

**“Quem é o pai do mosquito?”: discutindo a responsabilidade governamental sobre a
Epidemia de dengue no rio de Janeiro (2001-2002)**

Tatiana da Silva Bulhões*

Resumo

Este trabalho pretende investigar a motivação para os ataques das autoridades municipais às estaduais e destas às federais a respeito de qual delas é a responsável pela epidemia de dengue no município de Rio de Janeiro em 2001/2002. Esta discussão perpassa quais seriam as obrigações sanitárias das autoridades governamentais – em níveis federal, estadual e municipal -, em um Sistema de Saúde (SUS) que delega determinadas funções a cada esfera decisória visando trabalhar de forma integrada para o bem estar dos brasileiros, e as ações que efetivamente foram empreendidas a fim de combater a epidemia. As fontes utilizadas nesta investigação foram legislações referentes às políticas de saúde do período e alguns veículos da imprensa carioca.

Palavras-chave: Dengue, Políticas de Saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS)

Abstract

This paper intends to investigate historically the motivation of the municipal authority attacks on the estadual and this one on the federal authority about which one is the responsible for the epidemic of dengue in the Rio de Janeiro city in 2001/2002. This discussion concerning what are the sanitarian obligations of the government authorithies – in federal, state and municipal levels – , in a National Unified Health System (SUS) that delegates specific duties to which decision sphere intending to work in an integrated form for the Brazilian’s well-being, and the actions that effectively were executed in order to fight the epidemic. The sources used in this investigation were legislations regarding to health politics in the period and some Rio de Janeiro’s newspapers

Keywords: Dengue, Helth Politicals in Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS)

* Bacharel em História pela UFRJ e Mestre em História pela UFF. Bolsista do Programa Técnico-Tecnologista da FAPERJ

Introdução

Este trabalho é produto do projeto “A história das epidemias de dengue no Rio de Janeiro (1986-2002)”, que trata dos eventos epidêmicos de dengue ocorridos no município do Rio de Janeiro, ocorridos entre 1984 e 2002, coordenado pela professora Dilene Raimundo Nascimento.

O seguinte estudo se insere nos campos da história das doenças e da história do Tempo Presente. O primeiro analisa a doença como um fenômeno socialmente construído, possibilitando entender historicamente como atores sociais lidam com momentos de epidemia.¹ No segundo, os historiadores se inserem nos debates do seu tempo e respondem à demanda social por explicação e compreensão dos fatos, restituindo-os em sua duração, buscando compreender o porquê da sua evolução até o presente momento.²

Segundo dados da Superintendência de Saúde Coletiva do Município do Rio de Janeiro, de novembro de 2001 a abril de 2002, foram notificados mais de 140 mil casos de dengue neste município e a taxa de incidência mensal da doença elevou-se de 8,9% em janeiro de 2001 para 501,49% no mesmo mês de 2002, o que demonstra um crescimento epidêmico bastante elevado neste período.

A opinião pública deste período buscava responsáveis pelo controle da propagação do mosquito *Aedes aegypti* e intensificação da epidemia. As acusações eram direcionadas aos três níveis governamentais – município do Rio, ao estado do Rio e a União, e denunciava-se o descaso destas autoridades e incompetência no domínio da situação.

Este texto busca investigar as responsabilidades destes três níveis governamentais no combate à epidemia de dengue ocorrida no Rio de Janeiro, e porque o combate ao mosquito e à epidemia não teve a eficácia pretendida. Esta análise necessariamente perpassa as obrigações governamentais regulamentadas na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de

¹ Para mais informações sobre o campo da história das doenças: NASCIMENTO, Dilene R. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005 e SILVEIRA, Anny T. & NASCIMENTO, Dilene. “A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças”. In. NASCIMENTO, Dilene & CARVALHO, Dilene M. (orgs.) *Uma História brasileira das doenças*. Brasília. Paralelo XV, 2004.

