pacientes com dengue sofriam para ser atendidos nos hospitais públicos, aguardando até seis horas nas filas. Diante da situação de crise, o Ministério Público Estadual entrou com ação na justiça⁶⁹ para que os 145 postos de saúde da prefeitura do Rio permanecessem abertos 24 horas, todos os dias da semana, para o atendimento dos pacientes com dengue. A secretaria municipal de Saúde⁷⁰ obedeceu parcialmente a determinação judicial e manteve 95 unidades em funcionamento diário até às 17 horas. Sendo que aos domingos, apenas 28 unidades funcionavam no mesmo horário e 7 prestavam atendimento 24 horas. A prefeitura argumentou sobre as dificuldades de garantir a segurança dos profissionais de saúde, durante a madrugada, em postos localizados em áreas de risco, o que foi acatado pela Justiça.

No dia 26 de março, as equipes de emergência recrutadas para atuar nos leitos destinados à dengue nos hospitais federais do Rio de Janeiro foram reforçadas com mais 70 profissionais. Seguindo as demais esferas de governo, a Secretaria municipal de Saúde,

⁶⁹ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Folha de São Paulo-Folha Online-em 3 de abril de 2008. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u388557.shtml>. Acesso em: 30 jun.2009.⁷⁰
Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Globo em 3 de abril de 2008. Disponível em:
http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/04/04/prefeitura_abrira_95_postos_de_saude_no_sabado_apenas_sete_24h-426691783.asp. Acesso em: 27 jun. 2009.

treinou quase mil profissionais que reforçaram os sete maiores hospitais de emergência, visto que em alguns hospitais municipais do Rio de Janeiro, médicos e enfermeiros trabalhavam com a carga horária dobrada para reforçar o atendimento.

3.1.1.5. Aperfeiçoamento do controle do tratamento da dengue

Uma medida simples, mas muito eficaz foi a criação do *Cartão de evolução da dengue*⁷¹. Essa medida objetivou a melhoria de controle do tratamento da dengue e foi utilizada na rede pública ainda no final de março:

“Com o cartão, os médicos poderão acompanhar a evolução da doença nos pacientes, já que nem todos procuram o mesmo posto de saúde. Os cartões vão conter dados como exames, resultados, diagnósticos e tratamentos dispensados aos pacientes” (José Gomes Temporão, ministro da Saúde).

O Ministério da Saúde distribuiu 250 mil cartões de acompanhamento para toda a rede de assistência do município e da Baixada Fluminense. Os cartões reuniam as informações sobre a evolução da doença, de maneira que, cada vez que o paciente retornava ao serviço de saúde, o médico tinha condições de avaliar a doença, garantindo um atendimento adequado.

“Como não há uma assistência primária de qualidade, os pacientes acabam percorrendo vários pontos do sistema. E o outro médico precisa ter todas as informações sobre o caso e saber exatamente quais foram os exames e medicamentos utilizados. Nós ainda estamos pedindo que este cartão também seja utilizado na rede privada” (José Gomes Temporão, ministro da Saúde).

A partir de 28 de março, os hospitais particulares passaram a atuar de forma integrada e articulada com o setor público adotando o *cartão de acompanhamento da dengue* e os mesmos protocolos de atendimento ao paciente com suspeita da doença que eram utilizados nos hospitais públicos. Também abriram pontos de hidratação na mesma linha estratégica do setor público, adotando igualmente os protocolos e condutas, com o objetivo de reduzir o tempo de espera e intervir precocemente na evolução da doença, evitando o óbito.

⁷¹ Dados obtidos a partir do Portal Empresa Brasileira de Comunicação – EBC – Agência Brasil – Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/24/materia.2008-03-24.0396643366/view>. Acesso em: 19 jun. 2009.

3.1.1.6. Reforço do Tele-Dengue

Seguindo orientação do Gcrise, a Secretaria municipal de Saúde ampliou o Tele-Dengue, um serviço de informações por telefone sobre a doença que estava funcionando de forma ineficaz. Criado em 2003⁷², esse serviço era um dos principais canais usados pela população para fazer denúncias sobre a proliferação do mosquito vetor, tirar dúvidas sobre a dengue e agendar vistorias. O serviço recebia ligações de denúncias, por exemplo, de vizinhos que não estavam cuidando dos focos do mosquito em suas casas.

No início de abril, o número de atendentes do *Tele-Dengue* aumentou, passou de 8 para 16 pessoas. Além disso, o serviço que funcionava somente de segunda à sexta-feira passou a funcionar aos sábados e domingos das 8h às 20h.

3.1.1.7. Intensificação do Telemarketing nas áreas mais atingidas pela doença

A SESDEC-RJ utilizou o *Telemarketing da dengue*⁷³ para conscientizar a população sobre o combate à dengue. Uma equipe de funcionários especialmente treinada fazia ligações para as casas das pessoas dando informações sobre a doença. A equipe telefonava para todas as casas das áreas da cidade onde tinham casos confirmados, ou apenas suspeitos, de dengue. Por telefone, os funcionários alertavam para o risco de dengue na região e incentivavam os moradores a procurar por criadouros do mosquito; ensinavam como eliminar os criadouros e orientavam sobre os sintomas da doença.

Além do Telemarketing da dengue, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC-RJ) criou, em 19 de março, o site “Rio Contra Dengue” para ser referência em informação sobre dengue. Somente em abril, o Portal ultrapassou 500 mil acessos. No seu

⁷² Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Globo em 7 de março de 2008. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/06/tele-dengue_da_prefeitura_do_rio_nao_funciona_direito-426118896.asp. Acesso em: 22 jun. 2009.

⁷³ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Folha de São Paulo-Folha Online-em 24 de março de 2008. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultnot/2008/03/24/ult4291u151.jhtm>. Acesso em: 25 jul. 2009.

conteúdo havia abordagem didática sobre os sintomas da dengue e reportagens sobre as ações de combate ao mosquito. A população podia tirar dúvidas sobre sintomas, tratamento, prevenção da doença, identificar os locais para doação de sangue, além de imprimir adesivos e folhetos com a logomarca do movimento “Rio Contra Dengue”⁷⁴. Também havia links para a versão atualizada do boletim epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil e inscrição de médicos interessados em trabalhar no combate à epidemia. Para as crianças, havia dois jogos temáticos: um dos sete erros e outro para matar o mosquito.

3.3.2. Ações de combate aos focos do mosquito

Em nosso país, as condições sócio-ambientais são favoráveis à expansão do *A. aegypti*. Desde a sua reintrodução em 1976, o mosquito vetor da dengue não foi controlado pelos métodos tradicionais. São estratégias baseadas em programas centrados no combate químico com baixíssima ou nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico. Em função disso, mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos (MS, 2002).

Para o melhor enfrentamento da epidemia, o Gabinete de crise planejou ações intersetoriais com a participação da comunidade. Assim, as ações de combate aos focos do mosquito incluíram a continuidade do combate aos criadouros, um trabalho desenvolvido pelos

bombeiros desde janeiro de 2008, o trabalho de campo dos guardas de endemias (agentes de saúde) com máquinas portáteis de desinfestação (tipo fumacê) e as campanhas de mobilização da sociedade no combate ao mosquito transmissor da doença.

⁷⁴ Informação obtida a partir do site “Rio contra dengue”. Disponível em:
<http://www.riocontradengue.com.br/conteudo/index.asp>. Acesso em: 24 jul. 2009.

Dentre as ações de mobilização da sociedade, pode-se destacar a criação do “Rio Contra Dengue”⁷⁵ que, além de fornecer informações e receber denúncias sobre dengue por telefone, divulgou, via internet, as ações de como identificar e eliminar os focos mosquito *Aedes aegypti* na casa ou no trabalho:

- Encha de areia até a borda os pratinhos de vasos de plantas;
- Lave os tanques utilizados para armazenar água semanalmente por dentro, com escovas e sabão;
- Jogue no lixo todo objeto que possa acumular água, como embalagens usadas, potes, latas, copos, garrafas vazias, etc.
- Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água.
- Lave, principalmente por dentro, com escova e sabão os utensílios usados para guardar água em casa, como jaras, garrafas, potes, baldes, etc.;
- Mantenha a caixa d'água sempre fechada com tampa adequada;
- Evite ter bromélias em casa. Substitua-as por plantas que não acumulem água;
- Se preferir mantê-las, é indispensável tratá-las com água sanitária na proporção de uma colher de sopa para um litro de água, regando, no mínimo, duas vezes por semana. Tire sempre a água acumulada nas folhas;
- Mantenha o saco de lixo bem fechado e fora do alcance de animais até o recolhimento pelo serviço de limpeza urbana;
- Não jogue lixo em terrenos baldios;
- Entregue seus pneus velhos ao serviço de limpeza urbana ou guarde-os sem água em local coberto e abrigado da chuva;
- Guarde as garrafas vazias sempre de cabeça para baixo e em local coberto;
- Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje;
- Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas;
- Lave bem os suportes de garrações de água mineral sempre que trocá-los;
- Verifique se as bandejas de ar condicionado não estão com acúmulo de água;
- Deixe a tampa dos vasos sanitários fechados;
- Em banheiros pouco usados, dê descarga uma vez por semana;
- Use água sanitária com frequência nas reservas de água sem consumo humano;
- Verifique se há entupimento nos ralos e se não for utilizá-los, mantenha-os vedados;
- Cacos de vidro no muro. Coloque areia ou cimento em todos aqueles que podem acumular água.

3.3.2.1. Ações das Forças Armadas: erradicação dos focos do mosquito

Cerca de 500 militares do Exército, Marinha e Aeronáutica foram treinados pela Secretaria Estadual de Saúde para comporem as equipes volantes que realizaram visitas às residências, em áreas urbanas, com o objetivo de eliminar focos do mosquito *Aedes aegypti*. De acordo com o Comando Militar do Leste, as operações iniciadas na primeira semana de

⁷⁵ Informação obtida a partir do Portal “Rio Contra Dengue”. Disponível em: <http://www.riocontradengue.com.br/conteudo/proteger.asp>. Acesso em: 7 jun.2009.

abril foram executadas por um período de 30 dias. Cerca de 95 mil residências, em sete bairros, foram visitadas durante esse trabalho de prevenção, que foi feito com uso de larvicida nos ralos e vasos de plantas. Os militares vistoriaram desde garrafas e tampas das lixeiras até carros abandonados. Eles também orientaram a população, estimulando-a no combate ao mosquito da dengue.

Os soldados do Exército⁷⁶ percorreram por 30 dias os bairros da zona oeste e os subúrbios do Rio de Janeiro, as áreas mais atingidas pela epidemia de dengue. Em Realengo, trabalharam 300 soldados do Exército e cada um visitou 20 casas da região. Na zona norte, as ações foram executadas pela Marinha. Um grupo de 100 homens foi dividido em 10 grupos que atuaram na Ilha do Governador, onde o índice de casos de dengue era muito alto. Eles vistoriaram as casas e orientaram a população da região.

3.3.2.2. Ações dos governos para erradicação do mosquito

Visando a redução dos casos de dengue, os governos estadual e municipal promoveram ações para erradicação do mosquito transmissor. O governador Sérgio Cabral, baseado em legislação de amparo à execução de ações de campo (MS, 2006), enviou à Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro um Projeto de Lei que previa multas de até R\$ 20 mil ou o arrombamento do imóvel (com a ajuda da polícia, se preciso) dos proprietários que não permitissem a entrada dos agentes de saúde para combate aos focos do mosquito. A Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) afirmava que o projeto era de duvidosa constitucionalidade, por isso, os agentes de saúde, a Defesa civil e o Corpo de Bombeiros agiram com muita cautela em tais situações.

3.3.2.3. Ações do Corpo de Bombeiros no combate aos focos do mosquito

⁷⁶ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Globo em 9 de abril de 2008. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/04/09/militares_comecam_vistoriar_casas_em_busca_de_focos_da_dengu_e_no_rio-426755232.asp. Acesso em: 23 jun. 2009.

Cerca de 500 homens do Corpo de Bombeiros atuaram no combate aos focos do mosquito durante fevereiro e março vistoriando mais de 7.000 imóveis e inspecionando 6.295 depósitos.

Como a meta era vistoriar 100 mil imóveis, a força-tarefa foi aumentada de 500 para 1.200 bombeiros, intensificando as ações contra o mosquito⁷⁷.

“Enquanto houver mosquito [*da dengue*] na cidade e no estado do Rio de Janeiro, o Corpo de Bombeiros estará empenhado em reduzir isso, para que a gente possa diminuir a incidência da doença”. (coronel Djalma Souza Filho, coordenador de operações)

A corporação envolvida no trabalho de combate à dengue foi recrutada na Defesa Civil e nos quartéis da capital e da Baixada Fluminense. O trabalho dos bombeiros era identificar focos do mosquito nos imóveis, orientar os moradores sobre prevenção e aplicar larvicida, se necessário. Todos os homens estavam equipados com o kit-dengue, que continha formulários de controle, larvicida, álcool e algodão para recolhimento e conservação do material encontrado, entre outros equipamentos. Para garantir o apoio popular, o Corpo de Bombeiros treinava pessoas da comunidade e organizava grupos de combate ao mosquito, as “brigadas civis contra a dengue”.

Os 500 bombeiros em parceria com 80 agentes da Vigilância em Saúde da SESDECRJ atuaram nas ações de prevenção e combate ao mosquito. Quando chegavam ao bairro, os bombeiros montavam o “quartel general” na praça principal. De posse do material (kitdengue), cada equipe seguia para um quarteirão e vistoriava os quintais e os espaços dentro das casas, principalmente os banheiros. Vistoriavam os ralos, vasos de plantas, caixas d’água mal tampadas, água parada no chão, em manilhas, galões, pneus e tanques. Quando achavam um foco do mosquito, espalhavam larvicidas. Outra tarefa dos bombeiros era a colocação de

⁷⁷ Informações obtidas a partir do “site” Ambiente Brasil. Disponível em: <http://noticias.ambientebrasil.com.br/noticia/?id=36720>. Acesso em: 31 jul. 2009.

capas plásticas (ou telas) em caixas d’água, pois um estudo da FIOCRUZ⁷⁸ concluiu que estes locais estão entre os principais criadouros do mosquito.

Embora não elimine os criadouros, a aplicação de inseticidas por máquinas de desinfestação do tipo “fumacê”⁷⁹ reduz a população adulta de *Aedes aegypti*, por isso, o seu uso somente é útil durante as epidemias.

Após passarem por treinamentos, os 300 guardas da FUNASA ficaram aptos para operar as 50 máquinas de desinfestação no trabalho de campo de combate ao mosquito adulto nas áreas mais infestadas do Rio de Janeiro, principalmente nos bairros da zona oeste, dos subúrbios e da

Baixada Fluminense. A meta estabelecida foi cumprida, ou seja, uma vasta região foi coberta com o “fumacê” dispersado em 100 quarteirões por dia.

3.3.2.4. Campanhas de mobilização da sociedade no combate ao mosquito

Diversas campanhas e mutirões foram realizados nas comunidades do Rio de Janeiro com efetiva participação da população e de voluntários. Uma parceria entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Segurança permitiu que os 4.000 guias cívicos⁸⁰ que trabalharam nos Jogos Pan-Americanos atuassem na prevenção ao *Aedes aegypti*, cada um recebendo meio salário mínimo por mês. No início de abril, o combate à dengue no Rio envolveu cerca de

2.000 voluntários no "Mutirão da Cidadania", uma ação da Secretaria de Estado de Saúde, que aconteceu em 72 comunidades da Região Metropolitana. Durante a ação, os participantes atuaram na identificação de situações favoráveis à proliferação do mosquito transmissor e na extinção dos focos, instalaram mais de 5 mil coberturas para caixas d'água (material foi cedido pelo Corpo de Bombeiros) e distribuíram cerca de 50 mil panfletos (cedidos pelo

⁷⁸ Dados obtidos a partir do Portal Empresa Brasileira de Comunicação – EBC – Agência Brasil – Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/02/29/materia.2008-02-29.6744897343/view>. Acesso em: 27jul.2009. ⁷⁹ Informações obtidas a partir do “site” CIVES-UFRJ. Disponível em:

<http://www.cives.ufrj.br/informacao/dengue/den-Rio2008.html>. Acesso em: 18 jun. 2009.

⁸⁰ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Globo em 8 de abril de 2008. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL392322-5606,00.html>. Acesso em: 21 jun. 2009.

DETRAN-RJ) com informações sobre formas de prevenção e de combate aos focos do mosquito da dengue.

Entre 18 e 24 de março, a Secretaria municipal de Saúde⁸¹ lançou uma campanha recomendando que crianças e adolescentes usassem calças, meias e tênis ou sapatos, já que o mosquito transmissor da doença costuma voar baixo e picar principalmente pés e pernas. A campanha utilizou 500 mil cartazes e folhetos que foram distribuídos em escolas públicas e particulares, ônibus, metrô, trens, comércio e Linha Amarela.

A campanha foi voltada principalmente para crianças e adolescentes porque boa parte tinha nascido depois das últimas epidemias do sorotipo DENV 2 no Rio, ocorridas na década de 90. Ele recomenda que, se os pais tiverem recursos, também apliquem repelentes nas partes do corpo dos filhos que fiquem expostas. A Defesa Civil municipal realizou mais de 60 mutirões comunitários para prevenção e combate à doença, criou 30 novas brigadas anti-dengue e inspecionou mais de 300 mil imóveis.

Numa operação que envolveu 500 assistentes sociais, a Prefeitura do Rio de Janeiro fez distribuição de coberturas para caixas d'água e palestras em diversos bairros da cidade.

Além dessas ações, os governos utilizaram as mídias eletrônicas para divulgar orientações para a população. Dentre as medidas recomendadas pelo Portal da SESDEC-RJ⁸²:

- Colocar no lixo latas, garrafas, potes e outros objetos sem uso que possam acumular água.
- Não deixá-los em quintais, nem jogar em terrenos baldios.
- Tampinhas de garrafas, cascas de ovo, embalagens plásticas, copos descartáveis ou qualquer outro objeto sem uso, por menor que seja e que possa acumular água, deve ser colocado em saco plástico, e este, fechado e jogado no lixo.
- Os pneus sem uso devem ser mantidos secos e em local coberto e protegidos da chuva.
- Manter bem fechados latões, poços, cisternas, caixas d'água e outros depósitos de água para consumo, impedindo a entrada de mosquitos.
- Vedar com tela fina aqueles que não têm tampa própria.
- Não cultivar plantas em jarros com água; plantá-las sempre em vasos com terra.

⁸¹ Informação oral obtida a partir de entrevista ao Jornal Globo em 24 de março de 2008. Disponível em: http://oglobo.globo.com/rio/mat/2008/03/24/saude_anuncia_mais_acoes_de_combate_dengue-426516205.asp. Acesso em: 16 jun. 2009.

⁸² Informação obtida a partir do Portal da Secretaria Estadual de Saúde, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_50.shtml#50a – Acesso em: 07/04/2009

- Colocar areia nos pratos dos vasos de plantas.
- Evitar o cultivo de bromélias e outras plantas parecidas, substituindo-as por outras, pois acumulam água em suas folhas e podem tornar-se criadouros de mosquitos.
- As piscinas devem ser tratadas com cloro, devendo ser limpas uma vez por semana. Se não forem usadas devem ser mantidas vazias ou cobertas.
- As calhas devem ser mantidas limpas e desentupidas, removendo-se folhas e materiais que possam impedir o escoamento da água.
- Lavar com bucha e manter limpos os reservatórios de água externos de geladeira, as bandejas de ar condicionado e suportes de garrafão de água mineral.
- As lajes devem ser mantidas limpas e secas.
- Lagos, cascatas e espelhos d'água decorativos devem ser mantidos limpos. A criação de peixes é aconselhada, pois estes podem comer as larvas de mosquitos. Outra opção é manter a água tratada com cloro.
- Onde houver cacos de vidro nos muros, colocar areia em todos aqueles que possam acumular água.
- Verificar se há entupimento em ralos de cozinha, banheiro, sauna e ducha, providenciando imediatamente seu desentupimento. Se não estiverem sendo utilizados, deverão ser mantidos fechados.
- Deixar a tampa dos vasos sanitários sempre fechadas. Em banheiros pouco usados, deve-se dar descarga uma vez por semana.
- Nos cemitérios colocar terra ou areia nas floreiras e jardineiras, evitando o acúmulo de água e a formação de criadouros de mosquitos.
- Os vasilhames para água de animais domésticos devem ser lavados com bucha, sabão e água corrente, pelo menos uma vez por semana.