² Mais informações sobre o campo da história do tempo presente: CHAUVEAU, A. & TÉTARD, Ph. (Org.) *Questões para a história do presente*. Bauru: EDUSC, 1999 e AMADO, Janaína & FERREIRA, Marieta de Moraes (Org.), *Usos & abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

Saúde (SUS), a fim de apontar possíveis deficiências e desigualdades, que contribuíram para a ineficiência das políticas de saúde referentes ao controle da doença. Complementando esta análise, serão apresentados os sucessivos planos federais de combate à dengue e a atuação do município neste combate. A descontinuidade destes planos e a incompetência do município neste combate provocaram uma das maiores epidemias do Estado do Rio de Janeiro.

O SUS e as responsabilidades de cada nível do governo

As forças políticas do setor saúde, principalmente as organizadas no “Movimento Sanitário”³, conseguiram garantir na Constituição de 1988 a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, viabilizada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a égide da descentralização do processo decisório na saúde, integralidade e democratização dos serviços oferecidos à população e participação social nas decisões governamentais por meio dos Conselhos de Saúde. Luz chama a atenção para a intensa movimentação da sociedade civil – não somente os atores políticos ligados ao setor saúde, mas também uma efetiva “participação popular” – em prol da aceitação das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde⁴ na Constituição de 1988. (LUZ, p.305, 2000)

A Constituição determina que a tarefa de cuidar da saúde dos brasileiros é de todos os entes federativos, ou seja, é competência comum da União, estados e municípios. Mas há alguns detalhes nessas competências. O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, abarcando a transferência de serviços, de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. No que tange à proteção e defesa da saúde, é responsabilidade da União o estabelecimento de normas gerais e aos municípios e estados a sua suplementação. Na prestação de atividades de atendimento à população, enfatizam-

³ Autores como Sarah Escorel (1998; 2005), Eleutério Rodriguez Neto (2003), entre outros, afirmam que pessoas ligadas ao setor saúde fizeram parte de um grande movimento pela defesa do acesso igualitário e universal aos serviços de saúde, além de melhorias nestes serviços, nomeado de *Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário*.

⁴ Considerada, por Escorel, o momento mais significativo do processo de construção de estratégias pela democratização da Saúde. O fortalecimento e a expansão da saúde pública e a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde foram as questões primordiais discutidas na Conferência. É aprovada neste momento a criação de um sistema único de saúde, que “se constituísse num novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à previdência”. (SCOREL *et al.*, p.78, 2005). O evento teve uma participação muito significativa dos setores da saúde e da sociedade, como Movimento Popular de Saúde (MOPS) e os secretários municipais de saúde que viriam a constituir o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

se a preponderância do município e a tarefa de cooperação técnica e financeira entre a União e os Estados. (DE SETA *et. al.*, p.106, 2006)

Esta proposta de descentralização no setor saúde, institucionalizada no SUS, na sua gênese, teve o intuito de superar um sistema de saúde altamente centralizado no nível federal e dividir as decisões e responsabilidades entre os três níveis governamentais. Entretanto, vemos atualmente que a descentralização é insuficiente para a consolidação do SUS, porque seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a vários fatores inexistentes, que são essenciais para consolidação do sistema: o adequado e igualitário repasse de recursos financeiros para os municípios e a sua efetiva aplicação nos serviços de saúde, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a igualdade de condições dos estados e municípios brasileiros de prover seus territórios de todas as ações e serviços necessários à atenção da saúde de seus cidadãos.

A exígua presença do Estado nos gastos em saúde, desde o início da consolidação do SUS, é apontada por muitos analistas como um reflexo do modelo econômico brasileiro, que se encontrava (ainda se encontra) baseado em ajustes macroeconômicos de cunho neoliberal. Segundo Ugá e Marques, “o lema passa a ser a redução das atividades ‘welfarianas’ do Estado, na medida em que elas são consideradas como elementos de estímulo à falta de responsabilidade individual, além de serem vistas como grande fardo financeiro carregado pelo setor produtivo da economia”. (UGÁ e MARQUES, p.197, 2005) Os ajustes macroeconômicos implementados afetaram drasticamente o SUS, que passou por uma crise de financiamento.⁵