3.3.3. Ações da Defesa Civil na operacionalização de combate à dengue

O gerenciamento de uma crise necessita de planejamento, organização e treinamento prévios e estruturados das equipes de administração de alto escalão, de informação e das ações tático-operativas, evitando os desajustes e as falhas comuns nestes tipos de ocorrências. Nesse contexto, a Defesa Civil foi considerada um ator essencial na solução da crise pela epidemia de dengue.

Em recente reunião da Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais, o Major Marcos Aurélio Alves de Melo, do Departamento de Resposta aos Desastres e Reconstrução do Ministério da Integração Nacional afirmou: “O papel da Defesa Civil é gerenciar crises” (MELO, 2004).

Para Castro (1999), a Defesa Civil, a crise é um evento adverso, que pode ser causada tanto por fenômenos naturais, como por ações ou omissões do próprio homem. A tática usada pela Defesa Civil para enfrentar uma crise é simples; resulta da técnica de reunir os recursos institucionais, humanos e materiais, previstos e disponíveis no terreno do desastre. Após reuni-los, procura manobrar com os mesmos e empregá-los racionalmente, com o objetivo de responder à situação de desastre. Ao contrário da estratégia, que se relaciona com objetivos amplos e de longo prazo, a tática é de aplicação imediata e relaciona-se com objetivos limitados, facilmente identificáveis e atingíveis em curto prazo.

Dependendo dos objetivos e da ação temporal, a Defesa Civil trabalha com os planos de contingência e de operações. Enquanto o plano de contingência é criado para responder às hipóteses de desastre, o plano de operações é feito para responder às situações reais de desastre, em seus mais diversos níveis e variações. Em muitas situações, o plano de contingência pode ser transformado no plano de operações, desde que seja um pouco modificado; em outras situações, o plano de contingência precisa ser bem modificado para ajustar-se à realidade e originar o *plano alternativo*. E o último tipo de plano de operações é o *plano operativo*, que é construído após a ocorrência de uma situação real de desastre (CASTRO, 1999).

A Defesa Civil foi integrada ao trabalho do Gcrise criado pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da dengue no Rio de Janeiro. Nesse Gcrise, o Ministério da Saúde foi representado pelos secretários de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, que acompanharam a evolução da situação da doença junto aos governos do estado e do município, cujos braços de planejamento e operações seriam a Secretarias estadual e municipal de Saúde, a Defesa Civil (nos níveis estadual e municipal) e o Corpo de Bombeiros, além das Forças Armadas.

Essa medida de emergência instituída pelo Ministério da Saúde visava conter o aumento no número de casos da dengue no estado e no município do Rio de Janeiro. Segundo a Nota Técnica divulgada pela SVS-MS em 28 de março de 2008, os dados epidemiológicos do ano mostravam que, no conjunto do país havia uma queda de 27% na incidência dos casos de dengue em comparação com o mesmo período de 2007. No entanto, o Rio de Janeiro apresentava um aumento de 211% da incidência em relação ao ano anterior (SESDEC-RJ, 2008a)

O Gcrise foi planejado para integrar as ações operacionais dos Governos do Estado e do Município com as Forças Armadas. De acordo com Medronho (2006), as ações integradas de combate à dengue devem ser de grande alcance estratégico, por isso, as políticas de combate à doença devem extrapolar o âmbito municipal das grandes metrópoles. Na verdade, a integração das ações de controle do vetor deveria começar no âmbito das próprias secretarias de saúde (estaduais e municipais), já que em muitas delas a vigilância epidemiológica não estaria integrada à vigilância entomológica.

Na condição de órgão componente do gabinete criado pelo Ministério da Saúde, a Defesa Civil seguiu o plano estratégico definido pelo Gcrise. A Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, foi integrada ao Gcrise em função de sua vasta experiência na área de elaboração de planos de contingência e ações operacionais de campo. Durante o processo, esses planos foram gradativamente atualizados por uma *conduta de operações* com a finalidade de responder à crise instalada pela epidemia de dengue.

Na primeira semana, sob coordenação do Ministério da Saúde, o Gcrise fez o levantamento para acompanhar a evolução da situação e tomou as primeiras decisões. Foram definidas as funções de cada ator e os governos federal e estadual levantaram as necessidades de contratação de pessoal para trabalhar em caráter emergencial, além do mapeamento das exigências na atenção à saúde da população em risco. A Defesa Civil trabalhou em operações prioritárias, como a instalação das tendas de hidratação, enquanto as Forças Armadas montaram os hospitais de campanha para atendimento da população. As ações de campo contra o mosquito vetor foram efetuadas pela ação integrada da Defesa Civil, Corpo de Bombeiros e Forças Armadas.

As ações de campo para o combate à epidemia de dengue eram planejadas no Centro Estadual para Gerenciamento de Desastres da Defesa Civil (CESDEC-RJ). Em 2 maio de 2008, um dos coordenadores do planejamento da Defesa Civil, o Major Rafael Paixão, foi entrevistado pela Rede Globo⁸³. A seguir, transcrevemos a entrevista na íntegra:

RJTV – Como é feito o trabalho? Rafael Paixão – Nessa sala nós recebemos as ligações do Tele-dengue, 0800 6000 424, efazemos o tratamento dos dados. Esses militares que estão aqui são do Corpo de Bombeiros; eles recebem as informações das denúncias e já o referenciam, para que a gente possa determinar quais são as ações que os homens de campo irão tomar. RJTV – Tudo é monitorado? Como funciona? Rafael Paixão – Cada mosquito representa um local de uma denúncia. O mosquito verde significa que nós já atendemos. O mosquito amarelo é que o bombeiro está atendendo hoje. O mosquito vermelho representa as denúncias que serão atendidas. E os mosquitos azuis são aquelas que já foram visitadas mais de uma vez. RJTV – Vocês conseguem ter uma visualização de tudo o que está sendo feito e do que falta fazer? Rafael Paixão – Perfeitamente. A nossa idéia é essa, já planejar ações para que possam ser potencializadas todas as atitudes que nós venhamos a tomar dentro desse centro.

4.0. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

O presente trabalho é um estudo de caso que descreve a crise social e política provocada pela epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008, com ênfase na análise e avaliação do processo de gestão e controle da epidemia pelo Gabinete de crise (Gcrise), um comitê integrado pelos três níveis de governo.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, buscou-se o aprofundamento do estudo do objeto de pesquisa identificado pelo gerenciamento do combate à epidemia de dengue no Rio de Janeiro em 2008 pelo Gcrise.

4.2. Fontes de dados

Após a definição do objeto de estudo e a formulação do problema e das hipóteses, selecionou-se as técnicas para a coleta dos dados, com destaque para as entrevistas, os questionários e a pesquisa documental e bibliográfica. O trabalho de campo constou de entrevistas e questionários com autoridades sanitárias, especialistas, membros componentes do Gcrise e membros dos órgãos auxiliares. As entrevistas e os questionários permitiram uma melhor compreensão das atitudes e decisões tomadas pelo Gcrise durante o grave problema de saúde pública no Rio de Janeiro em 2008.

A pesquisa de campo utilizou entrevistas com perguntas abertas e questionários fechados que se basearam nos objetivos gerais e específicos do trabalho. Foram desenvolvidas 8 (oito) entrevistas com autoridades sanitárias, professores universitários especialistas, militares da Defesa Civil estadual e componentes do Gcrise. Além das entrevistas, a pesquisa de campo foi constituída por 36 (trinta e seis) questionários com militares e agentes de saúde do Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro que participaram das ações de combate à epidemia em 2008 e trabalharam nas ações preventivas em 2009.

Durante a coleta dos dados, surgiram algumas dificuldades principalmente em referência aos componentes do Gcrise. Alguns tinham dificuldade de marcação e encaminhamento das entrevistas, outros moravam em cidades distantes ou em outros estados. Nesses casos, para facilitar o processo, foi feito encaminhamento de entrevistas por e-mail e/ou telefone.

Com objetivo de complementar as informações obtidas nas entrevistas e nos questionários, utilizou-se a pesquisa documental constituída por boletins, mapas estatísticos, documentos de arquivos, documentos de legislação (leis, decretos, regulamentos, normas, pareceres), jornais, entrevistas em meios de comunicação (telejornais) e cópias de discursos políticos em plenárias do Senado Federal. Os meios de comunicação e as vias tecnológicas permitiram a coleta de entrevistas e histórias significativas obtidas em vídeos e textos impressos pela mídia jornalística e análise documental dos relatórios, mapas e boletins dos órgãos oficiais de saúde pública dos governos federal, estadual e municipal.

A pesquisa bibliográfica foi constituída por publicações como revistas científicas, monografias, dissertações, teses e livros sobre o tema.

4.3. Monitorização estatística da crise de dengue

Os registros dos casos de incidência e casos de óbitos por dengue clássica, dengue hemorrágica e dengue na gravidez foram realizados a partir dos dados obtidos em boletins e mapas epidemiológicos dos órgãos oficiais de saúde. Esses dados foram coletados por meio da busca retrospectiva e prospectiva dos boletins e dos mapas de incidência dos casos notificados segundo a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ), além dos dados epidemiológicos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSDC) e pelo Ministério da Saúde (MS).

4.4. Processamento e análise dos dados epidemiológicos

Foram efetuadas as análises e comparações das informações e dos dados epidemiológicos disponíveis em boletins, relatórios e mapas disponibilizados pelos órgãos públicos de saúde. A crise na saúde pública no Rio de Janeiro foi amplamente divulgada pela mídia nacional, impressa,

eletrônica e televisual, o que gerou um banco de dados com grande diversidade de material transcrito de entrevistas de jornais e televisão. O processamento e a análise desses dados foram utilizados para avaliar as decisões tomadas pelo Gcrise para conter a epidemia de dengue no Rio de Janeiro em 2008.

5.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Comportamento epidemiológico da dengue

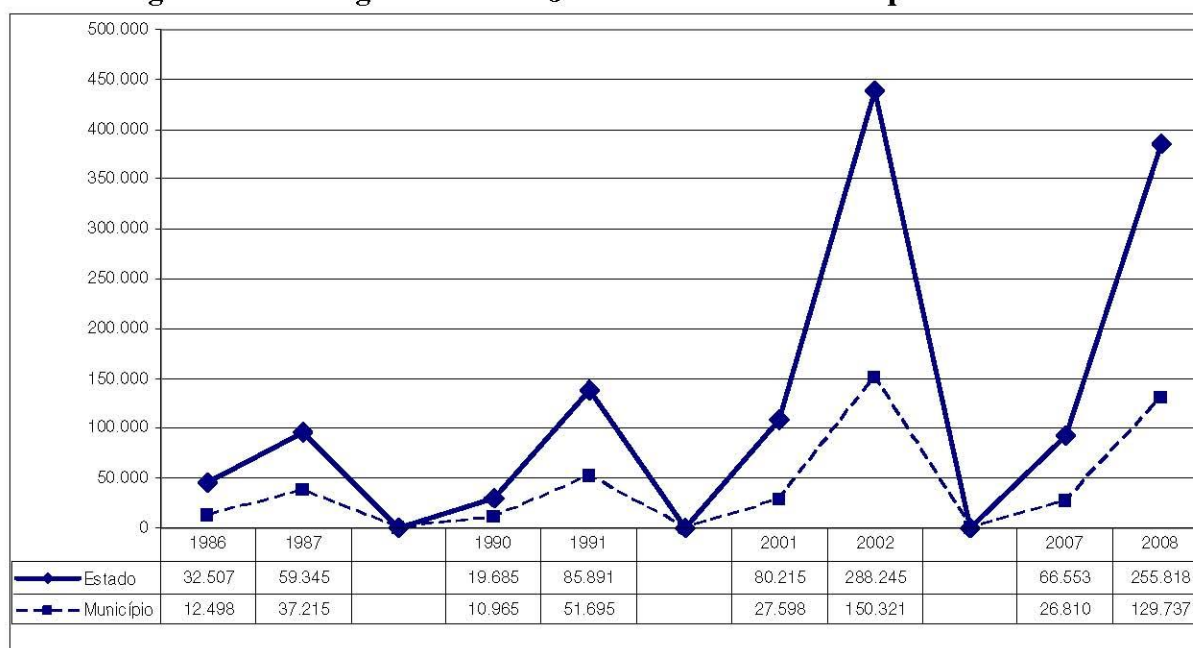
Com uma população de 6.616.047 habitantes (IBGE-2008), o município do Rio de Janeiro é a segunda metrópole do país e uma das maiores do mundo. O ecossistema da cidade do Rio de Janeiro reúne fatores naturais e artificiais que favorecem a formação de criadouros do *Aedes aegypti*, o mosquito transmissor da dengue. Dentre os fatores naturais destacam-se a vegetação abundante e o clima tropical atlântico (quente, úmido e salino), que associados aos fatores antrópicos como a densidade populacional elevada, a poluição e o desordenamento urbano criam uma condição própria para a ocorrência de epidemias cíclicas de dengue na cidade.

Desde 1986, a população do Rio de Janeiro tem vivenciado quatro grandes epidemias intercaladas por períodos de remissões: 1986-87, causada pelo sorotipo DENV 1; em 1990-91, pelo sorotipo DENV 2; em 2001-2002, pelo sorotipo DENV 3 e em 2007-08 provocada pelos sorotipos DENV 2 e 3. A epidemia de 2001-2002 é considerada a maior do país em número de casos, mas a epidemia de 2007-2008 foi a mais grave, a de maior letalidade. Para caracterizar a evolução da dengue no Rio de Janeiro, utilizaram-se os picos das epidemias ao longo do período 1986-2008 (FIGURA 16).

A epidemia de 2007-2008, a segunda maior em número de casos no país, era previsível desde outubro de 2007, de modo que, foi a “crônica da morte anunciada”. No final do ano de 2007, o Ministério da Saúde emitiu informes técnicos mostrando que a cidade do Rio de Janeiro embora não estivesse em *situação de risco*, estava em *situação de alerta*. Esse alerta baseava-se em dados epidemiológicos consistentes, dentre eles a elevação de um pequeno pico em 2007 em relação ao ano seguinte (sinalização de possível surgimento de uma grande epidemia) e o Levantamento Rápido do Índice de Infestação de *Aedes aegypti* (LIRAA) realizado em outubro de 2007 que estava acima dos níveis satisfatórios, ou seja, com valores de índice de infestação superiores a 1%. O LIRAA no município do Rio de Janeiro evidenciou que 38% dos estratos apresentavam risco de surto (Índices de Infestação Predial maiores que 3,9%) e 53,7% apresentaram situação de alerta (Índices de Infestação Predial maiores que 1,0%). As epidemias

tendem a eclodir quando mais de 5% dos prédios apresentam focos do vetor, cujo *habitat* é urbano e domiciliar.

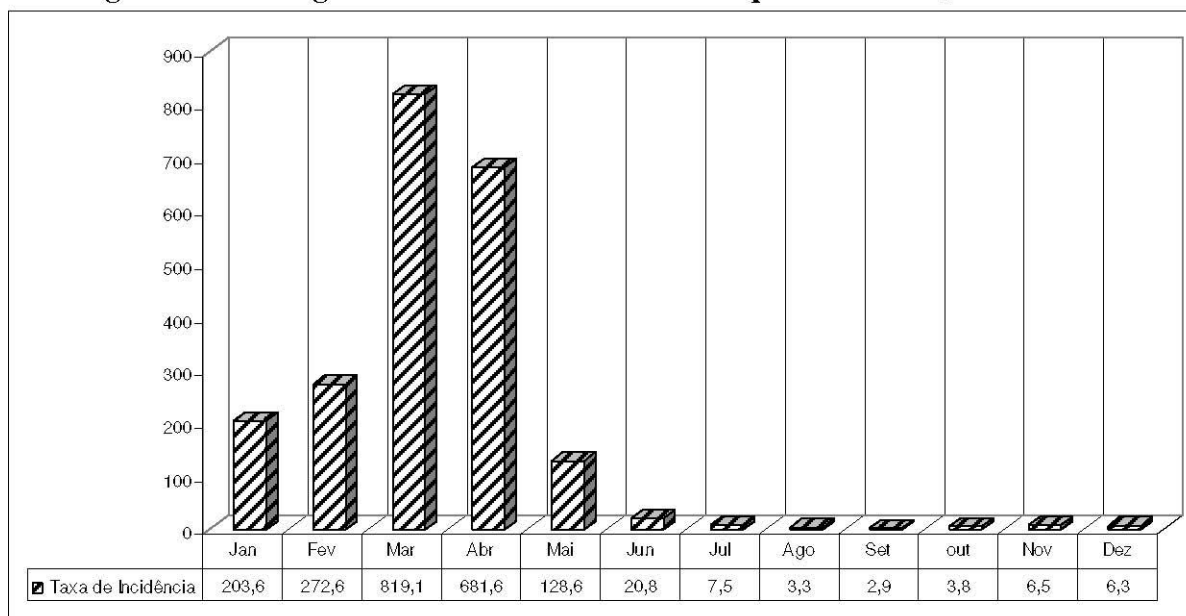
Figura 16 — Dengue no Rio de Janeiro – Estado-Município - 1986-2008



Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

No entanto, nem o governo municipal, nem o governo estadual tomaram as medidas preventivas necessárias e, em consequência, entre janeiro e fevereiro de 2008 ocorreu a ascensão do número de casos notificados. No Brasil, a responsabilidade pelo controle da dengue é do governo municipal, mas, também, as autoridades governamentais estaduais e federais têm responsabilidades com a política pública de saúde. Se as ações adequadas tivessem sido tomadas, a taxa de incidência não teria sido tão elevada (FIGURA 17). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os índices devem basear-se na série histórica dos últimos 10 anos, por isso, o limite máximo esperado em janeiro de 2008 deveria ser de 23,3 casos de dengue para 100 mil habitantes, mas o número registrado foi de 203,6 casos por 100 mil habitantes, ou seja, muito maior que o máximo esperado.

Figura 17 — Dengue: incidência mensal – Município do Rio de Janeiro - 2008



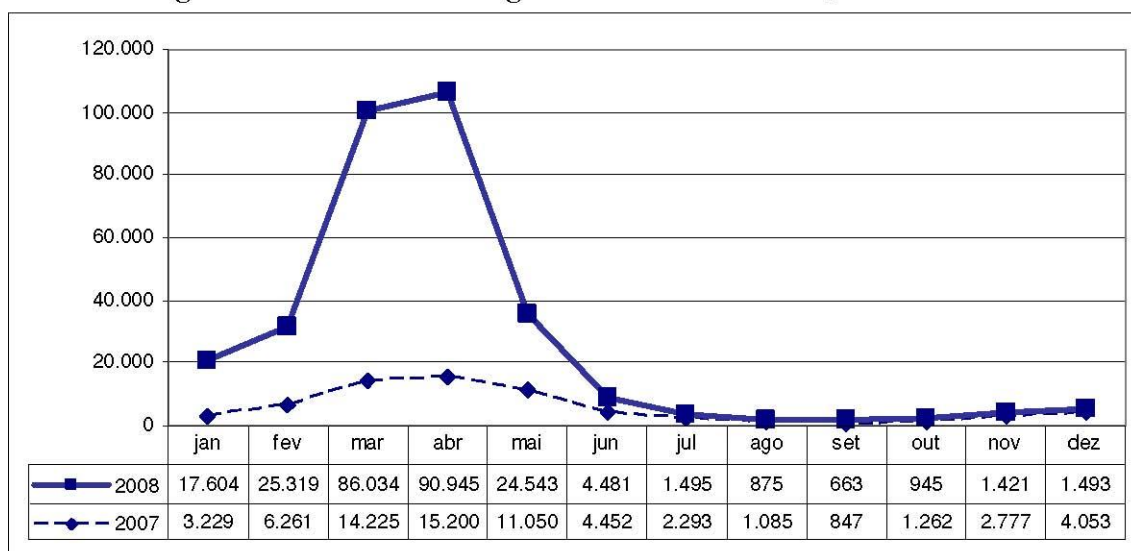
Fontes: SMSDC-RJ/Sub-Secretaria de Ações e Serviços de Saúde/SVS –Atualizado em 16/01/2009.

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SMSDC-RJ.

Os três níveis de governo não poderiam ignorar as evidências técnicas de uma possível epidemia, nem poderiam tratar a dengue como um fato político. Como isso aconteceu, o pico da crise epidêmica instalou-se no período março-abril, com um número assustador de casos, tanto no Estado quanto no Município do Rio de Janeiro.

A epidemia de 2007-2008 começou com um pequeno pico em 2007 em relação ao ano de 2008 (FIGURA 18); o vírus entrou e circulou pouco, mas as autoridades públicas não adotaram as medidas epidemiológicas corretas. O processo avançou pelo inverno, quando então, a intensidade da doença diminuiu porque a atividade do mosquito diminuiu. No verão seguinte, com o aumento da temperatura, da umidade e o retorno das chuvas, o pico epidêmico cresceu rapidamente porque as medidas adequadas não foram implementadas. Não houve planejamento de ações preventivas para impedir a reintrodução e a recirculação dos vírus, nem planejamento para conter a difusão do processo epidêmico. A reunião de uma população susceptível com uma grande densidade vetorial gerou uma epidemia explosiva que provocou 240 óbitos confirmados no Estado.

Figura 18 — Casos de dengue – Estado do Rio de Janeiro – 2007-2008

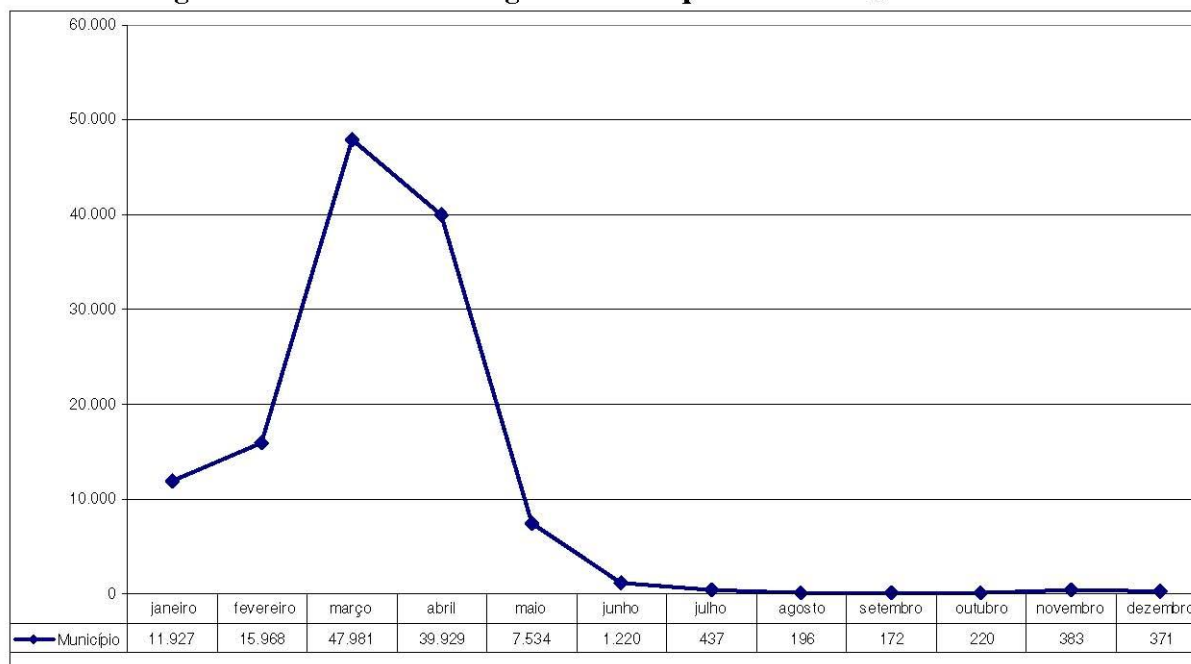


Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ.

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

A magnitude da epidemia de 2007-2008 (FIGURA 19) mostrou a falência das políticas de saúde pública na região, principalmente na atenção básica à saúde da população.

Figura 19 — Casos de dengue – Município do Rio de Janeiro – 2008

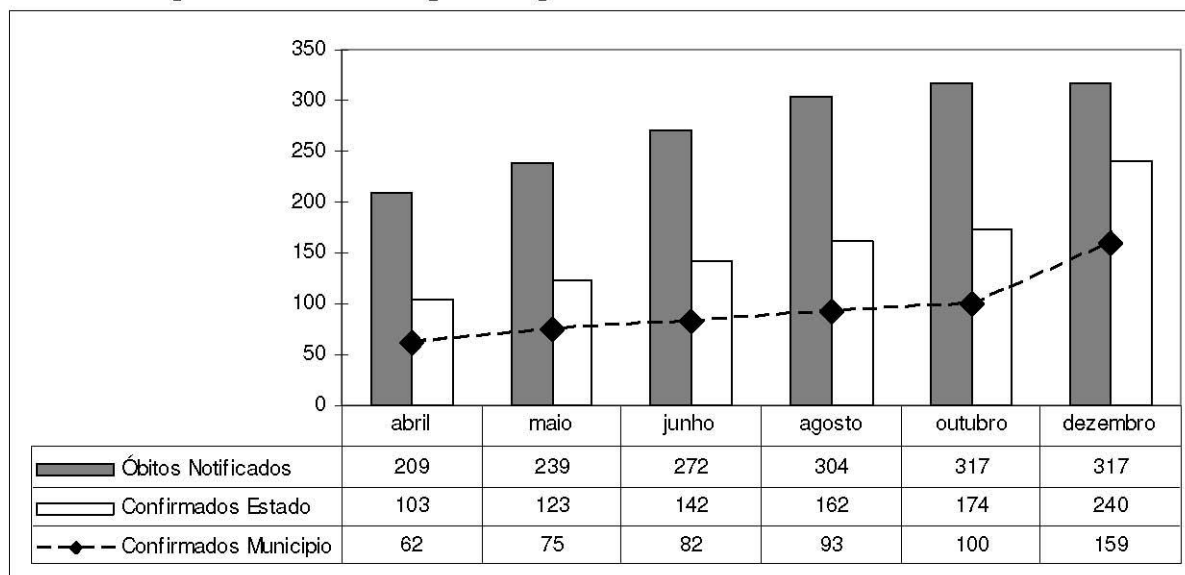


Fontes: SMSDC-RJ/Sub-Secretaria de Ações e Serviços de Saúde/SVS –Atualizado em 16/01/2009.

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SMSDC-RJ.

A gravidade da epidemia de 2007-2008 derivou das mudanças no padrão epidemiológico dos casos, com a ocorrência de grande número de casos graves em crianças menores de 14 anos e elevada letalidade (FIGURA 20). Mesmo após a instalação do Gcrise, as ações de controle não conseguiram impedir o excessivo número de óbitos causados pela doença.

Figura 20 — Óbitos por dengue – Rio de Janeiro – acumulado 2008



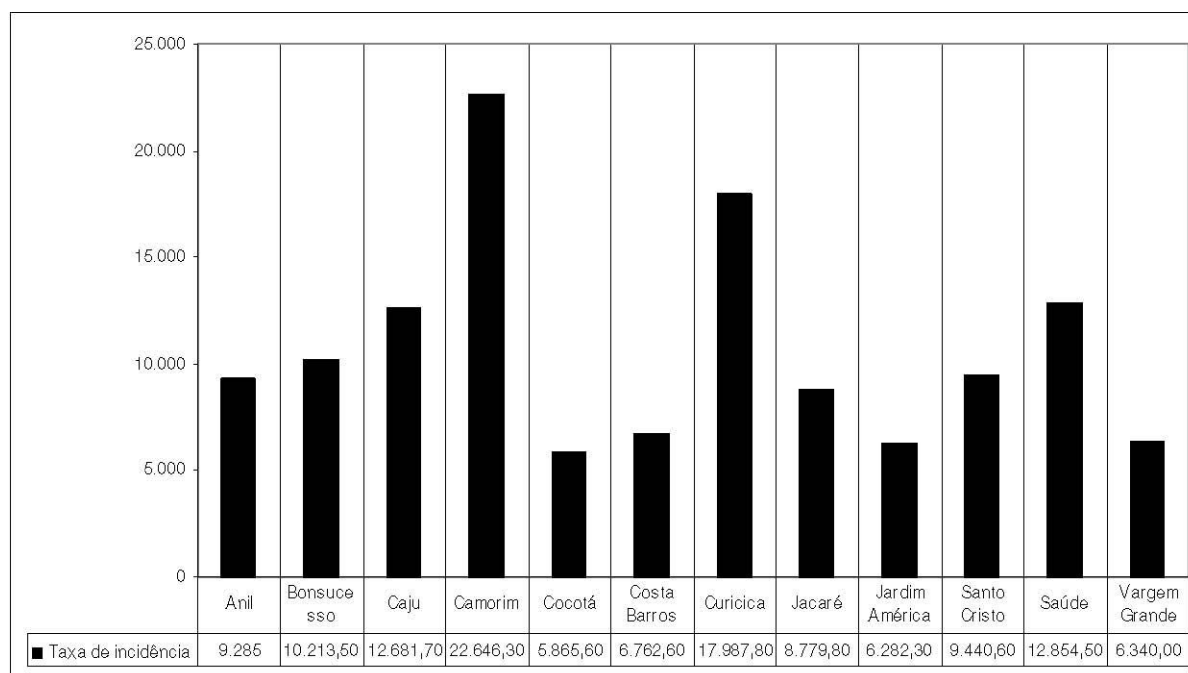
Fontes: Informes epidemiológicos da dengue (SVS-MS); Relatórios da dengue (SESDEC-RJ).
 Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SVS-MS e SESDEC-RJ.

Observa-se na FIGURA 18, a dinâmica da epidemia de dengue 2007-2008 na população do Rio de Janeiro. Logo após a reintrodução do sorotipo DENV 2 associado à recirculação do DENV 3, ocorreu um aumento do número de casos até abril de 2007 em função da densidade vetorial e da população suscetível.

Nos meses seguintes (maio, junho e julho) verificou-se a redução do número de casos, que coincidiu com o inverno, um período de meses frios que reduziu a atividade, mas não impediu que o vírus circulasse na população. Com a chegada dos meses quentes (dezembro, janeiro e fevereiro) houve um aumento das chuvas, da temperatura e da umidade, fatores que favoreceram a proliferação do mosquito vetor. Como as medidas preventivas não foram efetivas, um novo pico epidêmico ocorreu, mas desta vez assumiu um caráter explosivo.

A epidemia de dengue se alastrou pelo Rio de Janeiro a partir das regiões portuárias e centro da cidade para os bairros dos subúrbios e regiões com maior densidade de vegetação, incluindo a zona oeste. À medida que as pessoas adoeciam, a epidemia avançava para as zonas menos povoadas. Os cinco bairros com as maiores taxas de incidência⁸⁴ (FIGURA 21) foram Camorim (22.646,30), Curicica (17.987,80), Saúde (12.854,50), Caju (12.681,70) e Bonsucesso (10.213,50).

Figura 21— Dengue: taxa de incidência por bairros – Município do Rio de Janeiro-2008



Fontes: SMSDC-RJ/Sub-Secretaria de Ações e Serviços de Saúde/SVS –Atualizado em 16/01/2009.
Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SMSDC-RJ.

5.2. Análise e avaliação das ações do Gabinete de crise

O Gcrise, embora implantado tardiamente, desempenhou um importante papel gestor do desastre biológico causado pela epidemia de dengue no período 2007-2008. Criado no auge da epidemia, em março de 2008, pelo Ministério da Saúde, o Gcrise foi constituído por representantes dos governos federal, estadual e municipal e das Forças Armadas com a

finalidade de definir as ações prioritárias no combate à dengue no Rio de Janeiro. A cidade

⁸⁴ No cálculo da taxa de incidência, o numerador é o número de casos novos que ocorreram em um período definido de tempo (exemplo, 12 meses) e o denominador é a população em risco de contrair a doença neste período. Cálculo: $I = (\text{nº de casos novos no período} / \text{população exposta no período}) \times 100.000$.

vivia uma crise em saúde pública, por isso foi importante a união das diversas esferas de governo naquele momento crítico. A instalação do Gcrise foi uma decisão correta, mas tardia. Uma semana após a sua criação, adotou medidas adequadas no combate à epidemia: promoveu a articulação entre os diversos níveis de governo, ampliou a rede atendimento aos doentes, implantou uma central de vagas para coordenar a reserva dos leitos para os casos graves e coordenou as tendas de hidratação. Era fundamental garantir à população o diagnóstico precoce da doença para reduzir o número de óbitos e o tratamento adequado, com hidratação oral ou venosa.

O Gcrise elaborou a estratégia para o combate à epidemia de dengue apoiado em dois eixos: plano de ação para melhoria da qualidade de atendimento à população e plano de ação de combate aos focos do mosquito vetor. Como um dos objetivos do Gcrise foi integrar as ações dos níveis de governo, cada esfera de poder definiu um plano de cooperação, conforme os QUADROS 3, 4 e 5:

Quadro 3 — Plano de cooperação do Governo Federal – Rio de Janeiro – 2008.

	<i>Plano de ação para melhoria de atendimento à população</i>	<i>Plano de ação de combate aos focos do mosquito</i>
Ministério da Saúde	Contratar 661 profissionais de saúde para o atendimento de emergência	Disponibilizar 15 veículos para o trabalho de campo (“fumacê”)
	Criar 660 pontos de atendimentos (poltronas de hidratação)	Disponibilizar 300 agentes de saúde da FUNASA para o trabalho de campo
	Expandir o número de leitos em hospitais federais	Disponibilizar insumos (larvicidas e inseticidas) para o combate ao mosquito
	Distribuir 250 mil “Cartões de acompanhamento da dengue” para integrar o atendimento pela rede	
	Capacitar médicos para o atendimento de emergência ao doente de dengue	
	Repassar R\$ 3 milhões para o combate à dengue	

Fonte: Jornal O GLOBO. Nota: Quadro construído pelo autor a partir de notícias dos jornais.

A partir do plano, diversas medidas resultaram como desdobramentos dos eixos: mapeamento e organização das ações de atenção à saúde da população, contratação de pessoal em caráter emergencial e a expansão de leitos em hospitais federais, estaduais e municipais. Essas medidas tinham como principal objetivo o aumento da qualidade do atendimento aos pacientes com suspeita de dengue e a redução do número de óbitos, do índice de letalidade.

O plano de combate ao vetor incluía as campanhas de mobilização da sociedade no combate ao mosquito, a manutenção dos bombeiros no combate aos criadouros, o treinamento de agentes de saúde para operarem as máquinas de desinfestação com a meta de atingir de 100 quarteirões por dia, desde o centro da cidade e da zona portuária até a zona oeste, passando pelos subúrbios do Rio de Janeiro.

Quadro 4 — Plano de cooperação do Governo Estadual – Rio de Janeiro – 2008

	<i>Plano de ação para melhoria de atendimento à população</i>	<i>Plano de ação de combate aos focos do mosquito</i>
Secretaria Estadual de	Implantar 8 “Centros de hidratação 24 horas” nas Unidades de Pronto Atendimento e nos hospitais estaduais	Manter 1.200 bombeiros militares em trabalho de campo de combate ao vetor

Saúde	Contratar 200 médicos de outros estados para atendimento nos “Centros de hidratação”	Treinar 300 agentes de saúde da FUNASA para operarem máquinas portáteis “fumacê”
	Criar 300 leitos para doentes de dengue nos hospitais estaduais	Criar o “site” Rio contra a dengue.
	Criar a “Central de regulação de leitos da dengue” para encaminhamento de doentes aos hospitais da rede	Promover atividades culturais nas comunidades mais afetadas
	Criar protocolo único de atendimento clínico para os doentes de dengue	Promover “mutirões” de combate aos focos
	Disponibilizar veículos (ônibus e vans) para transporte dos doentes aos hospitais de emergência	Instalar 5.000 tampas de caixas d’água
	Ampliar o Telemarketing da Dengue	Convocar 4.000 guias cívicos dos Jogos Pan-americanos para ajudar no trabalho de campo

Fonte: Jornal O GLOBO. Nota: Quadro construído pelo autor a partir de notícias dos jornais.

O plano para melhoria da qualidade do atendimento à população incluía a ampliação da rede atendimento aos doentes, implantação de uma central de vagas para coordenar a reserva dos leitos, o diagnóstico precoce da doença para reduzir o número de óbitos e a implantação e funcionamento dos *centros de hidratação* para o tratamento oral ou venoso.

Quadro 5 — Plano de cooperação -Governo Municipal – Rio de Janeiro –2008.

Secretaria Municipal de Saúde	<i>Plano de ação para melhoria de atendimento à população</i>	<i>Plano de ação de combate aos focos do mosquito</i>
	Ampliar o número de leitos nos hospitais municipais	Promover “mutirões” de combate aos focos do mosquito
	Abrir todos os 145 “Postos de Saúde” municipais nos finais de semana e transformá-los em “PS 24 horas”	Promover atividades culturais nas comunidades mais afetadas
	Treinar 1.000 médicos para atender os doentes de dengue	Ampliar o Tele-Dengue
	Disponibilizar veículos (ônibus e vans) para transporte dos doentes aos hospitais de emergência	

Fonte: Jornal O GLOBO. Nota: Quadro construído pelo autor a partir de notícias dos jornais.

O Gcrise organizou de modo eficiente a *Central de Alocação de Leitos e Vagas*, definiu

os procedimentos de referência e contra-referência, os protocolos de atendimento e a estratificação de risco dos doentes. Além dessas ações eficazes⁸⁵, o Gcrise permitiu a transferência de conhecimentos para os médicos de outros estados, que aprenderam com a experiência e puderam utilizar esses conhecimentos para combater a dengue nas suas regiões.

As Forças Armadas fizeram um trabalho de grande valia, pois os serviços de saúde estavam sucateados e sobrecarregados. A rapidez e agilidade que os procedimentos exigiam foram importantes. As ações integradas pelo Exército, Marinha e Aeronáutica, apresentaram um *plano de cooperação* (QUADRO 6) para o atendimento às vítimas da dengue e combate ao mosquito transmissor da doença. Esse plano foi constituído por duas frentes para o

⁸⁵ Nesta dissertação, o termo eficácia está sendo utilizado como sinônimo do termo eficiência, de acordo com o dicionário *Aurélio* (FERREIRA, A.B.H. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000).

combate à dengue no Rio de Janeiro. A primeira incluía os recursos humanos e materiais disponibilizados pelas três Forças para a operação com envolvimento direto de militares no combate à dengue na prevenção através do auxílio à identificação e limpeza de focos do mosquito. A segunda relacionou-se com o atendimento prévio dos pacientes em barracas de campanha para efeito de diagnóstico e tratamento inicial prévio.