Vários são os exemplos dos desvios de recursos da saúde para outros fins pelo governo federal. Já em 1989, o primeiro ataque aos recursos da Saúde: o Fundo de Investimento Social (Finsocial) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) foram praticamente alocados em sua totalidade pelo Ministério da Previdência para encargos previdenciários da União com os

⁵ Estas medidas governamentais, iniciadas no governo Sarney, estavam sintonizadas com as recomendações neoliberais do Consenso de Washington – seminário que reuniu técnicos do governo dos EUA, do FMI, do Banco Mundial e economistas de países latino-americanos, em 1989, para propor medidas a fim de reforçar “os laços de cooperação financeira” -, que se concentram em três eixos principais: a retirada do Estado das atividades econômicas; a liberação dos mercados nacionais à importação de bens e serviços e à entrada de capitais de risco; e a obtenção da estabilidade monetária, através do combate à inflação, à custa de recessão, desemprego, contenção salarial e diminuição dos investimentos públicos na área social. (VIZENTINI, 2004)

servidores federais.⁶ Em 1993, o Ministro da Previdência Social, Antônio Britto (15/10/1992 a 15/12/1993), suspendeu a transferência dos 15,5% da receita de contribuições de empregados e empregadores para o Ministério da Saúde, visando resolver os problemas do seu setor, que não conseguia dar conta do aumento da demanda por benefícios. Neste momento o setor saúde fica mais dependente dos recursos da União, ou seja, seu financiamento passa a depender mais do que nunca da “disponibilidade de caixa” do Tesouro Nacional e de acordos com a esfera econômica do Governo Federal. (UGÁ e MARQUES, p.206, 2005) Um terceiro exemplo é presenciado no início do governo Fernando Henrique Cardoso, quando se desvinculou parte dos recursos da Seguridade Social, com a criação do Fundo Social de Emergência, em prol da manutenção da “estabilidade” do Real. Este Fundo em 1997 foi renomeado Fundo de Estabilização Fiscal, e em 2000, Desvinculação das Receitas da União (DRU). Esta manobra política permitiu que 20% das receitas de impostos e contribuições fossem alocados pelo governo federal para pagamento dos juros da dívida externa. (UGÁ e MARQUES, p.207, 2005)

Estados e municípios também são acusados de diminuição e desvio de verbas da área da Saúde. Um exemplo claro disto se deu no município do Rio de Janeiro, conforme relataram os vereadores, em fevereiro de 2002, na época da epidemia de 2001/2002. Em investigações acionadas para apurar responsabilidades pela epidemia, foram apontadas reduções drásticas na verba do município para o programa de erradicação do mosquito da dengue, desde de 2000, além da não aplicação integral da verba prevista para este programa. (FAGUNDES, pp. 46-47, 2004)

Além do precário repasse dos recursos pelo Ministério da Saúde aos municípios, as diferenças regionais não são respeitadas, de forma a garantir um repasse de recursos adequado às necessidades de cada região. Gershman e Viana em seu artigo apontam para uma determinada constituição do SUS, neste momento, fruto do desprezo às desigualdades sociais e regionais, heterogeneidades populacionais e perfis epidemiológicos regionais. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a transferência SUS é significativa. Nestas regiões prepondera um SUS com

⁶ A Carta Magna de 1988 definia que o financiamento do setor saúde viria do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros federal, municipais e estaduais. A composição do OSS era a seguinte: “a) benefícios de caráter contributivo e individualizados correspondem às tradicionais contribuições sobre a folha de salários (da empresa e do trabalhador); b) benefícios e serviços regidos pela lógica da cidadania (tais como o acesso universal à saúde e ‘salário cidadão’ de um salário mínimo para a população de mais de 65 anos ou portadora de deficiência) seriam financiados pela Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e sobre o faturamento, pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), e ainda recursos do Tesouro que se fizessem necessários. (UGÁ e MARQUES, p.203, 2005)

fortes características de atenção básica, com pouca expansão da rede física, que tem sido foco dos programas do Piso de Atenção Básica (PAB)⁷, como o Programa de Saúde da Família. Nas regiões Sul e Sudeste, ao contrário, os recursos federais para o SUS são “apáticos à demanda e é o recurso próprio o maior responsável pelo incremento ou não do gasto setorial”. Por isso essas regiões têm relativa autonomia em relação às diretrizes federais e as parcerias público/privado respondem pela maioria dos serviços. (GERSHMAN e VIANA, p.346, 2005)