As tendas montadas próximas aos hospitais ou em bairros com maior incidência da dengue atenderam à dinâmica da própria doença, assim como os “pontos de atendimento” criados pelo Ministério da Saúde em todo o Estado.

Quadro 6 — Dengue: plano de cooperação das Forças Armadas – Rio de Janeiro – 2008

Forças Armadas	<i>Plano de ação para melhoria de atendimento à população</i>	<i>Plano de ação de combate aos focos do mosquito</i>
	Montar 3 “Hospitais de Campanha 24 horas” para atendimento clínico e exames laboratoriais e farmácia.	Disponibilizar 500 homens para o trabalho de campo e visitas às comunidades
	Criar tendas de hidratação e postos de triagem dos doentes	Identificar e limpar os focos do mosquito
	Disponibilizar 1.200 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de laboratório pessoal de apoio	

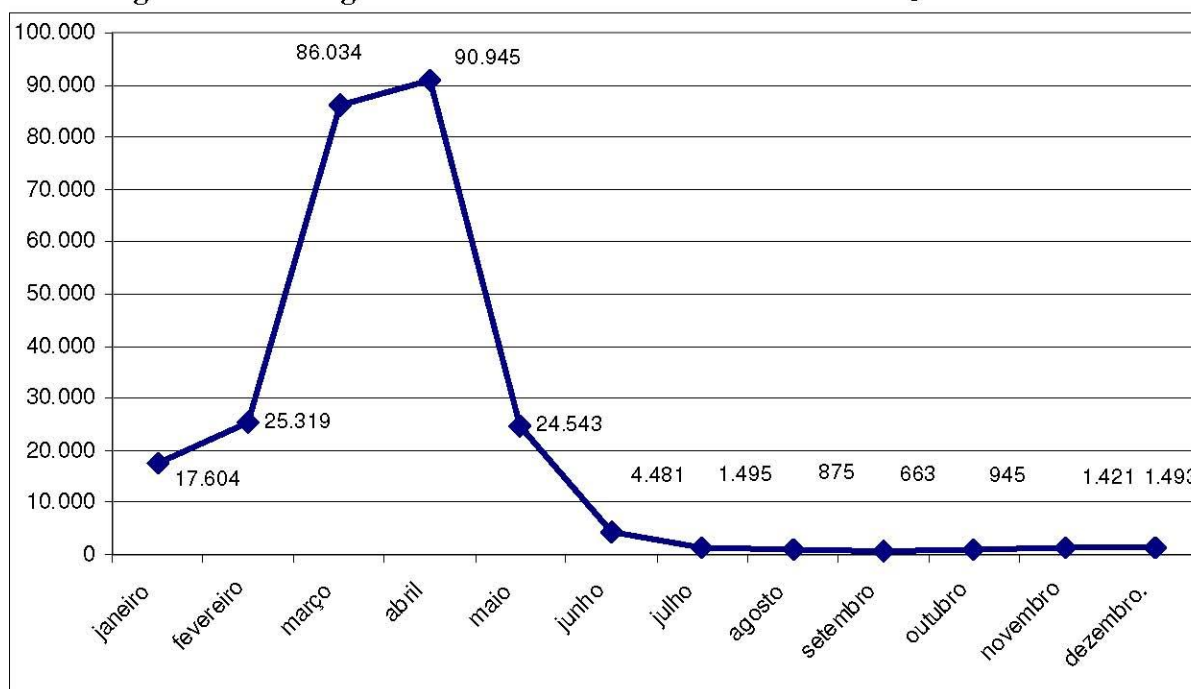
Fonte: Jornal O GLOBO. Nota: Quadro construído pelo autor a partir de notícias dos jornais.

Embora não se possa afirmar sem o apoio de pesquisas bem planejadas sobre o tema, pode-se admitir que as medidas tomadas pelo Gcrise não contribuíram para a redução da incidência nem da letalidade da doença, no entanto, provavelmente, evitou óbitos que ocorreriam se ele não fosse instalado.

A redução do número de casos pode ter ocorrido em função de outros fatores. É possível que a epidemia de dengue tenha diminuído em função das mudanças climáticas e pelo esgotamento dos indivíduos suscetíveis, mas não pelas ações de combate ao vetor que foram implementadas pelo Gcrise. O número de pessoas susceptíveis foi diminuindo gradativamente à medida que a epidemia avançava. Como grande parcela da população adoeceu, a relação imunidade/suscetibilidade da população se modificou. Desse modo, o decaimento da epidemia teve como causa principal a redução de indivíduos susceptíveis na população e, secundariamente, as alterações sazonais que influenciaram a atividade do mosquito vetor e, conseqüentemente, interferiram na circulação dos sorotipos.

A FIGURA 22 mostra que, em 2008, foram notificados, com uso de critério clínico-epidemiológico, 255.818 casos de dengue no Estado, distribuídos ao longo dos meses de janeiro a dezembro, todos confirmados laboratorialmente. Os maiores picos da epidemia ocorreram nas semanas epidemiológicas 14 e 18, entre os meses de março e abril, quando a incidência atingiu os valores de 819,1 e 681,6 segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMSDC-RJ).

Figura 22 — Dengue: casos notificados – Estado do Rio de Janeiro – 2008



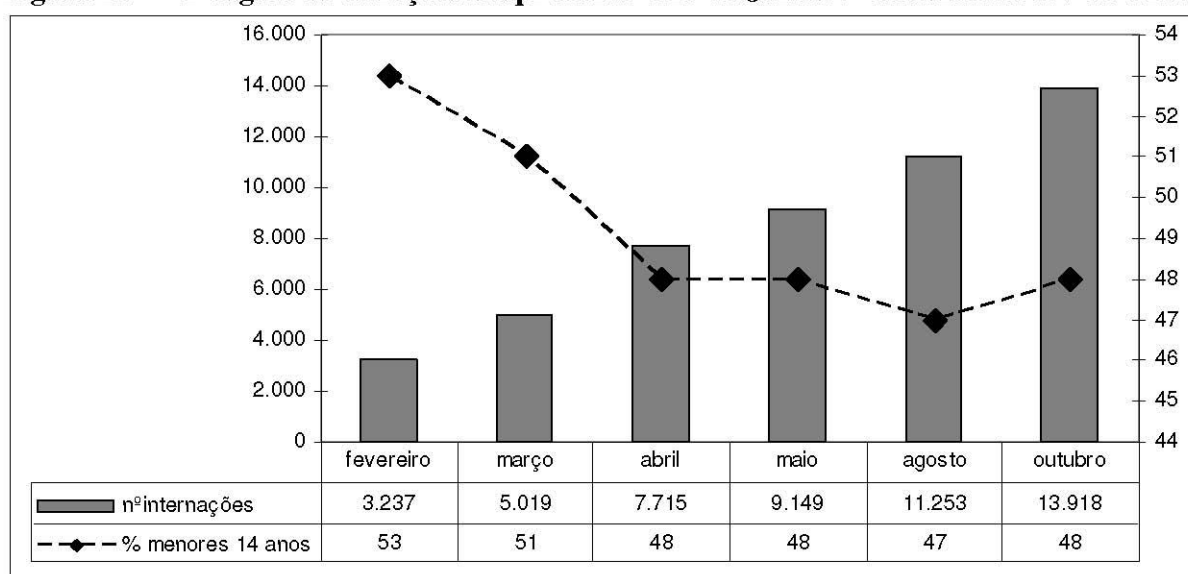
Fonte: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DTI/SDTVZ – Banco de Dados SINAN-RJ. Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados atualizados pela SESDEC-RJ – jul.2009.

Esses picos coincidiram com o período de instalação do Gabinete de crise pelo Ministério da Saúde. Observaram-se algumas divergências quanto ao momento de maior pico da epidemia. No final de março, as autoridades municipais afirmavam que o pico da epidemia já havia ocorrido e que o momento era de declínio, as autoridades estaduais garantiam que o Rio de Janeiro vivia o auge da epidemia e, portanto, o pico ainda seria atingido. Enquanto, Município e Estado discutiam o pico epidêmico, a crise aumentava.

A demanda por atendimento médico e por internações hospitalares foi crescente, durante

a epidemia e no período pós-epidêmico, conforme a curva de evolução acumulada mostrada na FIGURA 23. No início da epidemia, mais 50% das internações hospitalares eram de crianças porque a incidência de casos graves (dengue com complicações, síndrome do choque da dengue e febre hemorrágica da dengue) em menores de 14 anos foi elevada. À medida que o processo avançou, o registro de quadros graves em menores de 14 anos diminuiu e as internações hospitalares de crianças também diminuíram para valores entre 47% e 48% do total das internações no Estado.

Figura 23 — Dengue: internações hospitalares—Rio de Janeiro— acumulado fev-out. 2008

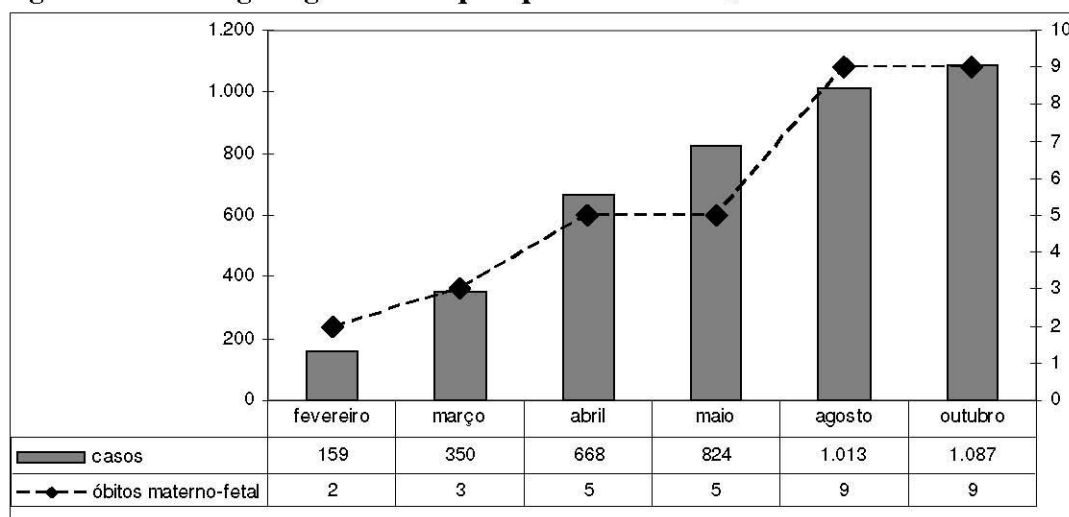


Fontes: Informes epidemiológicos da dengue (SVS-MS); Relatórios da dengue (SESDEC-RJ).

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SVS-MS e SESDEC-RJ.

Além das crianças, um outro grupo que necessitou de cuidados especiais foi o grupo de gestantes e puérperas, cujas infecções conduziram a uma elevada taxa de mortalidade materno, materno-fetal e fetal (FIGURA 24).

Figura 24 — Dengue: gestantes e puérperas – Rio de Janeiro – acumulado 2008

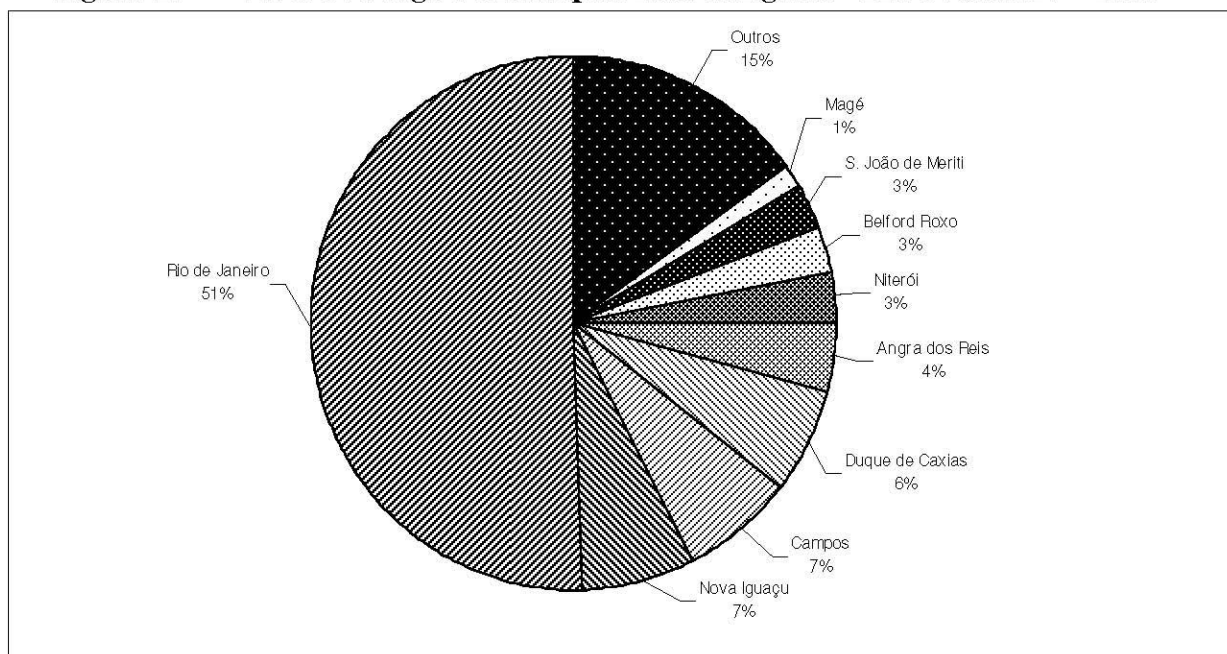


Fontes: Informes epidemiológicos da dengue (SVS-MS); Relatórios da dengue (SESDEC-RJ).

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SVS-MS e SESDEC-RJ.

De acordo com SESDEC-RJ(2008a), em 2008 foram notificados 259.392 casos de dengue com 240 óbitos confirmados e 50 sob investigação. Os municípios mais atingidos pela epidemia foram Rio de Janeiro (130.888 casos), Nova Iguaçu (18.376), Campos (17.788), Duque de Caxias (16.513) e Angra dos Reis (10.971). Mais da metade dos casos (51%) ocorreram no município do Rio de Janeiro (FIGURA 25).

Figura 25 — Casos de dengue: municípios mais atingidos – Rio de Janeiro – 2008

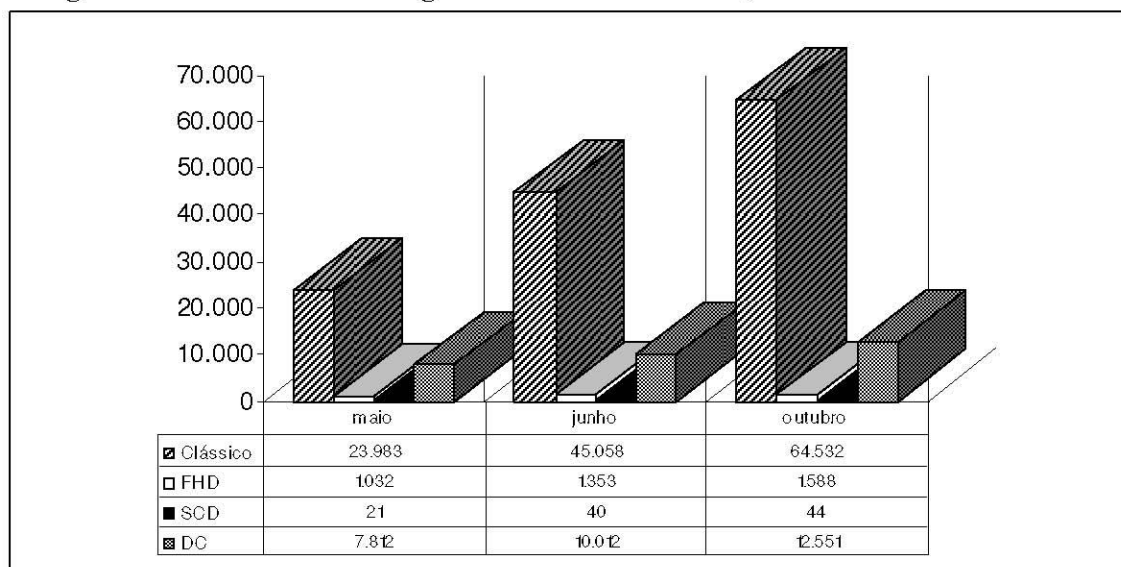


Fontes: Informes epidemiológicos da dengue (SVS-MS); Relatórios da dengue (SESDEC-RJ).

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SVS-MS e SESDEC-RJ.

Conforme ilustrado na FIGURA 26, entre maio e outubro, o total acumulado de óbitos (nas formas de dengue clássico/DC, dengue com complicações/DCC, síndrome do choque da dengue/SCD e febre hemorrágica da dengue/FHD) continuou aumentando, embora os dados epidemiológicos governamentais indicassem que a epidemia estaria em declínio.

Figura 26 — Formas de dengue – Estado do Rio de Janeiro – acumulado 2008.



Fontes: Informes epidemiológicos da dengue (SVS-MS); Relatórios da dengue (SESDEC-RJ).

Nota: Gráfico construído pelo autor a partir de dados obtidos da SVS-MS e SESDEC-RJ.

A Defesa Civil e o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, o Exército e a Prefeitura foram incansáveis no combate ao vetor através da inspeção, eliminação ou tratamento de reservatórios de larvas do *Aedes aegypti* e aplicação de inseticida nos locais com transmissão ativa da dengue. Mas, faz-se necessário repensar a estratégia de combate ao mosquito transmissor: o combate porta a porta é dispendioso e pouco efetivo. Métodos inovadores precisam ser criados e devem focar os grandes criadouros, que são os pontos de origem dos microcriadouros e criadouros satélites. As autoridades públicas precisam reconhecer que não é possível controlar a dengue só com o combate ao vetor. É necessária a implementação de políticas de ordenamento urbano, saneamento básico, coleta de lixo e o uso de novas abordagens como, por exemplo, a aplicação do conceito de cidade saudável.

No Rio de Janeiro, uma parcela considerável da população vive em comunidades menos pobres, onde as condições de habitação são inadequadas, o abastecimento de água e o saneamento básico são precários e a coleta de lixo é inexistente. Em função das dificuldades, as pessoas são obrigadas a armazenar água para o consumo em tonéis, tambores e vasilhames,

o que favorece a proliferação do mosquito vetor da dengue.

5.3. O combate aos criadouros do mosquito vetor pelo Corpo de Bombeiros

Durante as ações de controle da epidemia, os militares bombeiros contribuíram de forma

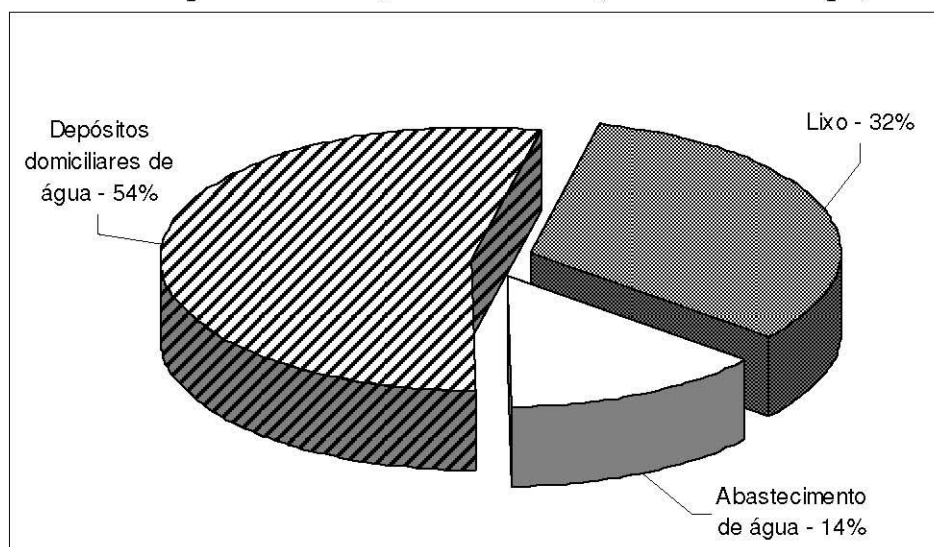
efetiva para a redução dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti*. As equipes que vistoriaram as residências, estabelecimentos comerciais, prédios públicos e privados, igrejas, escolas, clubes e terrenos baldios foram capacitadas pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) e coordenadas pelo Centro Estadual para Gerenciamento da Defesa Civil (CESDEC RJ)⁸⁶. Este órgão gestor traçava as metas, mapeava os locais de atuação das equipes (também denominadas “força-tarefa”) e definia as ações de combate ao mosquito vetor.