Este critério de escolha do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde foi nomeado pejorativamente por Rodriguez Neto de “inampização do Ministério da Saúde”. Ele compara esta predileção do ministério pelas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ao que acontecia na ditadura militar, quando a população dos municípios com maior autonomia sofria o impacto da racionalização da aplicação de recursos, enquanto os municípios pouco autônomos eram extremamente dependentes dos recursos e programas federais. Esta forma centralizada de repasse não confere com as leis e a Constituição de 1988, que estabelecem que o repasse de recursos deve observar o critério populacional e epidemiológico, além de contar com a participação dos Conselhos no planejamento. (RODRIGUEZ NETO, p.137, 2003)

Essa centralização decisória na figura do Ministério da Saúde e suas conseqüências para o setor saúde foram analisadas de forma esclarecedora por Luz. Segundo ela

“(...) na década de 1990 houve *descentralização* na política de saúde brasileira, se entendida como delegação de funções ou transferência de ações (e sua gestão) para níveis territoriais menores e periféricos do sistema (municípios, localidades). Mas se considerada a *concentração* dos recursos na esfera central de governo, o férreo controle contábil exercido sobre os níveis periféricos, e a priorização de determinados programas verticais, não necessariamente coerentes com os escolhidos como prioritários em nível municipal, pode-se dizer que se trata até o momento de uma *descentralização incompleta*, que chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, parcial ou integralmente, o funcionamento de programas e serviços locais (...)” (LUZ, p.306-307, 2000)

⁷ A implementação do Piso de Atenção Básica (PAB) foi a principal novidade no financiamento das ações de saúde presente na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96). Esta norma previa o fim da tabela única de preços e do pagamento por produção dos municípios vinculados ao SUS; a definição do valor das verbas pelo número de serviços prestados (internações, consultas, exames, etc) por laboratórios, hospitais públicos e privados; e os recursos federais seriam liberados de acordo com a participação dos municípios em programas considerados estratégicos: o Programa Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa de Combate às Carências Nutricionais; Assistência Farmacêutica Básica; Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. (FALEIROS *et al*, p.168-170, 2006)

O combate dos governos à epidemia de dengue em 2001/2002

A reintrodução do *Aedes aegypti*, em 1986, não conseguiu ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados, sendo assim, em 1996, o Ministério da Saúde, revendo suas estratégias, elaborou o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa). A principal preocupação deste plano residia nos casos de dengue hemorrágica, que circularam pela primeira vez na epidemia do verão 1990/1991. O Plano, gestado pela equipe do ministro Adib Jatene, previa ação integrada com vários outros ministérios e foi dividido em nove áreas de atuação, nomeadas “Componentes”: 1) Entomologia; 2) Operações de campo de combate ao vetor; 3) Vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; 4) Saneamento; 5) Informação, educação e comunicação social; 6) Vigilância epidemiológica e sistema de informações; 7) Laboratório; 8) Desenvolvimento de recursos humanos; e 9) Legislação de suporte. Mais de um bilhão de reais foram investidos nos municípios conveniados ao PEAa, esses recursos foram aplicados na contratação e capacitação de pessoal, aquisição de veículos e equipamentos. (BRAGA e VALLE, 2007)

Entretanto, o investimento em educação da população e saneamento básico não foi efetuado, em razão de “uma redução de custos sob a forma de um corte absurdo (...) por medidas burocráticas, de natureza econômica”. Além disso, o sucessor de Jatene, o ministro Carlos Albuquerque, não deu continuidade ao Plano, argumentando que este era “só teórico e previa uma ação de médio e longo prazo” (FAGUNDES, p.55, 2004). A descontinuidade da implantação deste plano foi chamada pela revista *Época* de “chance perdida”, pois, na época de sua criação o país apresentava somente dois tipos de sorotipos da enfermidade e o enfrentamento do mosquito estaria restrito a 17 estados da União, além disso, o ministro Jatene avisou, inicialmente, que a possibilidade do surgimento do dengue hemorrágico era certa, caso o PEAa não fosse posto em prática. (*Época*, 18/02/2002).

Vários especialistas no assunto criticaram a tática adotada de “erradicar” o mosquito, dentre eles a médica Keyla Marzochi. Segundo ela, a redução do *Aedes* a níveis mínimos, de forma constante (não somente nos momentos de epidemia), seria mais eficaz na erradicação da doença. (MARZOCHI *et al*, 1998) A Funasa abandonou oficialmente a meta de erradicar o *Aedes aegypti* em 2001, e passou a trabalhar com o objetivo de controlar o vetor. Foi implantado o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), que focalizou as ações em Municípios com maior transmissão da doença, selecionados entre aqueles com infestação pelo mosquito e registro de transmissão de dengue nos anos de 2000-2001. Desses Municípios, as seguintes características eram fundamentais para atuação do Plano: “a) ser capital de Estado, incluindo sua região metropolitana; b) contar com população igual ou superior a 50.000 habitantes; e c) ser receptivo à introdução de novos sorotipos de dengue. (Municípios de fronteiras, portos, núcleos de turismo etc.)” (BRAGA e VALLE, 2007)

Os resultados deste novo plano não foram percebidos em 2002, quando ocorreu a introdução do vírus tipo 3 da dengue hemorrágica. Foram registrados pelo Ministério da Saúde 94.211 casos da doença, sendo a maioria no estado do Rio de Janeiro. Neste momento, foi implantado pelo Ministério o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), dando continuidade a propostas do PIACD e enfatizando a necessidade de mudanças nos modelos anteriores, inclusive em alguns aspectos essenciais, como:

“1) a elaboração de programas permanentes, pois não há qualquer evidência técnica de que a erradicação do mosquito seja possível a curto prazo; 2) o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização da população, de maneira a se promover maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; 3) o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica, para ampliar a capacidade de predição e detecção precoce de surtos da doença; 4) a melhoria da qualidade do trabalho de campo no combate ao vetor; 5) a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) 6) a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc.; 7) a atuação multissetorial, no fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e à utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; e 8) o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios” (BRAGA e VALLE, 2007)

A eficácia deste plano ficou comprometida por medidas tomadas pelo MS, tais como cortes de recursos destinados ao Plano para os municípios. Segundo relatório do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, elaborado em 2002, “embora o Plano Nacional contemple, além do combate ao *Aedes aegypti*, ações que visam promover a saúde dos cidadãos, a partir da melhoria das condições de vida da população, o ministério (da Saúde) meteu a foice nos R\$83.050.021,60, erradicando não o mosquito, mas os recursos postulados pelo Município”. (Relatório TCM, 2002) Além dos cortes nos recursos referentes ao PNCD, decisão nem um pouco incomum deste ministério, três mil mata-mosquitos são demitidos pelo ministro José Serra⁸, sendo que a escassez de funcionários para o combate ao mosquito era tão clara que o exército e os bombeiros foram convocados para a “luta”. (FAGUNDES, p.56, 2004) Além destes entraves ao funcionamento deste novo plano, não é difícil constatar que a eficácia no combate a dengue se daria com a implementação de medidas (elaboradas nos diversos planos citados) constantemente, não nos períodos de epidemias somente.