De modo coerente, a CESDEC-RJ priorizou as localidades onde os índices de infestação do mosquito (Índice de Infestação Predial-IPP) eram elevados (ou seja, superiores a 1%) e deslocou a maior parte das equipes para as áreas da Zona Oeste (Campo Grande, Pedra de Guaratiba), Jacarepaguá, Ilha do Governador e zona central da cidade. Quando um grande criadouro era identificado, nas inspeções de rotina ou nas visitas periódicas, a equipe estabelecia uma “ação de bloqueio” do local para conter o foco e evitar que ele originasse

⁸⁶ As informações foram obtidas a partir de questionários e entrevistas com os oficiais da Defesa Civil Estadual e do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro (CBMERJ): tenente-coronel CBMERJ Alexandre dos Santos Pinheiro; major CBMERJ, Rafael A. da Paixão, do Departamento Geral de Defesa Civil; e capitão CBMERJ Paulo Ferreira Nunes. Também foram entrevistados os militares bombeiros: sargento CBMERJ Fabrício Nishio e cabo CBMERJ Gilberto Marcelo Moraes de Almeida. Os questionários foram preenchidos pelos militares e agentes de saúde componentes das equipes que atuaram nas atividades de campo de combate aos criadouros do mosquito vetor da dengue durante a epidemia 2007-2008 no Rio de Janeiro. criadouros satélites. Esse tipo de ação foi importante para que os índices diminuíssem naquelas regiões de elevada incidência da doença.

Os questionários e entrevistas com os militares do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro e com os agentes de saúde envolvidos no combate à epidemia forneceram importantes subsídios para a interpretação e ratificação dos resultados já inferidos. Levantamentos feitos pelas equipes entrevistadas confirmaram os dados relatados em outros estudos, ou seja, que os principais criadouros do mosquito da dengue relacionam-se com a água, tanto com os depósitos domiciliares (vasos, pratos, bromélias, ralos, lajes, piscina), quanto aos reservatórios de abastecimento (caixas d’água, tambores, tonéis, poços, latões) (FIGURA 27).

Figura 27 — Dengue: criadouros de mosquito da dengue - Município do Rio de Janeiro -2008 – (trabalho de campo)

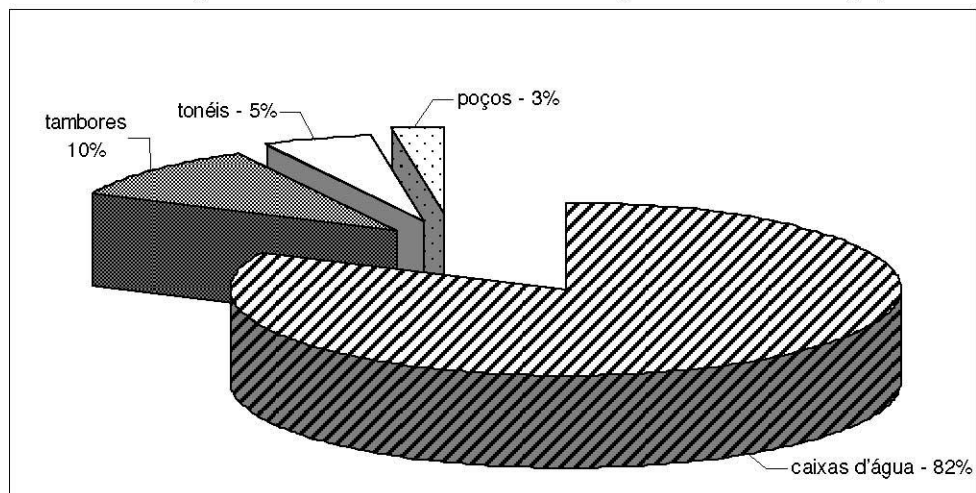


Fonte: pesquisa de campo de guardas sanitários do Corpo de Bombeiros – RJ. Nota: Gráfico criado pelo autor a partir de questionário respondido por membros do CBRJ.

De acordo com Forattini & Brito (2003), o *Aedes aegypti* tem acentuada preferência por recipientes contendo água relativamente limpa, embora se desenvolva também em ambientes poluídos. A opção por água limpa ou poluída foi confirmada nas ações de campo desenvolvidas pelas equipes de militares do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro durante as inspeções e visitas periódicas aos domicílios durante a epidemia de 2008.

Os mesmos autores, Forattini & Marques, constataram em pesquisa feita no município de Potim, na região do Médio Vale do Paraíba (Estado de São Paulo), que dos vários tipos de recipientes utilizados pelo *Aedes aegypti*, os maiores percentuais foram caixas d'água (60%), potes, latas e garrafas (12%), vasos de planta (8,0%), pneus (7,0%), tambores (4,0%) e outros recipientes (9,0%). No trabalho de campo das equipes de militares bombeiros no Rio de Janeiro, a avaliação sobre os recipientes utilizados como reservatórios de água, 82% referiam-se às caixas d'água, 10% aos tambores, 5% aos tonéis e 3% aos poços (FIGURA 28).

**Figura 28 — Dengue: criadouros em abastecimento de água -
Município do Rio de Janeiro – 2008 – (trabalho de campo)**

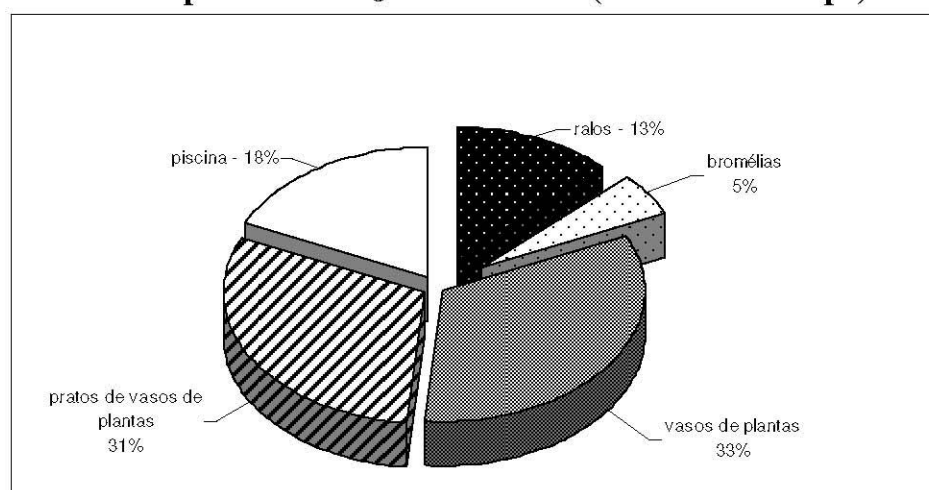


Fonte: pesquisa de campo de guardas sanitários do Corpo de Bombeiros – RJ. Nota: Gráfico criado pelo autor a partir de questionário respondido por membros do CBRJ.

Os resultados obtidos pelos bombeiros no Rio de Janeiro estão de acordo com os autores Forattini & Marques (2003) quando estes afirmam que dentre os recipientes de caráter permanente, os reservatórios domiciliares de água, conhecidos como caixas d'água são os mais representativos como locais para desenvolvimento de criadouros do mosquito da dengue.

Embora as principais ações devam focar nos macrocriadouros do mosquito da dengue, os militares bombeiros combateram também os microcriadouros de pouca produtividade, como os depósitos domiciliares da água: vasos e pratos de plantas, bromélias, ralos e lajes (FIGURA 29).

**Figura 29 — Dengue: criadouros em depósitos domiciliares de água –
Município do Rio de Janeiro- 2008 – (trabalho de campo)**

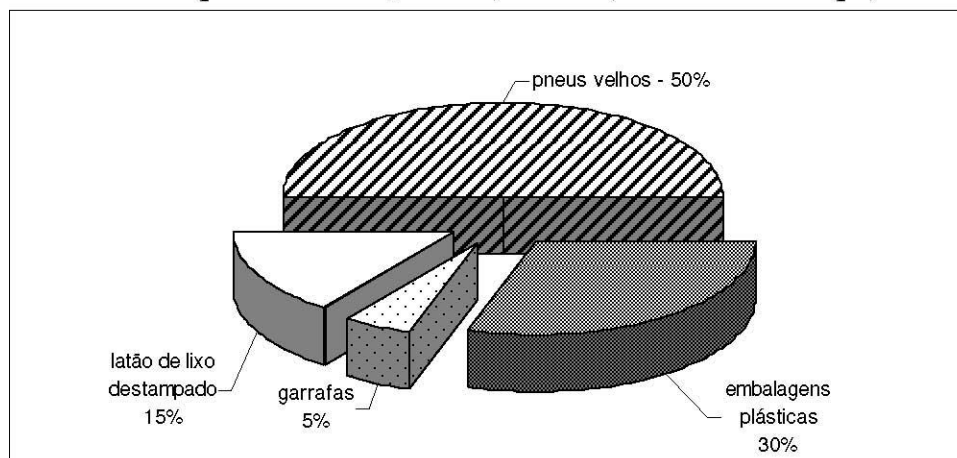


Fonte: pesquisa de campo de guardas sanitários do Corpo de Bombeiros – RJ. Nota: Gráfico criado pelo autor a partir de questionário respondido por membros do CBRJ.

Os dados levantados por questionários com as equipes de bombeiros militares mostraram

que, além da água estocada para consumo e das caixas d'água domiciliares sem tampas ou telas, o lixo é um importante fator para a proliferação e disseminação do mosquito vetor no ambiente urbano. Dentre os componentes do lixo, foram consideradas as embalagens descartáveis [de plásticos, garrafas, isopor, alumínio], além de latões de lixo, sacos de lixo e pneus velhos expostos ao tempo (FIGURA 30).

Figura 30 — Dengue: criadouros em lixo, Município do Rio de Janeiro, 2008 – (trabalho de campo)

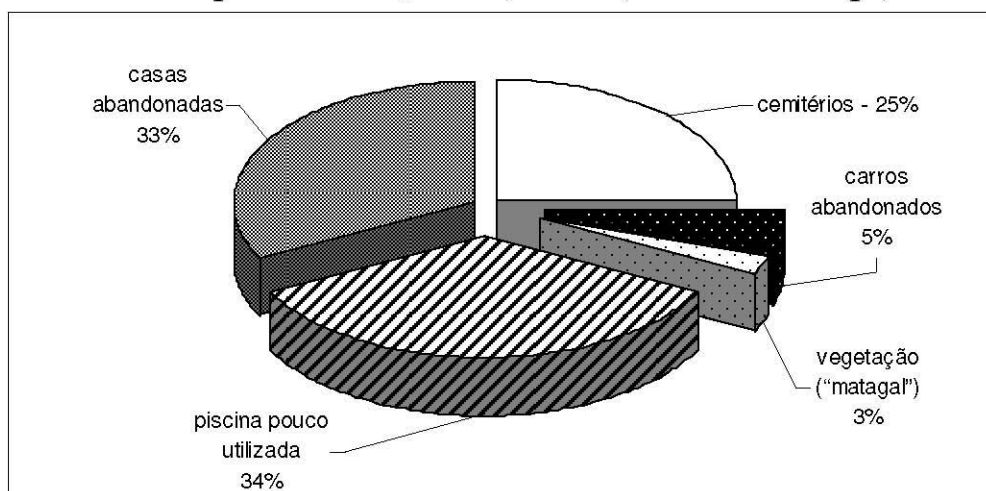


Fonte: pesquisa de campo de guardas sanitários do Corpo de Bombeiros – RJ. Nota: Gráfico criado pelo autor a partir de questionário respondido por membros do CBRJ.

As estruturas físicas dos prédios, com lajes e calhas, acumulam lixo e favorecem a postura de ovos, contribuindo para o desenvolvimento do mosquito vetor. Os bombeiros contaram com o apoio de helicópteros para elaboração do mapeamento das áreas críticas, identificando as partes elevadas e inacessíveis dos prédios, além das casas com piscinas abandonadas e os terrenos baldios com vegetação crescida (“matagal”).

Ambientes especiais, como os cemitérios, são considerados macrocriadouros, visto que têm grande quantidade de vasos e recipientes que acumulam água e favorecem a postura de ovos pelos mosquitos. No entanto, segundo os militares bombeiros, outros fatores originam os criadouros satélites no Rio de Janeiro, como as casas abandonadas (33%) e as piscinas com pouco uso (34%) (FIGURA 31).

**Figura 31 — Dengue: outros criadouros do mosquito –
Município do Rio de Janeiro, 2008 – (trabalho de campo)**



Fonte: pesquisa de campo de guardas sanitários do Corpo de Bombeiros – RJ. Nota: Gráfico criado pelo autor a partir de questionário respondido por membros do CBRJ.

5.0 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1. Conclusões

A epidemia de dengue 2007-2008 no Rio de Janeiro caracterizou-se pela mudança de padrão epidemiológico dos casos cuja gravidade em crianças provocou o aumento de mortalidade na população. A reintrodução do vírus DENV 2 foi o principal responsável pelo aumento da letalidade da doença. Embora a epidemia fosse previsível, as autoridades públicas foram incapazes de prevenir a sua instalação, não elaboraram um plano eficaz para conter a difusão do processo epidêmico.

Alguns fatores sinalizaram no Brasil, durante o ano de 2007, para a possibilidade do surgimento de uma epidemia em 2008 como a reintrodução do vírus DENV 2 nos estados do nordeste. No Rio de Janeiro, os elevados índices de infestação pelo *Aedes aegypti* em vários pontos da cidade do e a pequena onda de casos de dengue no verão anterior, indicaram que uma grande epidemia poderia surgir no ano seguinte. E, ainda, a existência de bolsões de transmissão do DENV 3, remanescentes da epidemia de 2001-2002, que permaneceram ativos em diversos pontos da cidade. Esses fatores, somados ao descaso das autoridades públicas, favoreceram o surgimento de uma onda de elevado pico epidêmico. A epidemia de 2007-2008 foi considerada um desastre biológico de elevadas proporções devido ao excessivo número de óbitos na população suscetível.

Diante da situação de emergência, o Ministério da Saúde instalou um Gabinete de crise para combater o vetor e conter o avanço do número de casos e o número de óbitos. Mas um Gabinete de crise deve ser instalado imediatamente quando a crise é desencadeada. A demora reduz a eficácia do gerenciamento da crise.

Em outubro de 2007 o risco da epidemia era iminente e no mês seguinte, ultrapassou o Limite Máximo Esperado (LME). Se, naquela época, o Gabinete de crise fosse implantado teria elaborado um plano de contingência e do gerenciamento do risco, e provavelmente, a dengue no Rio de Janeiro não teria atingido as proporções de catástrofe. No entanto, as autoridades públicas não se organizaram para reduzir a incidência da doença e organizar os serviços para reduzir a letalidade, por isso, o caos e a crise social se instalaram.

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram as seguintes conclusões:

- A instalação do Gabinete de crise foi demorada na ocasião do desencadeamento da crise. A demora reduziu a eficácia do seu gerenciamento. Como elo integrador dos governos foi válido, mas os resultados de gestão não foram eficazes, visto que as ações foram tardias e não reduziram a letalidade excessiva provocada pela epidemia.

O Gabinete de crise tomou decisões corretas e coerentes, tanto no campo estratégico quanto no operacional. O plano estratégico definiu dois eixos prioritários para interrupção da cadeia de transmissão da doença: combate aos focos do mosquito vetor e melhoria da qualidade de atendimento à população. Para colocar em prática esses eixos estratégicos, o Gcrise elaborou um plano operacional, que foi executado pelos órgãos civis e militares. As primeiras ações operacionais constaram de mapeamento das necessidades imediatas da área da rede de saúde da população, ampliação do número de leitos nos hospitais públicos e contratação de pessoal em caráter de emergência. O aumento do número dos leitos e a contratação de profissionais de saúde reforçaram a rede de atendimento nas emergências dos hospitais estaduais, municipais e federais.

As medidas utilizadas pelos planos, estratégico e operacional, propiciaram maior rapidez no acolhimento e no tratamento dos doentes, mas foram insuficientes para reduzir o número de óbitos, cujo índice de letalidade era de 5% dos pacientes infectados, quando o índice esperado pela Organização Mundial de Saúde-OMS era de 1%.

Na tentativa de impedir a progressão do número de óbitos, o plano operacional de atendimento médico à população incluiu a implantação e o funcionamento dos *centros de hidratação*. Durante três meses, de março a maio, os centros de hidratação funcionaram ativamente em diversos bairros do Rio de Janeiro e na Baixada fluminense. Para aumentar a rede de atendimento à dengue, o Gcrise articulou o deslocamento de médicos de outros estados para o Rio de Janeiro. Essa iniciativa, extremamente positiva, criou um intercâmbio com as secretarias de saúde de outros estados, permitindo a troca de experiências e o acúmulo de conhecimentos que poderão ser utilizados em outras situações de crise de saúde pública no país. Afinal, o Brasil aprendeu muito com essa grave crise de saúde pública instalada no Rio de Janeiro e precisa utilizar esse aprendizado para evitar novas catástrofes sociais.

A experiência do Gcrise gerou um protocolo de ações que poderá ser aplicado em outras situações de epidemia e crises sociais no país. Conforme propôs, mas não criou, o Ministério da Saúde, poderia ter formado uma “força-tarefa nacional” de combate à dengue com os profissionais da área de saúde que acumularam conhecimento ao vivenciarem a grande epidemia do Rio de Janeiro em 2008.

- Durante a crise do Rio de Janeiro, as Forças Armadas tiveram uma atuação exemplar e mantiveram efetiva interação com a Defesa civil e o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro. As operações militares foram divididas em duas frentes: o atendimento aos pacientes, em hospitais de campanha, e a erradicação do vetor através da identificação e limpeza de focos do mosquito.

Para a erradicação do vetor, as Forças Armadas elaboraram um plano eficaz que incluía 600 soldados das Forças Armadas, que trabalharam em parceria com 1.200 bombeiros e 300 guardas de endemias, além das campanhas de mobilização da sociedade no combate ao mosquito transmissor da doença.

Diversas equipes de profissionais de saúde do Exército, da Marinha e da Aeronáutica atenderam a população de modo organizado e ágil, desafogando as emergências dos hospitais públicos. Os médicos militares faziam diagnóstico, atendimento prévio dos pacientes e exames laboratoriais em hospitais de campanha, que funcionavam 24 horas.

As ações de campo foram planejadas no Centro Estadual para Gerenciamento de Desastres da Defesa Civil (CESDEC-RJ), um órgão com vasta experiência em elaboração de planos de contingência e ações operacionais. A operacionalização era simples: a população ligava para a sala de gerenciamento, onde era feito o tratamento dos dados, das informações e das denúncias de focos. Na sequência, os dados eram referenciados para facilitar as ações dos militares e dos agentes. Observou-se um avanço da doença, no tempo e no espaço, desde as zonas portuárias e subúrbios para as regiões de maior vegetação e zona oeste da cidade, conforme observado nos mapas de incidência elaborados pela SMSDC-RJ⁸⁷.

O georreferenciamento dos macrocriadouros constitui um bom exemplo das novas ferramentas que devem ser utilizadas em outras situações de epidemias. Os procedimentos e as ações de voo em helicópteros foram coordenados pela Defesa Civil estadual com o objetivo de identificar os grandes focos do mosquito da dengue nos bairros do Rio de Janeiro. Após a identificação do local, era feito o mapeamento das coordenadas para orientar o trabalho de campo dos bombeiros e dos agentes de saúde. As entrevistas e questionários aplicados aos membros do Gcrise, no trabalho de campo para controle dos criadouros, ratificaram as avaliações observadas no decorrer do processo de análise dos dados obtidos junto aos órgãos governamentais.

As ações coordenadas pelo Gcrise foram de alcance estratégico, mas não podem ser interpretadas como os fatores responsáveis pelo declínio da epidemia no Rio de Janeiro em 2008.

⁸⁷ Ver em ANEXOS -Mapas de incidência da dengue – SMSDC-RJ (Mapas 16.1 a 16.11) – páginas 135 a 140.

As ações de controle da epidemia começaram no final de março, mas o número de casos notificados e de óbitos continuou crescente em abril, um mês após a instalação do Gcrise. Em maio a intensidade da epidemia diminuiu em função dos fatores climáticos e a transmissão da doença foi reduzindo gradativamente nos meses de junho e julho. Essa mesma curva gráfica de declínio já havia ocorrido em outras epidemias.⁸⁸

5.2. Recomendações

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram a identificação das seguintes necessidades:

A reestruturação da política de saúde no país deve ser uma prioridade dos governos, com foco nas ações preventivas. O impacto provocado pelos óbitos durante a epidemia de 2007-2008 no município do Rio de Janeiro expôs a fragilidade da rede de atenção primária à saúde da população. A prevenção das epidemias de dengue depende das políticas de saneamento, de distribuição da água, de habitação e do uso do solo urbano. Se, nos próximos anos, o vírus DENV 4 infestar o Brasil, a epidemia de dengue poderá ser explosiva, considerando-se a ineficiência no combate ao mosquito vetor e as precárias condições de habitação e saneamento básico nas grandes e médias cidades do país.

Os governantes precisam entender a dengue como uma doença de caráter coletivo, de cunho social. As políticas públicas precisam estar envolvidas de modo intenso, integrando os programas e projetos de educação, serviço social, segurança, defesa civil, ambiente e cultura, entre outras. No entanto, a sociedade precisa compreender que a dengue não é somente um problema das autoridades públicas, é um problema de todos, incluindo-se a participação ativa do cidadão.

A saúde pública não comporta soluções imediatistas, e precisa envolver a participação conjunta das agências governamentais e de toda a sociedade, em um processo contínuo de prevenção. Como exemplo, pode-se citar a diminuição dos casos de dengue na cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, em função das ações planejadas de modo eficaz pelo Programa de Saúde de Família. As ações de saúde precisam trabalhar de forma integrada na elaboração de um plano de contingência para controle de epidemias e na reformulação da malha de atendimento com ampliação do número de leitos nos hospitais públicos, além da contratação e treinamento de pessoal. Os governos precisam organizar um modelo de saúde que funcione com qualidade desde a rede básica até o tratamento de alta complexidade.

Para o controle de uma doença de caráter coletivo, como a dengue, é necessário ter-se uma política de comunicação social (“comunicação de risco”) estabelecida pelos governos municipal, estadual e federal. Devem-se criar campanhas educativas que incentivem o cidadão a cuidar do seu domicílio, eliminar os microfocos e proteger os reservatórios de água. As autoridades precisam organizar um plano de combate aos macrocriadouros, que são os grandes responsáveis pela manutenção das altas densidades do vetor no espaço urbano. São alternativas que podem reduzir os riscos e os possíveis impactos de novas epidemias no Rio de Janeiro, sejam de dengue, de gripes ou de outras doenças emergentes ou reemergentes.

⁸⁸ Ver em ANEXOS -Gráficos comparativos das epidemias – (Anexos 38 e 39) – páginas 151 a 152.

5.3. Considerações Finais

Na sequência são apresentadas as conclusões e recomendações finais em atendimento às

hipóteses e aos objetivos propostos nesta dissertação.

Hipótese 1: O Gabinete de crise foi eficaz no gerenciamento do combate à dengue no Rio de Janeiro em 2008.

A instalação do Gabinete de crise foi tardia em relação ao desencadeamento da crise e, em consequência, a demora reduziu a eficácia do gerenciamento;

O Gabinete de crise tomou decisões corretas e coerentes;

A curva de declínio da epidemia 2007-2008 foi semelhante à de outras epidemias não-gerenciadas, comprovando que o Gabinete de crise não modificou a rota de evolução da doença.

Hipótese 2: A experiência fornecida pelo Gabinete de crise de combate à dengue no Rio de Janeiro pode ser aplicada em outras situações de crise de saúde pública no país.

O Gabinete de crise articulou o deslocamento de médicos de outros estados;

O intercâmbio permitiu a troca de experiências e acúmulo de conhecimentos que serão usados em outras situações de crise de saúde pública no país;

O treinamento de profissionais de vários estados criou a possibilidade da formação de uma “força-tarefa nacional de combate à dengue” para atuar em situações de epidemia nas diversas regiões do país.

Objetivo Geral: Analisar e avaliar o gerenciamento das ações do Gabinete de crise no combate à epidemia de dengue 2007-2008 no município do Rio de Janeiro.

O Gabinete de crise foi válido como elo integrador dos três níveis de governos, mas os resultados não foram eficazes, pois as ações não reduziram a letalidade excessiva da epidemia;

A experiência do Gabinete de crise gerou um protocolo de ações que poderá ser aplicado em outras epidemias no país;

As autoridades públicas de saúde aprenderam muito com a crise de dengue no Rio de Janeiro e precisam utilizar esse aprendizado para evitar novas catástrofes.

Objetivo específico “a”: Analisar e avaliar o plano estratégico elaborado pelo Gabinete de crise e as ações operacionais executadas pelos órgãos civis e militares para a contenção da epidemia de dengue 2007-2008 no município do Rio de Janeiro.

As ações coordenadas pelo Gcrise foram de alcance estratégico, mas não podem ser interpretadas como os fatores responsáveis pelo declínio da epidemia, cuja redução se deve às variações climáticas e à diminuição do nº de indivíduos susceptíveis ao vírus;

Mesmo com as ações de controle da epidemia, o nº de casos e de óbitos continuou crescente após a instalação do Gcrise;

O plano estratégico e as ações operacionais agilizaram o acolhimento e tratamento dos doentes, mas não foram suficientes para reduzir o nº de óbitos, cujo índice de letalidade foi de 5% dos pacientes infectados, 5 vezes maior que o índice recomendado pela OMS.

Objetivo específico “b”: Distinguir e avaliar as ações de campo da Defesa Civil, do Corpo de Bombeiros e das Forças Armadas na contenção da epidemia de dengue 2007-2008 no município do Rio de Janeiro.

As operações militares foram bem planejadas e coordenadas, atuando de forma organizada em duas frentes: 1-o atendimento aos pacientes, em hospitais de campanha; 2-a erradicação do vetor através da identificação e limpeza de focos do mosquito;

Durante a crise do Rio de Janeiro, as Forças Armadas, a Defesa civil e o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro tiveram atuação exemplar e mantiveram efetiva interação;

As ações de campo foram planejadas e executadas segundo um mapeamento que evitou a superposição de comandos.

Objetivo específico “c”: Propor alternativas para elaboração de planos que reduzam os impactos provocados pelas epidemias cíclicas de dengue no Rio de Janeiro, bem como de outras epidemias em que possam ser aplicadas tais estratégias.

A reestruturação da política de saúde deve ser uma prioridade dos governos do município e do estado com foco nas ações preventivas;

Ações preventivas devem ser planejadas e acompanhadas por um comitê permanente (sala de situação) integrado pelos três níveis de governo;

Os três níveis de governo precisam gerar um plano de contingência unificado para evitar outras catástrofes;

Novas formas de combate ao mosquito precisam ser introduzidas, com uso de recursos modernos de tecnologia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.M.; ASSUNÇÃO, R.M.; PROIETTI, F.A.; CAIAFFA, W.T. Dinâmica intra-urbana das epidemias de dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996-2002. Cad. Saúde Pública v.24 n.10 Rio de Janeiro, 2008.

BARRETO, M.L. & TEIXEIRA, M.G.. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. Instituto de Estudos Avançados -USP. Estudos avançados, vol.22 no.64. São Paulo, 2008.

BRASIL. Agência Brasil. Empresa Brasil de Comunicação – EBC. Brasília, 2008. Disponível em: < <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/>> Acesso em: 17 jul. 2009

BRASIL, 2008a. Agência Brasil. Empresa Brasil de Comunicação – EBC. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/03/24/materia.2008-03-24.2331483045/view>>. Acesso em: 17 jul. 2009

BRASIL. Medida Provisória nº 1795 de 01/01/1999. Altera dispositivos da Lei nº 9649 de 27/05/1998 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/45/1999/1795.htm>. Acesso em: 12 jul. 2009.

BRASIL. Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Presidência da República. Gabinete da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos -Brasília, 2003. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil.../LEIS/.../L10.683.htm. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. SAEI -Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais da Presidência da República. Gabinete da Presidência da República. Publicações. Gerenciamento de Crises: outubro de 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <www.presidencia.gov.br/gsi/saei>. Acesso em: 30 nov. 2008.

BRASIL. Senado Federal. Comissão de Assuntos Sociais. Subcomissão Permanente de

Promoção, Acompanhamento e Defesa da Saúde. Relatório da audiência pública visando esclarecimentos sobre ações e métodos de combate à epidemia de dengue no Município do Rio de Janeiro, realizada em 7 de maio de 2008. Brasília, 2008. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/web/comissoes/cas/ap/AP20080507_RES_EpidemiaDengueMunicipioRioDeJaneiro.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2009.

CÂMARA, F. P.; THEOPHILO, R.L.G.; SANTOS, G.T.; PEREIRA, S.R.F.G.; CÂMARA, D.C.P.; MATOS, R.R.C. Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: características regionais e dinâmicas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.40 n.2 Uberaba mar./abr. 2007.

CASALI, C.G.; PEREIRA, M.R.R.; SANTOS, L.M.J.G.; PASSOS, M.N.P.; FORTES, B.P.M.D.; VALENCIA, L.I.O.; ALEXANDRE, A.J.; MEDRONHO, R.A. A epidemia de dengue/dengue hemorrágico no município do Rio de Janeiro, 2001/2002. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.37 n.4. Uberaba, 2004.

CASTRO, A.L.C. & CALHEIROS, L.B. Manual de Medicina de Desastres. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Volume I. Brasília, 2007.

CASTRO, A.L.C. Manual de Planejamento em Defesa Civil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Volume I e II . Brasília, 1999. p. 7-13 (vol.I); p. 139-149 (vol.II).

CONSOLI, R.A.G.B. & LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, R. Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

COSTA, A. J. L. & KALE, P.L. Medidas de frequência de doença. In: MEDRONHO, R.A. (org). *Epidemiologia*. São Paulo:Editora Atheneu, 2002. p. 15-31.

COUTO, J.A.C. & SOARES, J.A.M. Lições de Gerenciamento de Crises. *Revista de Gestão Pública*, Volume 1, número 1. Brasília, 2007. Disponível em:

<<http://www.escoladegoverno.seplag.df.gov.br/sites/400/407/00000089.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2009.

COUTO, J.A.C. A gestão de pessoas no serviço público em ambiente complexo e criativo: cultura organizacional. In XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 2006.

COUTO, J.A.C; JÚNIOR, M.N.B.; MELO, M.A.A. Gerenciamento de Crises no Âmbito Governamental. In IV Encontro de Estudos Gerenciamento de Crises: Modelos e Inovação. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais da Presidência da República. Brasília, 2004.

DNDi -Drugs for Neglected Diseases initiative (Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas), Genebra, Suíça, 2009. Disponível em:

<http://www.dndi.org.br/Portugues/doencas_negligenciadas.aspx>Acesso em:17 jul. 2009.

DORIA JR., I.; FAHNING, J.R.S. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP). Gerenciamento de Crises Policiais. Rede Nacional de Educação a Distância para a Segurança Pública. Brasília, 2007.

ESTADÃO. Jornal O Estado de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/vidae/not_vid143106,0.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

ESTADÃO. Jornal O Estado de São Paulo. São Paulo, 2008a. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias>> Acesso em: 25 jul. 2009.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Ministério da Saúde. Observatório de Conjuntura da Política de Saúde, nº 12, Rio de Janeiro, 2008.

FORATTINI, O. P. & BRITO, M. Reservatórios domiciliares de água e controle do *Aedes aegypti*. Revista de Saúde Pública;37(5):676-7. São Paulo, 2003.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M.. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. Cad. Saúde Pública v.20 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2004.

FUNASA -Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília, 2002. p. 5-21.

LENZI, M.F. & COURA, L.C. Prevenção da dengue: a informação em foco. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.37 n.4. Uberaba, 2004.

LOURENÇO-DE-OLIVEIRA R., VAZEILLE M., FILIPPIS A.M.B., FAILLOUX A.B. *Aedes aegypti* in Brazil: genetically differentiated populations with high susceptibility to dengue and yellow fever viruses. Trans R. Soc. Trop. Méd. Hyg. 2004; 98:43-54.

MACIEL, I.J.; SIQUEIRA JÚNIOR, J.B. e MARTELLI, C.M.T. Epidemiologia e desafios no controle do dengue. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. Revista de Patologia Tropical, vol. 37 (2): 111-130. Goiânia, 2008.

MEDRONHO R A. Geoprocessamento e saúde: uma nova abordagem do espaço no processo saúde doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 3-123.

MEDRONHO, R A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. Epidemiologia. Atheneu: São Paulo, 2002. 493 p.

MEDRONHO, RA. Dengue e o ambiente urbano. Revista Brasileira de Epidemiologia. vol.9 no.2. São Paulo, 2006.

MELO, M.A.A. Gerenciamento de Crises. In IV Encontro de Estudos Gerenciamento de Crises: Modelos e Inovação. Gabinete de Segurança Institucional-GSI. Brasília, 2004.

MS -Ministério da Saúde. A sociedade contra a dengue. Série textos básicos em saúde. Brasília, 2002. p. 5-20.

MS -Ministério da Saúde. Diagnóstico rápido nos municípios para vigilância epidemiológica do *Aedes aegypti* no Brasil – LIRAA. Metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial. Brasília, 2005. p. 19-39.

- MS -Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6^a. edição. Brasília, 2006. p. 123-213.
- MS -Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Amparo legal à execução das ações de campo: imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador. 2^a. edição. Brasília, 2006. p. 123-213.
- MS, 2008a-Ministério da Saúde. Sobre o Ministério: Dengue. Brasília, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=30020. Acesso em: 25 mar. 2009.
- MS, 2008b -Ministério da Saúde. Sobre o Ministério: Dengue. Brasília, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22207). Acessado em: 22 jul. 2009.
- MS, 2008c -Ministério da Saúde. Vigilância Sanitária. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_dengue_1312.pdf >. Acesso em: 19 dez. 2008.
- MS, 2008d -Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: vigilância em saúde. 2^a. edição. Brasília, 2008. p. 21-47.
- MS, 2008e -Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Informe epidemiológico da dengue: janeiro-junho de 2008. Brasília, 2008.
- MS, 2009a -Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dengue_0210.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2009.
- MS, 2009b -Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: 20 jun. 2009.
- MS, 2009c -Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Histórico da dengue. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22207>. Acesso em: 23 jul. 2009.
- MONDINI, A. & NETO, F. C. Variáveis socioeconômicas e a transmissão de dengue. Revista de Saúde Pública v.41 n.6. São Paulo dez. 2007.
- NOGUEIRA R.M., MIAGOSTOVICH, M.P., SCHATZMAYR, H.G., SANTOS, F.B., ARAUJO, E.S., FILIPPIS, A.M. Dengue in the State of Rio de Janeiro, Brasil, 1986-1998. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 1999; 94:297-304.
- OLIVEIRA, R.M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. Cadernos de Saúde Pública, vol.14, supl.2. Rio de Janeiro, 1998.
- OLIVEIRA, R.M. & VALLA, V.V. As condições e as experiências de vida de grupos populares

no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. Cadernos de Saúde Pública, v.17 supl. Rio de Janeiro 2001.

O GLOBO -Globo Online. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com>> Acesso em: 19 jul. 2009.

O GLOBO -Globo Vídeos. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://video.globo.com/Videos>>. Acesso em: 19 jul. 2009.

PIGNATTI, M. G. Saúde e Ambiente: as práticas sanitárias para o controle da dengue no ambiente urbano no Estado de São Paulo (1985-1995). Dissertação de mestrado, UNICAMP. Campinas, 1995.

PIGNATTI, M.G. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. Ambiente & sociedade, v.7 n.1. Campinas, 2004.

REDE GLOBO – Jornalismo RJTV. Globo Vídeos. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://rjtv.globo.com/Jornalismo/RJTV>>. Acesso em: 12 fev. 2009.

SABROZA, P.C.; KAWA, H.; CAMPOS, W.S.Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M.C. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro/São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1995.

SEDEC-Brasil – Secretaria Nacional de Defesa Civil. Ministério da Integração Nacional. Política Nacional de Defesa Civil. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.defesacivil.gov.br/politica/index.asp>>. Acesso em: 21 jul. 2009.

SEDEC-Brasil -Secretaria Nacional de Defesa Civil. Ministério da Integração Nacional. Publicações. Manual de Medicina de Desastres -Volume I. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.defesacivil.gov.br/publicacoes/publicacoes/medicina.asp>>. Acesso em: 28 jul. 2009.

SESDEC-RJ -2008a -Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Boletins epidemiológicos. Janeiro-dezembro de 2008. Rio de Janeiro, 2008.

SESDEC-RJ -2008b -Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Central de Informações Dengue. Dados sobre Dengue no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/>>. Acesso em: 30 out. 2008.

SILVA L.J. Doenças emergentes e desafios à saúde pública. O caso de São Paulo. Caderno de Saúde Pública 2001; 17 Suppl:141-6.

SMSDC-RJ -Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Ações em Saúde: dengue. Dados epidemiológicos. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 31 out. 2008.

SOUZA, W.M. Gerenciamento de Crises: negociação e atuação de grupos especiais de polícia na solução de eventos críticos. Monografia do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais -CAO-II/95. Polícia Militar do Estado de São Paulo. Centro de Aperfeiçoamento e Estudos Superiores. São Paulo, 1995.

TAUIL, P.L. Urbanização e ecologia do dengue. Cad. Saúde Pública 2001; 17 Suppl:99-102.

TAUIL, P.L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cad. Saúde Pública v.18 n.3 Rio de Janeiro maio/jun. 2002.

TAUIL, P.L. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. v.39 n.3 Uberaba, 2006.

TEIXEIRA, M.G.L.C. Dengue e espaços intra-urbanos: dinâmica de transmissão viral e efetividade das ações de combate vetorial. Tese (doutorado) -Universidade Federal da Bahia. Salvador : 2000. 199 p.

VEYRET, Y. Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007.

APÊNDICES

I-APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Mestrado em Defesa e Segurança Civil

QUESTIONÁRIO

O intuito deste questionário é realizar um levantamento de dados para o trabalho de dissertação

Gabinete de crise para combate à dengue – análise e avaliação do gerenciamento das ações para contenção da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008, de Sídio Werdes Sousa Machado sob orientação da Profa. Dra. Angela Maria Abreu de Barros. Os dados serão utilizados para pesquisa e elaboração de Dissertação de Mestrado em Defesa e Segurança Civil na Universidade Federal Fluminense (UFF). Não é necessária a sua identificação, mas sua participação muito contribuirá para o desenvolvimento desta pesquisa. Reiteramos a confidencialidade dos dados apresentados neste questionário.

Rio de Janeiro, RJ, _____de _____de 2008.

<i>Identificação do Respondente</i>
Nome:
Órgão:
Função:
Região de atuação (área ou bairro):

Marque com somente um “X” a melhor opção sobre os criadouros do mosquito da dengue (*Aedes aegypti*):

1-A maior quantidade de criadouros do mosquito da dengue ocorre em: () Abastecimento de

água (caixas d’água, tambores, tonéis, poços, latões) () Depósitos domiciliares de água

(vasos, pratos, bromélias, ralos, lajes, piscina) () Lixo (garrafas, embalagens plásticas, latões

de lixo, sacos de lixo, pneus velhos) 2-A maior quantidade de criadouros em abastecimento de

água ocorre em: () caixas d’água () tambores () tonéis () poços () cisternas

3-A maior quantidade de criadouros em depósitos domiciliares de água ocorre em: () ralos ()

bromélias () vasos de plantas () pratos de vasos de plantas () piscina

4-A maior quantidade de criadouros em lixo ocorre em: () embalagens plásticas () garrafas () latão de

lixo destampado () saco de lixo perfurado () pneus velhos

5-Além dos ambientes comuns, ocorrem mais criadouros de mosquito em:

() cemitérios (floreiras e jardineiras)() carros abandonados() vegetação crescida (“matagal”)()

piscinas pouco utilizadas() casas abandonadas

Autorizo o uso das informações:

II – APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Mestrado em Defesa e Segurança Civil

ENTREVISTA

Esta entrevista tem como propósito cumprir os objetivos estabelecidos no trabalho de dissertação *Gabinete de crise para combate à dengue – análise e avaliação do gerenciamento das ações para contenção da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008*, de Sídio Werdes Sousa Machado sob orientação da Profa. Dra. Angela Maria Abreu de Barros.

Este trabalho tem como foco a análise da estratégia e das ações operacionais utilizadas no gerenciamento da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008.

A dissertação será defendida no segundo semestre de 2009 na Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção do grau de Mestre em Defesa e Segurança Civil.

AUTORIZAÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES	
Autorizo o pesquisador Sídio Werdes Sousa Machado a utilizar os dados escritos ou gravados em áudio nesta entrevista exclusivamente para fins de pesquisa científica e fins didáticos.	
<i>Entrevistado</i>	
Instituição	
Assinatura	Local/Data

Roteiro de Entrevista

Em 2008, considerando a crise na área de saúde pública no município do Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde implantou um Gabinete de Crise para contenção da epidemia de dengue. O Gabinete seguiu a lógica da integração dos três níveis de governos (municipal, estadual e federal) no Centro de Comando e Controle das ações de planejamento e combate à dengue.

Na sua avaliação, as estratégias planejadas para o controle dessa epidemia de dengue no Rio de Janeiro foram adequadas? Por quê?

Na sua opinião, o processo de gerenciamento operacional da crise epidêmica de dengue no Rio de Janeiro em foi eficaz?

Na sua avaliação, quais foram as medidas mais importantes no combate dessa epidemia de dengue no Rio de Janeiro?

Como você avalia a participação da Defesa Civil e do Corpo de Bombeiros no

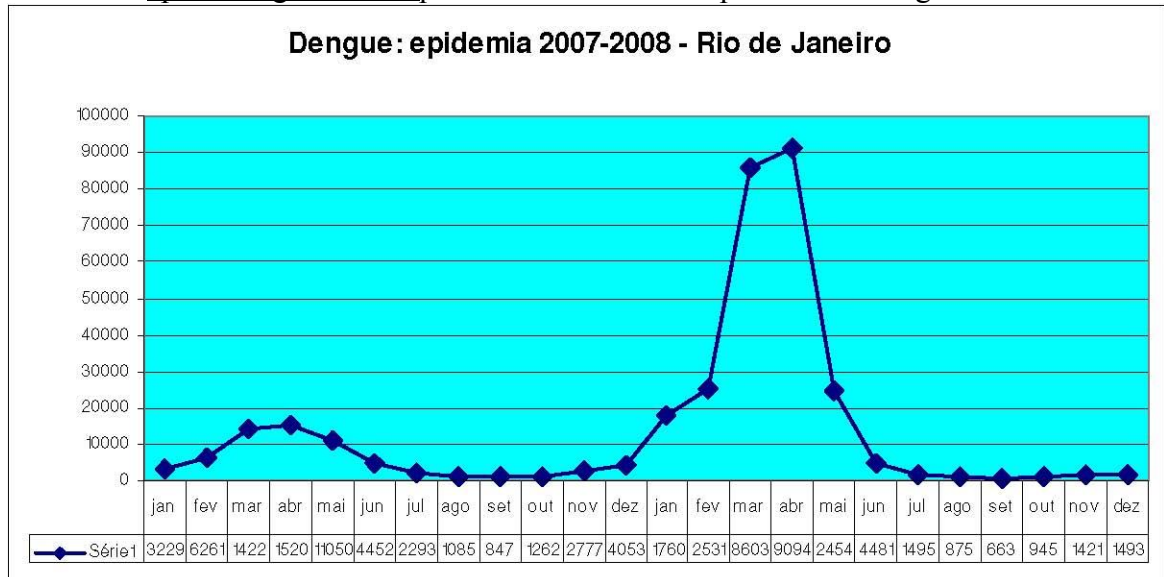
combate a essa epidemia de dengue no Rio de Janeiro?

O que você acha que deve ser feito para evitar grandes epidemias de dengue no Rio de Janeiro como a ocorrida em 2008?

Autorizo o uso das informações:

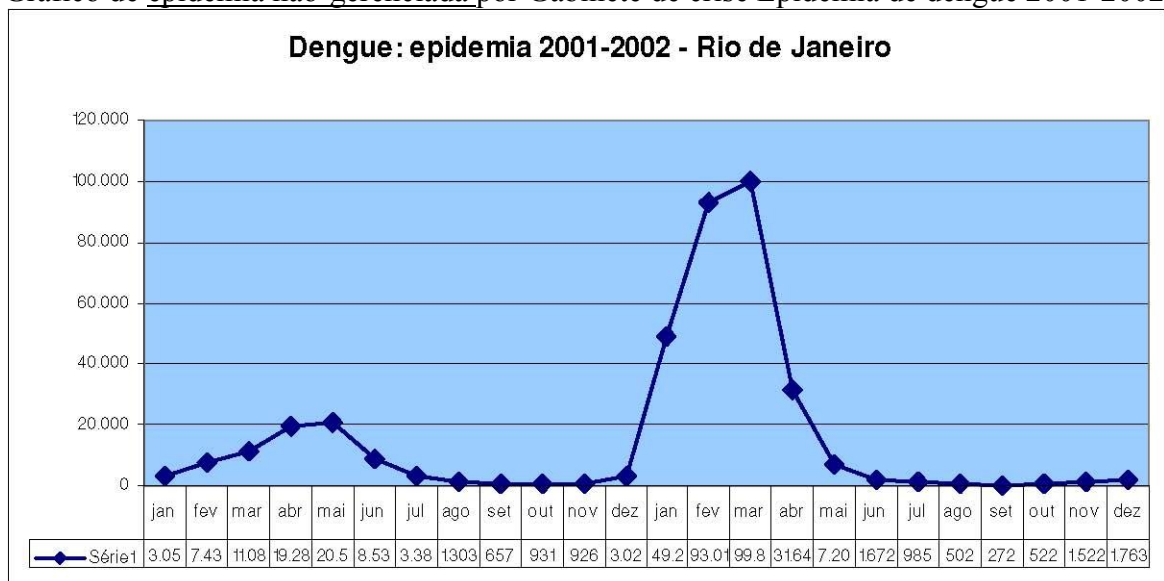
APÊNDICE C

Gráfico de epidemia gerenciada por Gabinete de crise Epidemia de dengue 2007-2008



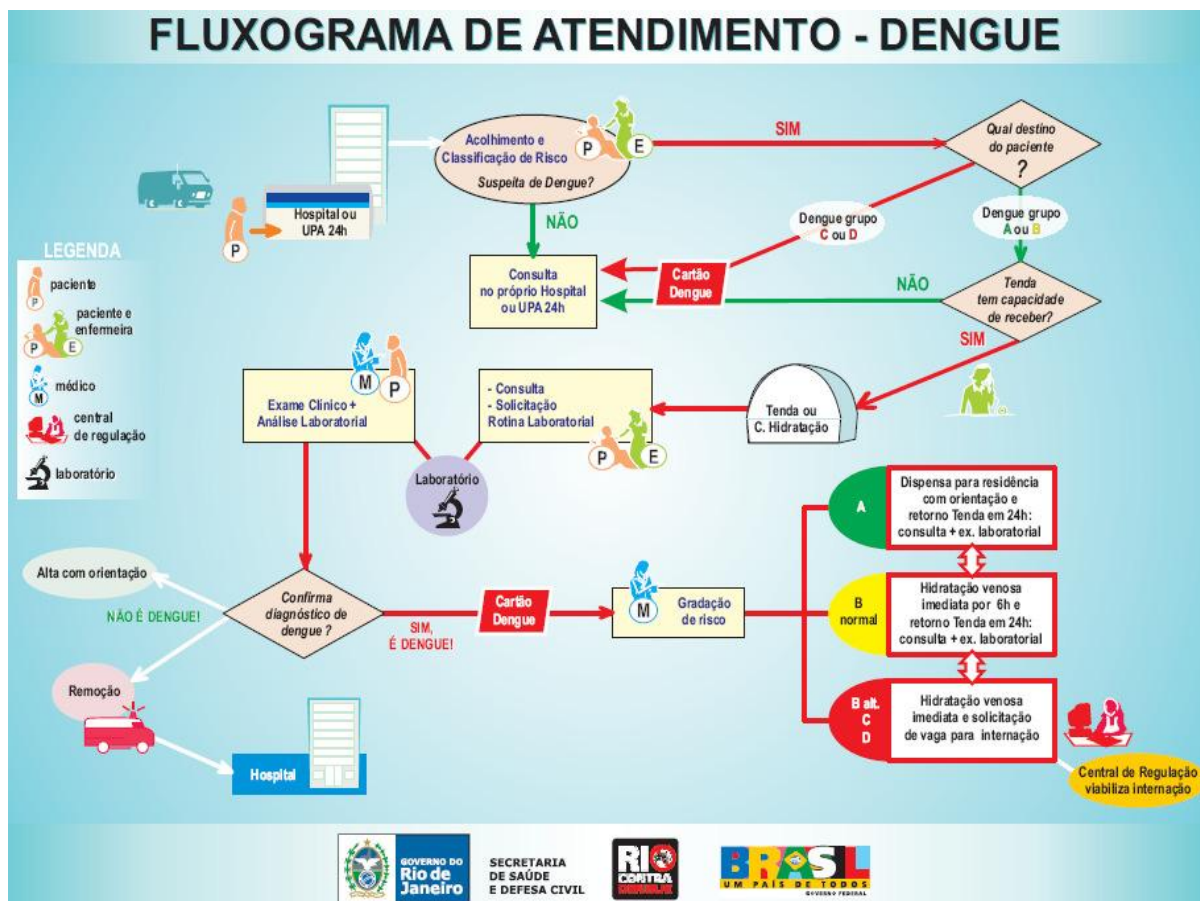
APÊNDICE D

Gráfico de epidemia não-gerenciada por Gabinete de crise Epidemia de dengue 2001-2002

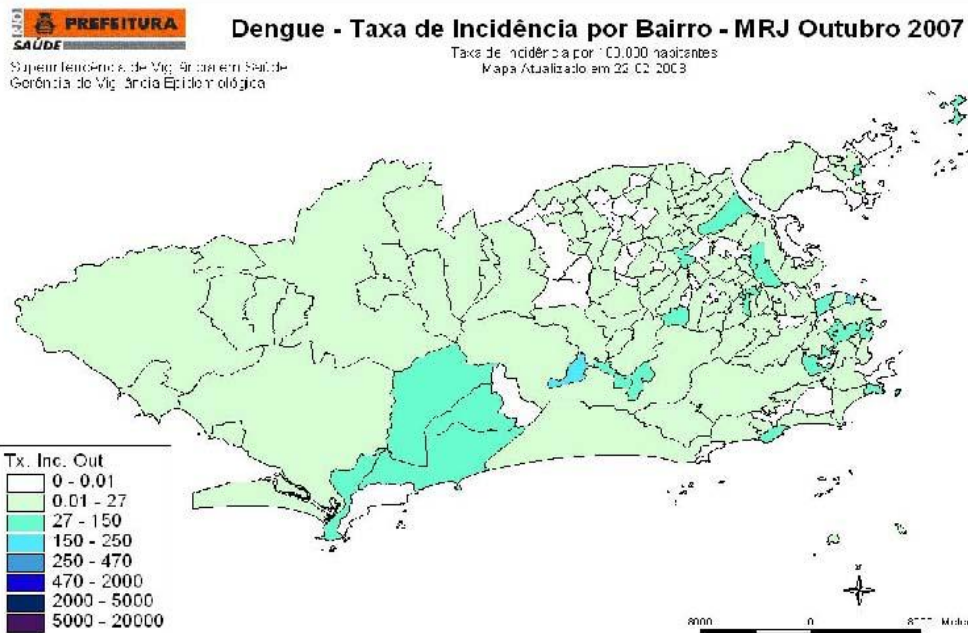


III -ANEXOS

ANEXO 1 – Protocolo único de atendimento – SESDEC-RJ ANEXO 2 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-out.2007 ANEXO 3 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-nov.2007 ANEXO 4 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-dez.2007 ANEXO 5 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-jan.2008 ANEXO 6 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-fev.2008 ANEXO 7 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-mar.2008 ANEXO 8 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-abr.2008 ANEXO 9 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-mai.2008 ANEXO 10 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-jun.2008 ANEXO 11 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-jul.2008 ANEXO 12 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-ago.2008 ANEXO 13 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-set.2008 ANEXO 14 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-out.2008 ANEXO 15 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-nov.2008 ANEXO 16 – Mapa da dengue – Taxa de incidência por bairro – RJ-dez.2008 ANEXO 17 – Foto – Epidemia de dengue pelo olhar da população ANEXO 18 – Foto – Situação caótica nos hospitais do Rio de Janeiro. ANEXO 19 – Foto – Fila no Hospital Municipal Francisco Teles no Irajá ANEXO 20 – Foto – Pacientes com dengue na enfermaria do Hospital Albert Schweitzer, em Realengo ANEXO 21 – Foto – Enterro do menino Samuel ANEXO 22 – Foto – Primeira reunião do Gabinete de Crise no Rio de Janeiro ANEXO 23 – Foto – Integração dos Governos Federal, Estadual e Municipal com as Forças Armadas ANEXO 24 – Foto – Tendas do hospital de campanha da Aeronáutica na Barra da Tijuca ANEXO 25 – Foto – População atendida pela Aeronáutica ANEXO 26 – Foto – Centro ou Tenda de Hidratação da SESDEC-RJ. ANEXO 27 – Foto – Atendimento em Centro de Hidratação da SESDEC-RJ. ANEXO 28 – Foto – Tendas do Exército em Marechal Hermes ANEXO 29 – Foto – Atendimento médico pelo Exército ANEXO 30 – Foto – *Fumacê* no combate a dengue na baixada fluminense ANEXO 31 – Foto – Agente sanitário com *fumacê* portátil no combate aos focos domiciliares ANEXO 32 – Foto – Agentes sanitários combatendo focos do mosquito numa comunidade ANEXO 33 – Foto – Caixa d'água sendo tampada com tela. ANEXO 34 – Foto – Bombeiro mostrando larvas do mosquito em água parada ANEXO 35 – Foto – Bombeiro colocando larvicida em ralo residencial ANEXO 36 – Foto – Mutirão para eliminação de focos do mosquito ANEXO 37 – Foto – Mutirão do Rio contra a dengue ANEXO 38 – Gráfico de Epidemia – 1986-1987 ANEXO 39 – Gráfico de Epidemia – 1991-1992 ANEXO 40 – Gráfico de Epidemia – 2001-2002 ANEXO 41 – Gráfico de Epidemia – 2007-2008
ANEXO 1 – Protocolo único de atendimento da dengue – SESDEC-RJ



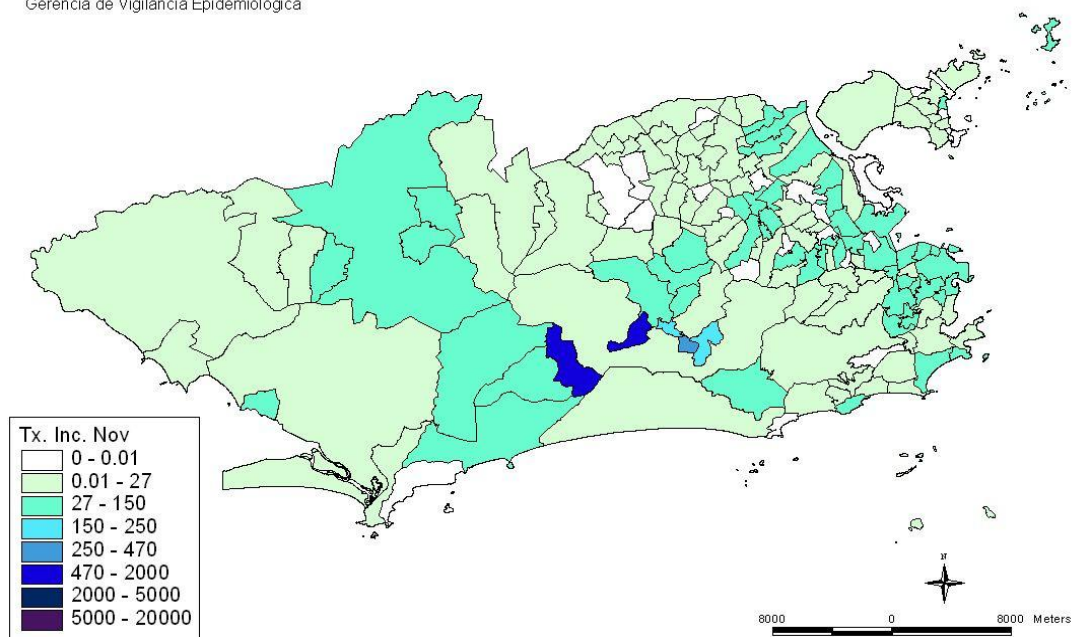
ANEXO 2 AO ANEXO 16 – MAPAS DA DENGUE Mapa 16.1



Mapa
16.2

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Novembro 2007

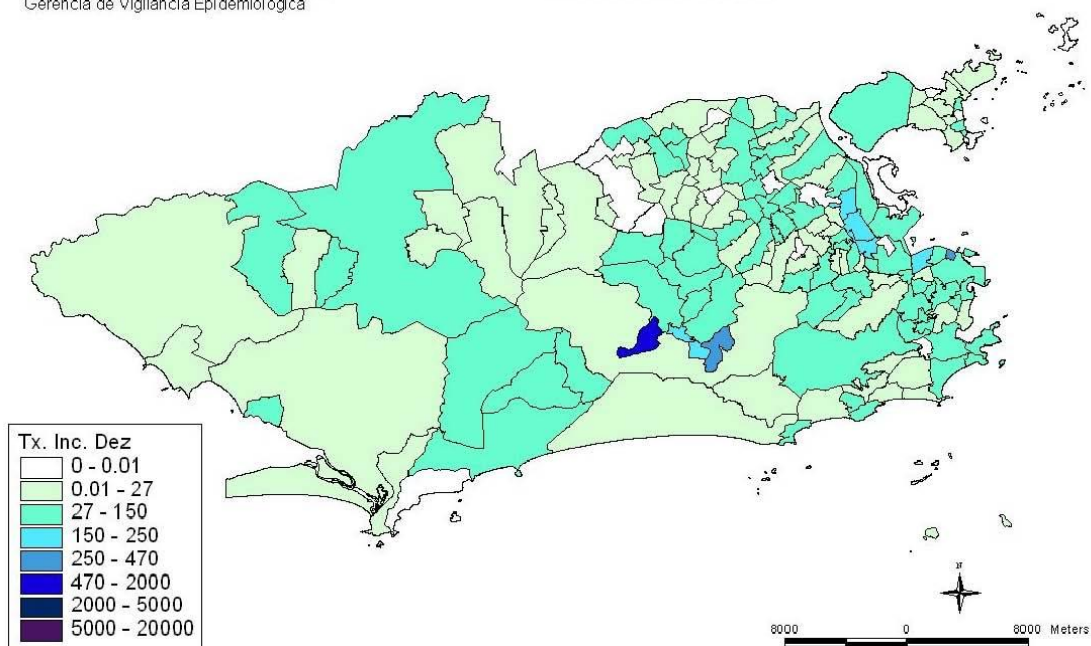
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 22-02-2008



Mapa 16.3

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Dezembro 2007

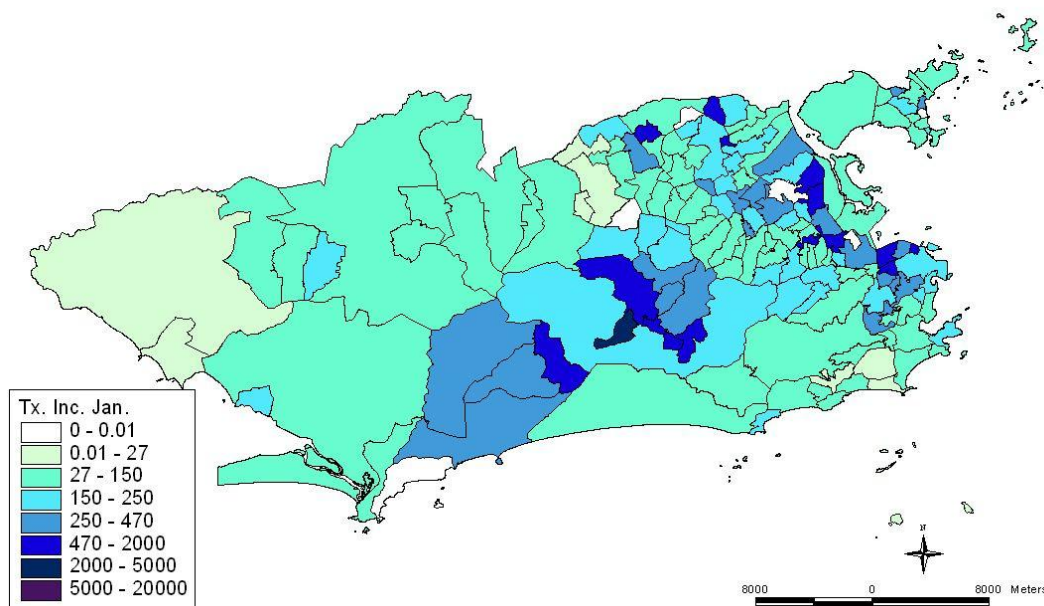
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 22-02-2008



Mapa 16.4

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Janeiro 2008

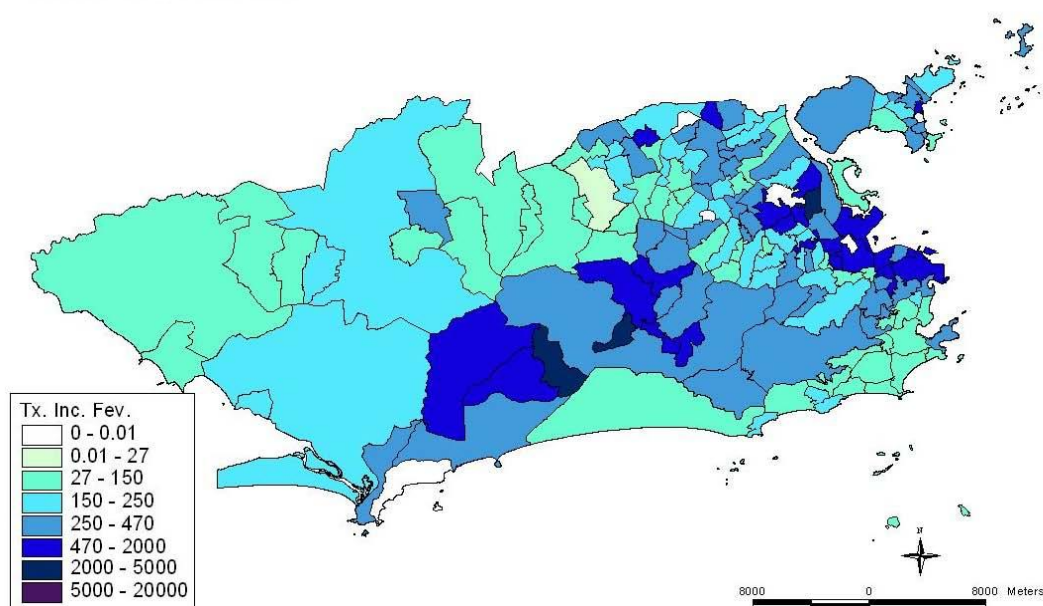
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



Mapa 16.5

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Fevereiro 2008

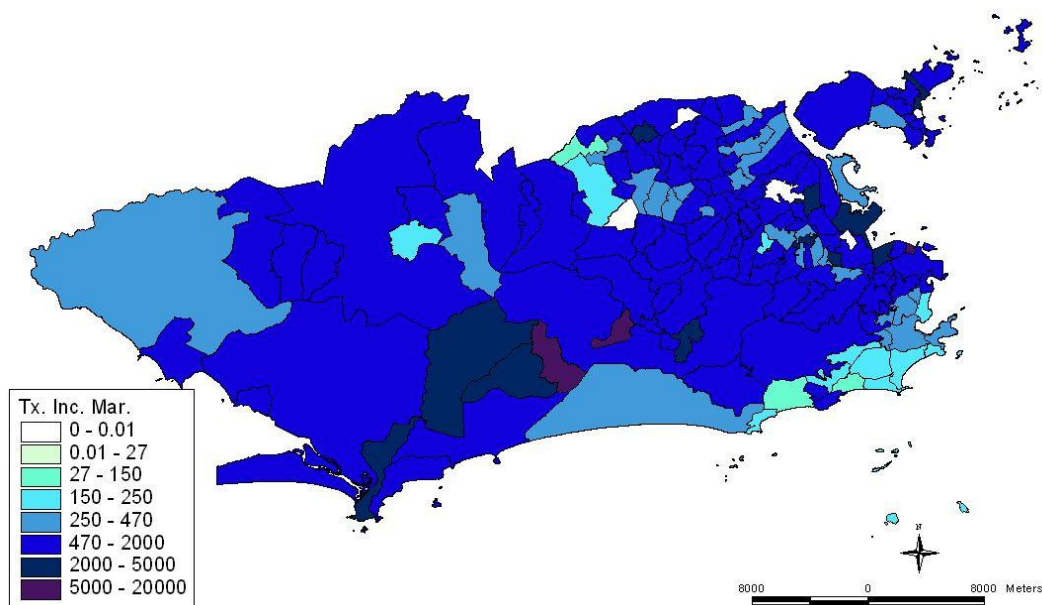
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



Mapa 16.6

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Março 2008

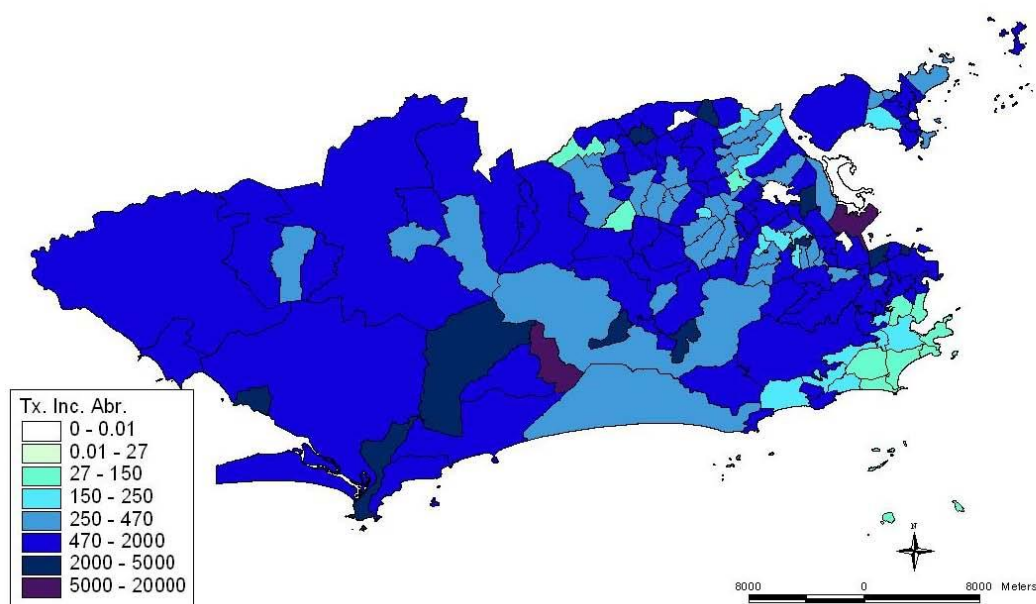
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



Mapa 16.7

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Abril 2008

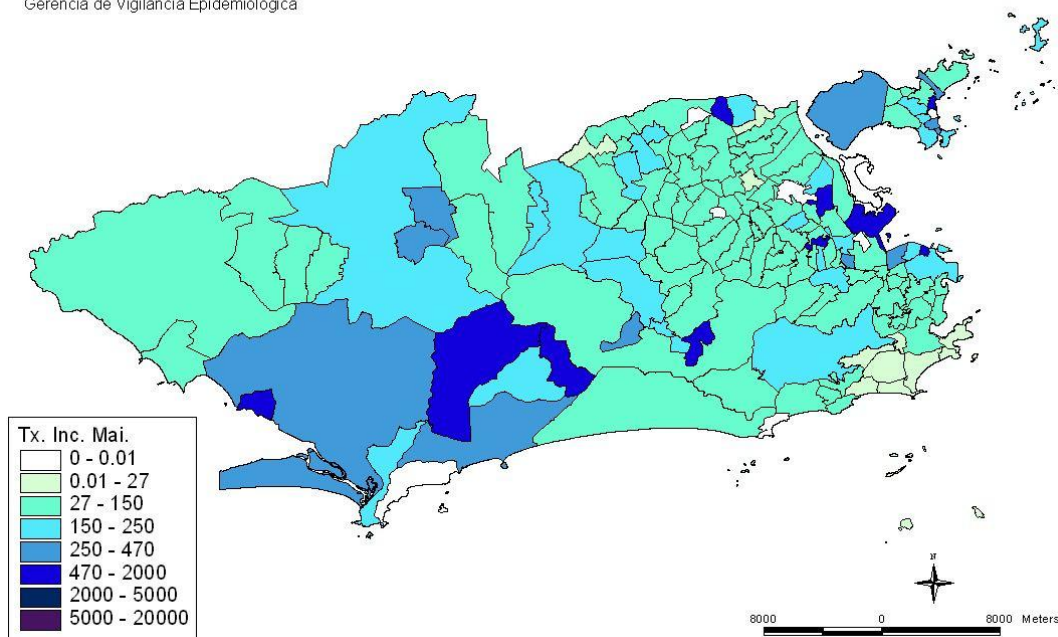
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



Mapa 16.8

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Maio 2008

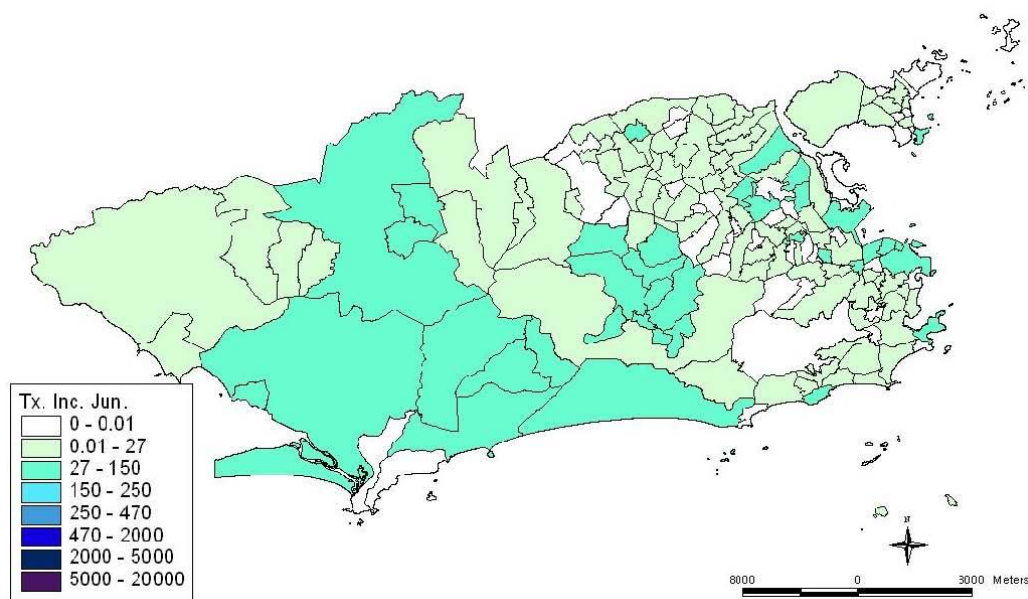
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



Mapa 16.9

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Junho 2008

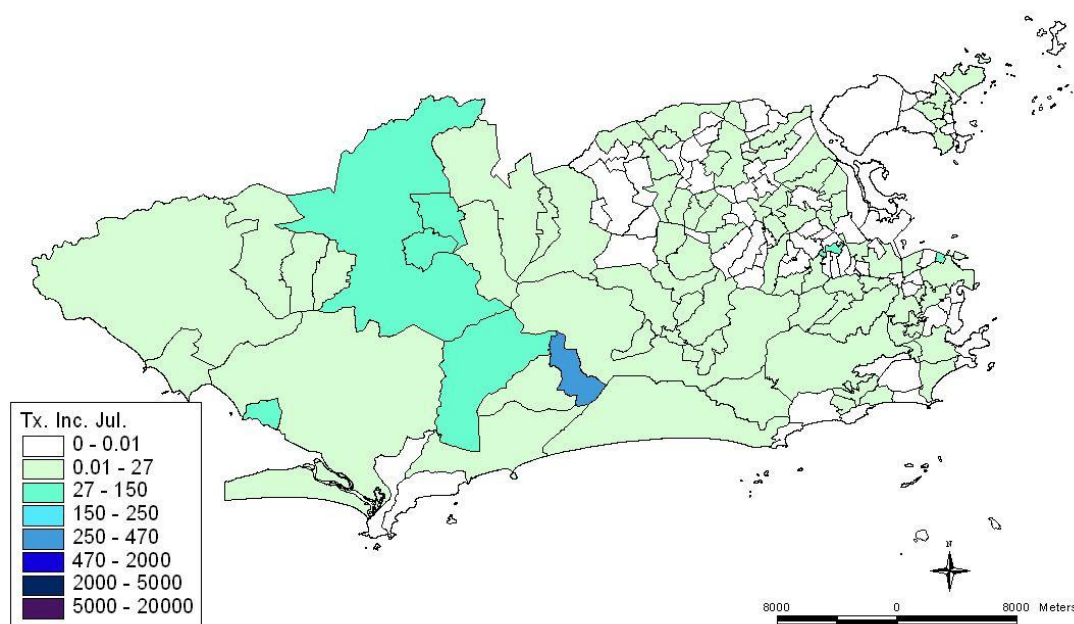
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



Mapa 16.10

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Julho 2008

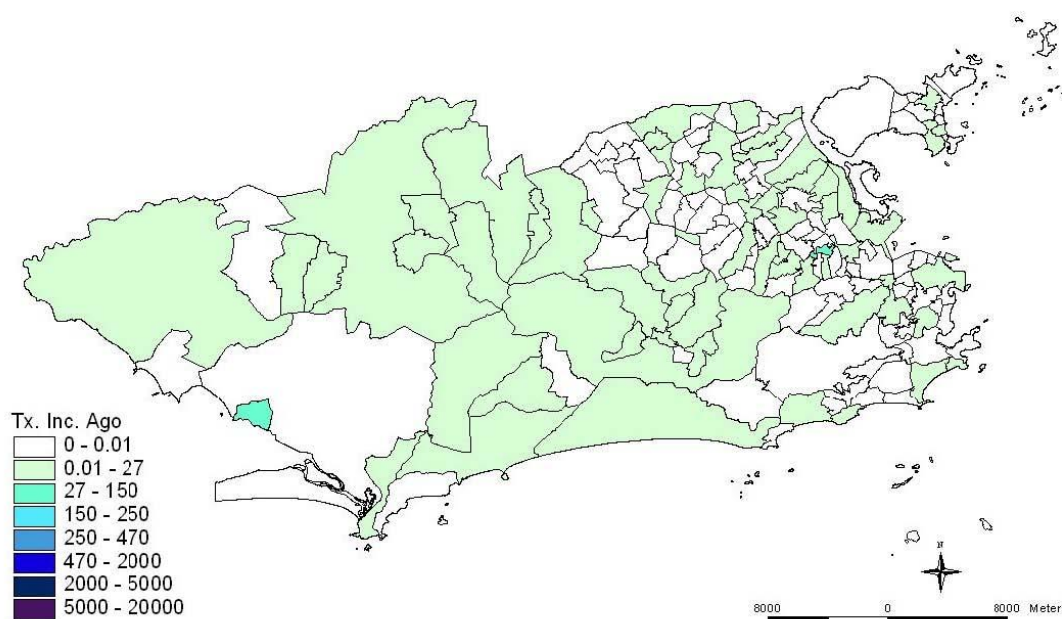
Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



Mapa 16.11

Dengue - Taxa de Incidência por Bairro - MRJ Agosto 2008

Taxa de Incidência por 100.000 habitantes
Mapa Atualizado em 16-01-2009



ANEXO 17 A crise na da saúde pública no Rio de Janeiro Epidemia de dengue pelo olhar da população Multidão de doentes à procura de atendimento em hospital do subúrbio do Rio. Fonte: Globovideo, 22/03/2008.





ANEXO 20 A crise na da saúde pública no Rio de Janeiro Epidemia de dengue pelo olhar da população Pacientes com dengue na enfermaria do Hospital Albert Schweitzer, em Realengo Fonte: Globovideo, 01/04/2008 ANEXO 23 Gabinete de Crise de combate à dengue Integração dos Governos Federal, Estadual e Municipal com as Forças Armadas Fonte: Globovideo, 05/03/2008.





ANEXO 22 Gabinete de Crise de combate à dengue Primeira reunião do Gabinete de Crise no Rio de Janeiro Fonte: Globovideo, 05/03/2008.





ANEXO 24 Operações para controle da dengue Ações para melhoria da qualidade de atendimento à população Tendas do hospital de campanha da Aeronáutica na Barra da Tijuca Fonte: TV Globo, abr/2008.







Na tenda do Exército, em Marechal Hermes, também foi grande a movimentação de doentes. / Gabriel de Palva

LEGENDA

SAIBA MAIS CRÉDITOS



ANEXO 31 Operações para controle da dengue Ações de combate aos focos do mosquito
 Agente sanitário com *fumacê* portátil no combate aos focos domiciliares Fonte:
 Globovideo, mai/2008



ANEXO 32 Operações para controle da dengue Ações de combate aos focos do mosquito
Agentes sanitários combatendo focos do mosquito numa comunidade Fonte: Globovideo, abr/2008.