Em 2001 o secretário municipal de saúde do Rio de Janeiro, Sérgio Arouca, atentou para a precária atuação do município no combate à doença e o risco de uma forte epidemia em 2002. Na sua gestão, que

⁸ A epidemia foi utilizada por Serra para fazer uma de suas promessas de campanha à presidência, segundo a revista *Época*, a despeito das críticas referentes à demissão dos mata-mosquitos. Na reportagem o ministro afirmou: “Se o povo brasileiro me eleger, o apoio ao Rio continuará a ser prioritário”. (*Época*, 18/02/2002)

só durou seis meses, solicitou um relatório à coordenação de combate ao dengue para averiguar a situação do município na luta contra a doença. Neste relatório, segundo ele “(...) o quadro era descrito como faltando guardas sanitários (aproximadamente 1500), equipamentos e transportes, e principalmente que o combate situado na Comlurb, especialista em lixo, pernilongo, etc⁹ não era adequado nem competente no enfrentamento da doença”. Este relatório, que foi entregue ao prefeito César Maia, ao ser publicado na Imprensa acarretou a demissão de Sérgio Arouca. Em uma carta escrita por ele e publicada no jornal *O Globo*, ele desabafa sobre a responsabilidade e o descaso das autoridades governamentais no combate à doença:

“A responsabilidade primeira do combate ao dengue é do município, mas infelizmente, de lá pra cá, praticamente nada foi feito, e assistimos a concursos serem realizados em plena epidemia, guardas sanitários demitidos protestando nas ruas, o exército sendo chamado (...) e algumas autoridades chegando à conclusão de que os grandes responsáveis são o doente e a população. (...) acredito que tanta omissão, negligência e irresponsabilidade é coisa para o Ministério Público apurar e punir exemplarmente.” (O Globo, 05/03/2002)

Bibliografia

- BRAGA, Ima Aparecida e VALLE, Denise. “Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil”. In. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.16, n.2, Brasília jun. 2007.
- DE SETA, Marismary H.; PEPE, Vera L. E.; OLIVEIRA, Gisele O. de. (Orgs.) *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006.
- ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. e EDLER, Flávio C. “As Origens da Reforma Sanitária e do SUS”. In. TRINDADE LIMA, Nísia et al (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998.
- FAGUNDES, Ana Maria de Souza. *O processo denunciador: retóricas, fobias e jocosidades na Construção Social do Dengue em 2002*. Tese de Mestrado em Antropologia e Ciência Política, UFF, Niterói, 2004.

⁹ O município delegou à Comlurb a tarefa de combater eliminar os focos de mosquitos da dengue. Porém, a falta de treinamento e pessoal para esta tarefa foram apontadas por vários especialistas, inclusive Sérgio Arouca.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta F. S. da; VASCONCELLOS, Luís C. F.; SILVEIRA, Rosa M. G. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GERSHMAN, Silvia e VIANA, Ana Luiza D'Ávila. "Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal". In. TRINDADE LIMA, Nísia *et al* (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LUZ, Madel Terezinha. "Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano". In. *Cienc. Saúde Coletiva*, vol.5, n.2. Rio de Janeiro, 2000, pp.293-312.

MARZOCHI, Keyla Belízia Feldman. "Dengue - a mais nova endemia 'de estimação'?" In. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.03, n.02, Rio de Janeiro, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1987000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03/04/2008.

MARZOCHI, Keyla; GADELHA Paulo; LIMA, Milton Moura *et al*. "Debate. Dengue no Brasil". In. *História. Ciências. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701998000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Março 2008.

UGÁ, Maria Alice D. e MARQUES, Rosa Maria. "O Financiamento do SUS". In. TRINDADE LIMA, Nísia *et al* (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

VIZENTINI, Paulo Fagundes. "A vida após a morte: breve história mundial do presente pós-'fim da história'". *Tempo. Revista do Departamento de História da UFF*. Vol.08, nº 16, jan.2004, Rio de Janeiro: 7 Letras/EdUFF, 2004.

Fontes

Revista Época, 18/02/2002

Jornais O Globo, de 2001 e 2002

Rio de Janeiro – Superintendência de Saúde Coletiva – Coordenação de Programas de

Epidemiologia – Gerência de Vigilância Epidemiológica. *Série Histórica da Dengue*, 1984 a 2002

Relatório de Verificação do Programa Municipal de Combate à Dengue, no período entre 23 e 25 de outubro de 2002. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro.