

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

ATA Nº 037

PRESIDENTE - DEPUTADO DR. LEONARDO

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Boa tarde a todos!

Cumprimento os senhores, as senhoras e as autoridades presentes.

Invocando a proteção de Deus e em nome do povo do Estado de Mato Grosso, declaro aberta esta Audiência Pública requerida por mim, Deputado Dr. Leonardo, com o objetivo de discutir os desafios da tuberculose no Estado de Mato Grosso.

Convido para compor a mesa os ilustríssimos senhores e senhoras que estão presentes.

Com muita satisfação chamamos o Sr. Ércio de Arruda Lins, Diretor do Departamento de Atenção à Saúde Indígena, neste ato representando o Secretário Especial da Saúde Indígena do Ministério da Saúde, Marco Antônio Toccolini; o Dr. Carlos Fernando Gossn Garcia, Médico Pneumologista do Centro Estadual de Referência Médica de Alta Complexidade do Estado de Mato Grosso, CERMAC - está dando entrevista e assim que acabar vem -; a Sr^a Lucia da Costa Barros Dias, Técnica da Vigilância Epidemiológica da Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde Mato Grosso-SES; o Sr. Hozano José Delgado, Diretor de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de Mato Grosso; o Sr. Winkler de Freitas Teles, Diretor da Penitenciária do Carumbé; o Sr. Eleonor Raimundo da Silva, Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Mato Grosso, COREM/MT; a Sr^a Simone Escudero Gutierrez, Técnica da Área de Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; a Sr^a Sandra Deniz Horn, Secretaria Municipal de Saúde de Mirassol d'Oeste; e a Sr^a Aparecida de Arruda Campos, Enfermeira, neste ato representando o Sr. Diógenes Marcondes, Secretário Municipal de Saúde de Várzea Grande. (PALMAS)

Composta a mesa de honra, convido a todos para, em posição de respeito, cantarmos o Hino Nacional.

(O HINO NACIONAL É EXECUTADO.)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Registramos a honrosa presença dos senhores e senhoras e autoridades que gentilmente compareceram a esta Audiência Pública.

Registramos e agradecemos a presença dos senhores e senhoras: Vice-Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Mato Grosso, a Sr^a Marilsa Rodrigues Viana; Larissa Raquel Kimmel, Diretora da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; Dalila Nazário Barden Sales, responsável técnica da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuiabá; Ivete Jacob, Gerente da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Mirassol d'Oeste; Alba Valéria Gomes de Melo, Gerente de Agravos Endêmicos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso; Rita Beatriz Biondo, Assistente Penitenciária da Diretoria de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de Mato Grosso; Graciane Catarina Batista Magalhães, Coordenadora Técnica do Senso Estadual de referência de

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

média e alta complexidade; Josinei Rita dos Santos, Diretora do Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade-CERMAC/MT; Abigail Dudoré da Silva, responsável técnica da epidemiologia do Centro Estadual da Alta e Média Complexidade do CERMAC; Valquíria Alves Martins, Coordenadora do Laboratório LACEC (Laboratório Central de Cuiabá); Dilma Lareia de Alencar, Técnica do Laboratório de Baciloscopia do Laboratório Central de Cuiabá-LACEC; Marco Andrey Pepato, Diretor do Laboratório Central do Estado de Mato Grosso-LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso); Virgínia Corrêa de Azevedo da Silva, Gerente do Laboratório Central do Estado de Mato Grosso-LACEN; Vanessa Soares Cardoso, responsável técnico do setor de micróbactérias do LACEN; Jaime Figueiredo Neto, Fisioterapeuta, neste ato representando o Qualivida, da Assembleia Legislativa.

Agradecemos a presença de todos os servidores do CERMAC; de todos os técnicos de saúde do Estado de Mato Grosso; de todos os profissionais de saúde do Estado de Mato Grosso; dos agentes de saúde do Município de Várzea Grande que estão aqui; dos nossos companheiros que estão em todas as áreas da saúde e nos ajudaram muito; da nossa equipe técnica do nosso gabinete e desta Casa; do Cerimonial; da imprensa, que esteve aqui; da Sr^a Márcia Paz, que está representando a TV Bandeirantes; da Sr^a Ana, da TV Record que ainda está conosco, da *TV Assembleia*.

Obrigado ao sistema de telecomunicação que ajuda bastante levando informações ao cidadão em educação e saúde.

Falamos de um tema que tem ainda muito preconceito e eu só tenho a agradecer a imprensa por acompanhar.

Qualquer pessoa que eu tenha falhado, esquecido, sinta-se cumprimentada.

Durante a audiência pública, Sr^a Andreia, também faremos agradecimentos em momento adequado, mas peço desculpas se neste momento uma ou outra pessoa ficou sem ser cumprimentada.

Sintam-se todos cumprimentados.

Tuberculose é um tema, uma doença que infelizmente é considerada doença periférica, cheia de preconceitos, doença secular, mas, infelizmente, ainda envolta de muito preconceito. Isso faz com que tenhamos um desafio imenso pela frente em uma soma de esforços.

Agradeço também os estudantes da Assistência Social presentes. Muito obrigado pela presença.

É preciso envolver muitas estratégias e parcerias, apesar de termos núcleos específicos, como no Sistema Penitenciário, de situações específicas, outro para grupos de pessoas com uma doença de imunodeficiências, autoimunes ou adquiridas, mas uma doença que está suscetível a toda população.

Os números estão aí e serão apresentados durante este bate-papo, esta audiência que vamos fazer aqui, para procurarmos achar soluções, por meio de projetos de leis ou iniciativas conjuntas com a Secretaria Estadual de Saúde, demais Secretárias e os outros Poderes, para tentarmos mudar essa realidade de incidência dos novos casos de tuberculose no Estado de Mato Grosso, que é crescente, tendo alguns números que vão nos mostrar esses *ranking* que nos encontramos hoje e de que maneira podemos juntar forças, Sr. Fernando, para estamos aqui fazendo essas estratégias e mudarmos essa situação na qual nos encontramos hoje para uma realidade melhor para o Estado.

O preconceito é grande, uma doença que não podemos aceitar o número de mortes que acontecem no mundo, um milhão de mortes pelo mundo inteiro, mais de quatro mil casos no País em média de óbitos, se não me engano, doutor, uma doença que tem tratamento, tem cura.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Vencendo o preconceito, tendo sensibilidade, fazendo corretamente, a pessoa tem acesso ao tratamento gratuito e pode ter a sua vida normal, não chegando ao extremo da perda dessas pessoas, como acontece no Brasil.

Fora os casos multirresistente e extremamente resistentes que estão acontecendo, por abandono e falta de conhecimento, que são duas causas que propiciam para que aconteça isso.

Estamos sendo transmitidos pelo sistema de telecomunicação para todo o Estado de Mato Grosso, através do canal local, mas também estamos na TV a cabo para todo o Brasil, a *TV Assembleia* é pioneira, tem parceria com a *TV Senado* e *TV Câmara*, estamos passando pela parabólica em outros Estados brasileiros, que podem nos acompanhar agora ao vivo e depois podem nos assistir nas reprises.

Um tema importante, estamos contribuindo não com todo o Estado de Mato Grosso, mas com todo o Brasil neste momento, trazendo esses temas, como já tratamos aqui, de saúde mental, de hanseníase, agora trazendo este tema importante, relevante, que é tuberculose.

Foram feitos mais de quinhentos convites, mas basicamente estamos vendo aqui profissionais ligados à área. É um tema que tem que interessar a toda população e não podemos nos cansar. Domingos, que está aqui representando o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, obrigado por ter vindo! Não podemos nos cansar de debater e conversar.

Estivemos com a Escola de Saúde Pública, na semana passada, conversando aqui na Assembleia Legislativa, por meio da Comissão de Saúde, para tentarmos o orçamento para voltarmos a ter as capacitações, voltarmos a ter novamente os cursos. Desde 2009, não temos mais as grandes capacitações, temos um número de profissionais e número de capacitações já feitas no passado, fantástico. Nós estamos tentando retomar essa parceria de aulas, educação a distância. Estamos conversando com a Escola de Saúde Pública, para tentar essa parceria orçamentária e também de ação, para podermos chegar aos municípios e conversarmos sobre diversas capacitações pelas equipes das estratégias Saúde da Família ou para outros profissionais que precisem.

É uma honra, eu agradeço imensamente, nós viemos aqui para ouvir a todos e a participação de todos é muito importante.

E caso haja alguém da plateia que queira interpelar o componente da mesa, poderá fazer previamente a inscrição com o nosso Cerimonial que estará aqui e, lógico, para perguntas estritamente sobre o assunto, solicitamos que seja o tema tuberculose, as estratégias, nos fixarmos no tema e teremos um tempo para a resposta.

Nós começaremos, existe uma inscrição da mesa.

Quero agradecer a toda a Secretaria de Saúde que está aqui do interior também, Mirassol d'Oeste.

Obrigado, Sandra, por ter vindo.

Vamos seguir aqui a inscrição que nos foi apresentada, mas está à disposição todos vocês para fazer, por meio do nosso Cerimonial.

Gostaria de convidar a Sr^a Lúcia da Costa Barros Dias, que é Técnica de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde, para começarmos as falas.

A SR^a LÚCIA DA COSTA BARROS DIAS – Boa tarde a todos e a todas!

Nós somos da área da tuberculose, da Secretaria Estadual de Saúde, e viemos apresentar alguns dados.

É uma doença, que sabemos, negligenciada, milenar, que está aí até hoje.

Eu gosto sempre de começar com o *slide* do Dr. Fiuza, que foi um estudioso da tuberculose, batalhador, que hoje não está mais entre nós, mas ele mostra especificamente que onde

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

tem um aglomerado de pessoas, isso coloca à exposição essas pessoas e faz esse fator de risco aumentar, porque nós não vivemos isolados, nós vivemos sempre em contato com outros. Então, em uma igreja, em uma balada, em uma escola, em qualquer lugar, tem um aglomerado de pessoas. Se tiver um tossidor ali tem uma pessoa transmitindo tuberculose. E ela só tem duas saídas ou ela cura ou ela vai a óbito. Ela pode abandonar várias vezes, durante o seu tratamento, mas uma hora, essa pessoa vai a óbito.

O objetivo geral do programa é reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da tuberculose. O objetivo específico da Vigilância Epidemiológica é aumentar essa detecção de casos novos. Assim também como aumentar a cura, diminuir o abandono e diminuir o quê? A multidroga à resistência, medicamentos que desde a década de 40 são usados até hoje no tratamento da tuberculose e que estão disponíveis a qualquer paciente nas unidades básicas de saúde.

Ela é um problema de saúde pública. Por isso, esta Audiência Pública hoje aqui. Por quê? Porque ela saiu das pautas dos gestores. Se você vir, tem apenas um gestor presente. Nós não temos outros gestores preocupados com essa doença no Estado, será?

Da academia: se um aluno passa durante o estágio e vê um caso de tuberculose. Ele viu. Se ele não viu, qual a sensibilização que ele teve para esse agravo? Como ele vai se portar depois de ter se formado e for à unidade básica e pensar em tuberculose?

Dos profissionais: o próprio profissional não dá muito importância para esse agravo. Às vezes, nas supervisões que fazemos aos municípios, nas unidades de saúde, a unidade desconhece o paciente que mora em frente à unidade básica de saúde em que se trabalha. E ele é a principal pessoa que recebe a maior carga dessa doença. Então, esse profissional de saúde também tem que ser sensibilizado para esse agravo.

Esquecida pela própria população, porque quando você fala de tuberculose, as pessoas ainda perguntam: “Existe essa doença ainda hoje nos nossos tempos?” Sim! Existe e ainda mata.

Ela é pauperizada, por quê? Porque está na classe mais baixa, com menor recurso financeiro, onde vive o maior número de pessoas em um único cômodo. E com o advento da AIDS e das multidrogas à resistência, aumentou-se muito mais os óbitos dessa doença.

Ações de controle em serviço especializado: os municípios do nosso Estado têm esse serviço especializado? Nós temos apenas uma referência hoje, que é o CERMAC.

A referência do Estado: a referência municipal teria que organizar o serviço para que tivesse pelo menos uma referência, para que esses casos de difícil diagnóstico, de diagnóstico diferencial, fossem para essas unidades especializadas e não tratados como qualquer outra doença que não teria suas vertentes.

Baixo valor agregado às ações de controle: por que baixo valor agregado? Porque hoje uma baciloscopia custa R\$4,50. Qual exame custa isso? Quanto custa um raios X? Quanto custa uma ressonância ou qualquer outro exame de maior complexidade?

Falta de compromisso profissional: voltamos aqui ao profissional de saúde. A atenção básica não pode ser desenvolvida só pelo enfermeiro. Ela é de uma equipe multiprofissional. Ou seja, desde o guarda que toma conta daquela unidade até o servente que limpa aquela unidade. Todos têm que ser sensibilizados. Não só o médico tem que pensar em tuberculose. A partir do momento em que chega qualquer tossidor à unidade de saúde, deve-se fazer aquela pergunta clássica: “há quanto tempo você está tossindo?”. Porque uma pessoa na fila tossindo, se ela tem mais de três semanas já tossindo, pode ser paciente com tuberculose. Como é que eu vou fazer? Medindo a baciloscopia dele.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

É um exame tão barato que está disponível em todos os municípios. Se ele não realiza, ele tem que comprar o serviço. Então, não tem como dizer que não conseguimos os nossos pacientes, porque é difícil o diagnóstico.

Panorama do Brasil hoje: a tuberculose ocupa o 20º lugar entre os trinta países da maior carga bacilar do mundo.

No ano de 2016 foram notificados 69 mil casos. Desses 69 mil casos, 4.500 foram a óbito. Doença que tem cura, que tem medicamento.

Primeira causa de óbito é a de pessoas vivendo com HIV/AIDS e a terceira causa de morte é por doenças infecciosas. Se tudo isso os gestores tiraram das suas pautas...

Quanto custa um paciente internado? Quanto custa trazer um paciente de Alta Floresta, multirresistente, à Cuiabá? A Secretária de Alta Floresta, da última vez que conversamos, reclamava que por mês gastava dez mil reais para trazer o paciente de lá até o CERMAC, que fica em Cuiabá, é um dia de viagem.

Mato Grosso é o oitavo Estado em casos novos no País, notificaram, no ano de 2016, 1.204 casos novos; no ano de 2015, foram 1.296 casos. Diminuiu? Não, não diminuiu. Por quê? Apresentaremos mais à frente alguns dados em que não temos esses dados para provar a diminuição de casos. A maioria é por demanda espontânea, ou seja, o paciente vai à unidade de saúde dizendo que ele pode ser um paciente de tuberculose, porque a equipe não desconfiou que era tuberculose.

Tendo Cuiabá como a oitava Capital do País em maior número de casos... No ano de 2014, Cuiabá foi a primeira Capital em número de casos. Por que caiu tanto assim? Se um paciente contamina em torno de dez a quinze pessoas, onde estão essas pessoas infectadas? Elas não desenvolveram a tuberculose? Quando será que se desenvolve a doença?

Baixada Cuiabana contempla 41,6% dos casos do Estado, sendo que em Cuiabá e Várzea Grande temos o maior número de casos, até por uma ser sede regional, que é Cuiabá, e por ser a metrópole também.

Os casos de multirresistência hoje já estão em 12 escritórios regionais, o Estado tem 16 escritórios regionais e nesses Municípios elencados dá um total de 87 pacientes multirresistentes. O que é isso? É o paciente resistente às drogas primárias do tratamento, que é rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, se um paciente contamina de dez a quinze pessoas, este também contamina, só que já com o bacilo multirresistente, ou seja, esse paciente não vai tratar por seis meses, terá várias complicações, reações adversas a medicamentos de segunda linha muito mais forte, sendo dois meses só de injetáveis.

A dificuldade que teremos com esses pacientes nossos... E esses pacientes, o Dr. Carlos Fernando deve falar depois, a maioria, ou melhor dizendo, 90% deles foram fabricados pelas nossas Unidades Básicas de Saúde. Eles não foram “ah, um contamina o outro”, não! Esses pacientes tiveram vários abandonos, chegando a até seis abandonos e hoje se tornaram multirresistentes.

O nosso primeiro caso morreu faz três anos. Ele foi diagnosticado no ano de 2000. No ano passado, descobrimos um caso multirresistente em Santa Helena, em nosso Nortão, ele era contato daquele paciente, eles tomavam chimarrão juntos. Em conversa, perguntando se ele conhecia alguém, o paciente dizia que conhecia aquele paciente.

E o nosso primeiro óbito de multirresistência foi de uma irmã de um Secretário de Saúde de um de nossos Municípios, porque ela não queria tomar o medicamento, guardava os medicamentos embaixo do colchão. A CS ia fazer TDO - Tratamento Diretamente Observado,

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

chegava a porta e perguntava se ela tinha tomado medicamento e ela dizia: “Ok, tomei”. Isso não é TDO. E TDO também não é só ver o paciente engolir o medicamento. TDO é ver as suas reações e as suas melhoras. É chegar e perguntar: “Você tomou o medicamento?” Não, isso não é TDO, mas se olharmos no sistema de informação, a maioria é TDO.

Próximo.

Os parâmetros de Indicadores. Esses indicadores são pactuados pelas gestões, porque são os Secretários de Saúde... Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. O que quer dizer isso? É o paciente que realizou baciloscopia e é comprovado que ele é um pulmonar positivo. São esses pacientes que temos que fazer a quebra de cadeia, porque são eles que transmitem a doença. O que é bom? Maior ou igual a 85%; regular: 75% a 84%; e ruim: 75%. Guardem esses números para vermos depois.

Proporção de realização de teste de HIV entre casos novos de todas as formas de tuberculose. Tuberculose não é o que mata paciente vivendo com HIV/AIDS? Então nós pactuamos: maior ou igual a 85%, bom; 70% a 84%, regular; menor que 70%, ruim.

Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial. Contato é aquele que mais próximo está do paciente. Com a nova mudança do manual, contato é toda e qualquer pessoa que o paciente tiver contato. Mas nós temos que ir atrás de quem? Com quem ele passa maior tempo? Quais são os prioritários? O tossidor. Está tossindo? Esse é o principal contato que temos que investigar. Também considerado bom: 70%; regular: 50% a 69%; ruim: menor que 50%.

Sintomático respiratório: todo tossidor há mais de três semanas. Nós temos uma planilha de medicamento em que os escritórios regionais por sua vez solicitam aos Municípios essa informação. O que seria interessante? É nós termos 100%, mas temos apenas duas regionais de saúde com 90%, que seria Cáceres e Alta Floresta, são as únicas regionais com 90%, o certo seria 100%.

Quem são esses sintomáticos respiratórios? É 1% da população, que é sintomático respiratório. Ah, uma população de cinquenta mil pessoas, cinquenta mil nós vamos ter que realizar... Cinquenta pessoas realizando baciloscopia, duas baciloscopias de diagnóstico, dariam cem exames ano, então não é muito coisa, é pouca coisa.

Série histórica de cura e abano dos casos novo de tuberculose, desde 2001, nós temos uma cura em torno de 70%, se você olhar em 2014, ela cai para 64%, 2013 e 2014; voltamos a 68%; e hoje, no ano de 2016, nós estamos com 67% de cura.

Por que eu falo hoje? Porque paciente que entrou em dezembro ainda está em tratamento até este mês de junho, então, há casos ainda que não terminaram o tratamento, que é de duração de seis meses.

Então, por isso estamos com uma cura de 67%, mas se você vê essa informação, está bem baixa, então essa cura não vai chegar a 70%. Se não estamos curando o que é pactuado: maior/igual a 85%, o que estamos fazendo? Fabricando multirresistentes. Isso é o que estamos fazendo, nós, enquanto atenção básica, nós enquanto servidor, nós, enquanto saúde pública.

Um abandono de 8% - e o que se pactua, que se considera adequado é menor que cinco. Mas se olharmos as transferências que não chegam a lugar nenhum... Porque se você transfere um paciente de Cuiabá para Várzea Grande, ele tem que chegar a Várzea Grande. E você vai ao sistema, nem no sistema ele está. Na unidade, piorou, ele não passou. Isso não é transferência, isso é abandono. “Ah! Mas eu transferi. Então, acabou o meu problema aqui. Eu fiz um papel e o paciente foi embora com aquele papel dizendo que foi transferido.” Eu não liguei para a unidade de saúde, eu

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

não liguei para a Vigilância, eu não liguei para ninguém para dizer: o paciente Sr. João de Deus transferiu de Cuiabá para Várzea Grande, mas lá não chegou. Vamos buscar esse paciente em Cuiabá. Ele deve estar em algum lugar, porque ele não terminou o tratamento dele. Essa seria a função da Vigilância, a função da Atenção Básica.

Coorte - casos novos de tuberculose pulmonar. A coorte sempre é de um ano atrás. Como a coorte é de 2016, o ano é 2015.

Se você olhar aqui, essa coorte sem confirmação, nós temos até hoje no sistema. Se nós temos no sistema sem informação, onde está esse paciente que tratou no ano de 2015? Por que ele não foi informado até hoje no sistema? E a nossa cura baixa desse jeito? Colíder é uma área indígena e Peixoto de Azevedo também, nós temos 09 casos novos, o senhor que está aqui representando DSEI, no total já tem... Caiapó já tem 15 casos novos, só este ano. Juara, 100%, Juara é um município pequeno, nós estamos conseguindo tratar os seus casos. Óbito, aqui nós viemos para o óbito, Juína teve 10% de óbito e quando nós vamos ver isso, quem são esses óbitos, são pacientes vivendo com HIV-AIDS.

Pontes e Lacerda, 5,9. Tem o sistema prisional lá de 400 e poucas pessoas. E a transferência aqui, 12,6%. Que transferência que é essa? O paciente não chegou a lugar nenhum! Quem são esses pacientes? Transferiu para onde?

E quando você pergunta e faz o questionamento para o município e para a unidade, ele fala: “Não, ele transferiu! Transferiu, acabou. Agora é com vocês.” Como, se nem eu sei para onde ele foi! Tinha que ser pelo menos informado para saber se realmente foi.

A proporção de HIV - se todo paciente de tuberculose tem que realizar o exame de HIV, isso já é uma nota técnica que saiu do Ministério no ano de 2009, por que até hoje não conseguimos isso? Por que não realizar, se existe o teste rápido do HIV? Existe o teste rápido que você pode fazer em qualquer unidade de saúde! Todos os enfermeiros ou qualquer pessoa de nível superior é treinada e capacitada para realizar isso. Por que não realizam isso? Por quê? O Estado está em 63%. E tem caso em andamento. Poxa, o teste é rápido! O resultado sai na hora! Por que é que esses escritórios regionais têm casos em andamento? A Baixada Cuiabana está com 11,5% em andamento.

A proporção de contato: maior ou igual a 85%. O total do Estado: 46,4%. Mas você sabe, você tem uma unidade básica de saúde que se chama PSF, que vai à casa do paciente, faz a visita domiciliar uma vez por semana. Será que não visitam esse paciente de tuberculose e não veem os seus contatos? Quem são esses pacientes que estão ficando doentes hoje? Era contato ou não era contato?

E, o pior, você ainda encontra, São Félix do Araguaia, zero contato. Uma área indígena enorme. Não dá para entender.

Colíder: 26,6%. Quantos casos um indígena tem de contato? Em média trinta pessoas. E aqui não está.

Esses dados foram para instigar um pouquinho quem vai falar, o que nós podemos discutir e o que nós podemos melhorar para ver se conseguimos, um dia, controlar essa doença que tem cura. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) - Agradecemos a Sr^a Lucia.

Antes de convidarmos o próximo inscrito, agradeço também a presença do Sr. Benedito Oscar Campos, Diretor de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Cuiabá e Coordenador de Vigilância de Doenças e Agravos de Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; o Sr. Juliano Silva Melo, Superintendente de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande;

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

a Sr^a Lidiane Cunha Siqueira, Coordenadora dos Programas Estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

Convido a Sr^a Simone Escudero Gutierrez, Técnica na Área da Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, para fazer uso da fala.

A SR^a SIMONE ESCUDERO GUTIERREZ - Boa tarde!

Eu sou Simone, trabalho na Vigilância Epidemiológica do Estado e no Município de Cuiabá também com as ações de tuberculose.

Coincidentemente ou não, têm uns vinte anos ou mais que trabalho com a doença. No Município de Várzea Grande, eu já atuei; no Município de Cuiabá, atuei em uma Unidade Básica; na Referência, em Várzea Grande; até que cheguei ao nível central, tanto do município quanto do Estado.

Nesses vinte anos de tuberculose, na área da tuberculose, nunca vi os dados da tuberculose tão ruins como estão agora. É uma situação mais que preocupante, é gravíssima. O mais preocupante ainda é que somos nós - eu me incluo nisso - que não damos a prioridade e talvez no desafio, como a própria Audiência diz, no desafio que temos para enfrentar esse agravo. Convocamos, convocamos, convocamos e essas ações não estão acontecendo, por isso que nós chegamos aqui para tentar transparecer isso tudo.

O Município de Cuiabá, como a própria Lucia disse, por ser a capital, lógico, é o município que tem o maior número de casos, representa hoje para o Estado, só o município, uma média de 35% dos casos de tuberculose do Estado de Mato Grosso.

Não precisamos ir longe para achar esses casos de tuberculose no Estado. Temos casos e ações a serem desenvolvidas, ações essas que nós, enquanto Unidade Básica, temos que nos colocar nesse lugar, porque são pacientes que deixam de ser diagnosticados, estão transmitindo a doença, estão passando para as outras pessoas, às vezes por desconhecimento da doença. Isso é grave e nós temos essa responsabilidade com isso.

O manual nosso, que o próprio Ministério preconiza, diz assim: que a porta de entrada do paciente de tuberculose, quer dizer, onde ele deve ser encontrado, é na atenção básica. É a atenção básica que tem que identificar esse paciente; identificar, diagnosticar, acompanhar, tratar e em uma eventualidade ele poderia chegar a uma rede hospitalar, a uma rede secundária e terciária.

Eu trouxe alguns dados que não sei se ficarão muito cansativos, porque são muitos números, mas são pertinentes já que esta é a oportunidade que estamos tendo.

Eu separei o Município de Cuiabá por regionais de saúde. O Município de Cuiabá é dividido por regionais de saúde: Norte, Sul, Leste e Oeste, além das unidades secundárias que são as policlínicas, UPAS, o SAI.

Temos algumas divisões de atenção à saúde no município. Aqui eu dividi por Regional de Saúde: regionais Norte, Sul, Leste e Oeste, e separei as unidades prisionais, bem como a rural, a secundária e os hospitais para entendermos o que está acontecendo com a tuberculose, por onde os pacientes estão chegando e onde está se perdendo já que a nossa conversa seria referente ao desafio, porque saber o que é a doença, como se trata, o medicamento, nós sabemos. Os profissionais de saúde quando o Carlos Fernando falar verão sobre isso. E sabem até o que é. O que, talvez, está faltando é uma estratégia de como conduzirmos isso tudo para o paciente ser identificado, diagnosticado, tratado e se curar. É isso que está faltando!

Eu frisei duas regionais que estão em destaque, que são a Sul e a Leste, que são as regionais que têm maior número de casos até pela população, população muito grande. Então, são regionais significativas para o agravo.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Temos as unidades secundárias e os hospitais que representam aqui... Só de hospital os pacientes têm... Uma média de 27% dos casos de Cuiabá a porta de entrada é o hospital. Então, eles estão passando pelo Pronto Socorro, Santa Helena, não sei mais o que e outros hospitais, três grandes hospitais que mais notificam casos. Isso demonstra um diagnóstico que está passando batido pelos profissionais de saúde da atenção básica. Será que não sabem o que é identificar um sintomático ou fechar o diagnóstico? Ou será que não está tendo esse acesso do paciente ao profissional? Isso é interessante, é importante.

Esses são alguns pacientes que passam pela unidade básica.

Aqui é referente aos contatos. Como a própria Sr^a Lúcia disse, um dos indicadores nossos são os contatos. Os contatos quem são? São aquelas pessoas que convivem com paciente doente de tuberculose. Esses são contatos. Agora, está definido pelo Programa Nacional que contato é toda pessoa, independente se é dentro de casa, na escola, no trabalho, enfim. É contato social e não só intradomiciliar, quer dizer, dentro da minha casa. Não é só mãe, pai, marido, filho. São todas as pessoas que convivem com esse paciente de tuberculose. Esses são contatos. Logicamente, temos todo infiltro para saber onde, quem são esses que vamos dar prioridade para examinarmos, convocarmos. Aí entra o nosso papel enquanto saúde, enquanto equipe de saúde da unidade.

E aqui temos da regional... No ano de 2015 o município examinou, apenas, 17,5% dos casos, dos contatos, aliás; ano passado, 13% uma média; e este ano 15%, lembrando que já estamos na metade do ano. Então, temos que correr muito atrás do prejuízo. Apenas da cobertura de PSF; apesar de várias outras situações, tem que correr, sim, atrás. Temos que mexer com a equipe para que ela veja a importância para não chegar à fala anterior, aos casos de multirresistência, de droga resistência que nós mesmos, profissionais de saúde, as equipes das unidades, sejam médico, enfermeiros, técnicos, SES, a população em geral, porque a doença está aí. Então, nós mesmos estamos nos colocando em risco, vamos dizer assim, e risco de contrair um bacilo já droga resistente, resistente aos medicamentos. Esse é o maior risco.

Aqui é a nossa Coorte. Quando a Lúcia disse que no Estado estamos com 67% de cura, Cuiabá, ainda, está – porque, ainda, está para fechar esse dado -... Mas não vamos conseguir chegar, porque estamos com menos 50% de cura.

O Professor Fiuza - que é quem ela citou, é nossa referência, trabalhou muito tempo conosco - era referência do Hospital Clemente Ferreira, em São Paulo, e dizia isso: quando fazemos menos de 50% de cura é melhor não dispensar medicamento, porque estamos criando pacientes resistentes. Então, para, fecha e vamos ver o que está acontecendo.

Eu acho que aqui é o desafio que estamos propondo. O Município de Cuiabá, bem como Várzea Grande, que são os dois que estão muito ligados, eles têm que parar e ver o que está acontecendo. O que vamos fazer? Porque não é só ensinar o profissional médico, enfermeiro, reuniões, reuniões e reuniões. Vamos criar estratégia para que a coisa aconteça, porque são 50% de cura; 13%, ainda, sem informação.

Pode haver problemas com o sistema de informação? Com certeza, tem! Eu trabalho mais diretamente com o sistema de informação. Com certeza tem, mas não é só essa desculpa - vamos dizer assim - que tínhamos que utilizar.

Olhem a nossa transferência de Cuiabá: 17% de transferência. Será que essa transferência não chega mesmo a lugar nenhum? Será que não chegou, realmente, a lugar nenhum esse paciente? Se esses 17 forem abandono, aí sim... Com 15% de abandono nós estamos. Olhem! Eu me esqueci de pintá-lo de vermelhinho: 15% de abandono. E qual é a nossa meta? Acima de 85 é o preconizado, sendo que o município no ano anterior pactuou por meio da nossa série histórica e

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

tudo mais nós orientamos que não teríamos condições nunca de pactuar 85. Foram pactuados menos, 75%, mesmo assim não estamos conseguindo. Então, não adianta reduzirmos a meta do município. Temos que correr atrás. Eu acho que é isso que nós...

Quanto ao abandono, não existe meta. É o abandono aceitável, menos que cinco.

Esse é em relação à realização do teste de HIV: 39,4 ano passado e 37,4, lembrando sempre o grande número de óbitos que temos. Cuiabá está com uma média de 2,5 de óbito ao ano, 2,5% de óbito. É alto! É alto! Os pacientes estão morrendo por tuberculose. Lógico, tem coinfeção associada? Pode até ser que seja, mas nós não temos esse dado para afirmar se realmente é, porque se tivéssemos os pacientes testados, fazendo o teste do HIV, poderíamos afirmar: não, não é óbito por tuberculose, mas é um coinfeção que está matando paciente nosso.

Esse, também, é em relação à cultura. É baixíssimo o nosso percentual de cultura: 7% ano passado e 6% este ano, ainda. Então, assim, baixíssimo, baixíssimo. Lembrando que aqui só pequei os casos de retratamento. O que são retratamentos? São os pacientes que já trataram alguma vez na vida de tuberculose, curaram e retornaram, agora, novamente para tratamento. Então, isso já está preconizado há muito tempo. Quando ele reinicia o tratamento, deve ser solicitado o exame de cultura.

E para os casos de abandono. Abandonou, quando a unidade conseguir resgatar o paciente, também, reinicia solicitando o exame de cultura. Então, para essas situações, baixíssimas nossas solicitações, baixo mesmo.

Aqui em relação ao tratamento diretamente observado. Ele esclarece, na verdade, a nossa cura que é baixa, porque se tivéssemos uma taxa de tratamento diretamente observado numa meta alcançada em uma meta alcançável, que seria pelo menos 75%, nós não teríamos a cura com esse valor de 50. Por quê? O paciente, como ela mesma disse na fala anterior, diretamente observado é aquele onde o profissional de saúde ou alguém com que ele delegue, ele vai supervisionar a tomada diária do medicamento, ele vai acompanhar esse paciente diário, seja o ASS, o profissional da unidade, um padrinho, alguém que a unidade vai delegar.

Se nós tivéssemos esse indicador que foi 17% ano passado e 7% este ano, nós não teríamos a cura de menos de 50%, porque, supostamente, se acompanhamos o paciente, o risco é menor de o paciente abandonar.

Aqui é o teste rápido molecular, que eu trouxe só para reforçar. Não existe o programa de tuberculose sem o laboratório. O carro-chefe para nós do Programa é o laboratório; é o que fecha o diagnóstico; é o que acompanha o tratamento; é o que diz que aquele paciente está, realmente, sendo acompanhado adequadamente, tomando remédio regular. Então, não existe sem o laboratório.

Nós sempre comentamos em várias reuniões que os três pontos chaves do programa são: a atenção básica, a vigilância e o laboratório. As outras ações se mesclam ali, mas são os três pontos chaves.

O laboratório, vejam bem, de 386 pacientes que tivemos, casos novos, 238 não fizeram o teste rápido. Quer dizer, 61% deles não fizeram. Pode ser por falta de registro? Pode ser por desconhecimento? Nós não sabemos, porque isso já vem acontecendo, se não me engano, desde 2014. A máquina do teste rápido já está em Cuiabá e em Várzea Grande. São as duas máquinas que o Estado recebeu pelo Ministério da Saúde como doação e foi cedida para Cuiabá e Várzea Grande. Baixíssimo, 61% não fizeram o teste rápido.

Pode passar.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Aqui é em relação aos pacientes nossos de tuberculose que tem HIV positivo e fazem uso do tratamento antirretroviral. Quer dizer, eles tratam do paciente já como AIDS e ele acabou desenvolvendo tuberculose.

Tuberculose é a primeira doença que é com infecção para ser desenvolvida no paciente de AIDS. Então, nós deveríamos ter essa importância tamanha para o programa de AIDS como eles também tem para nós.

Olha aqui, 9% apenas dos nossos pacientes, no ano passado, que eram pacientes de tuberculose, que eram HIV positivo, só que trataram com antirretroviral.

Este ano deu um boom, uma boa melhorada, mas ainda deixa a desejar.

Aqui é em relação a um indicador novo que foi colocado na nossa ficha de investigação, que é em relação a recebimento de beneficiário do Governo, porque se entendia há um tempo que os nossos pacientes eram apenas pobres, sem dinheiro, desempregado, de rua, índio, preso. É uma incidência altíssima nessa população, mas não são só esses os pacientes. Temos hoje pacientes, até porque a doença, o bacilo não escolhe por setor, por camada social, por bairro, por nada, ele, simplesmente, tem aquele determinado ambiente que é benefício para ele.

Então, se você está em um ambiente que tenha alguém doente, que não está tratando, essa pessoa corre risco, sim, de transmitir para as demais. Isso independe onde está.

Temos setores que tem maior incidência, população indígena, população prisional, privada de liberdade, os moradores de rua, população em situação de rua, paciente nosso de HIV, AIDS. Eles têm uma incidência um pouco maior? Tem, mas não justifica com que esse indicador também não tivesse sido preenchido. Ele não está nos demonstrando nada em relação a Cuiabá, não.

Só para reforçar o que já fui falando, regional Sul e Leste são onde mais chamam a nossa atenção em Cuiabá, não deixando de levar em consideração as outras regionais, é claro, mas a regional Sul e Leste merece uma atenção para ontem nessas regionais. Temos que criar estratégias, principalmente, para essas duas regionais. Uma média de 27% dos nossos casos de Cuiabá é notificada. Porta de entrada são os hospitais.

Então, justifica em algum momento quando temos muitas transferências, também justifica, porque eles internam, transferem e não sabem para onde chegam. É uma deficiência nossa.

PPL é População Privada de Liberdade. Para o Município de Cuiabá apresenta hoje uma média de 11%. Temos em relação ao Estado, apesar de o Estado ter outras unidades prisionais, seja presídio, cadeia, centro de ressocialização, enfim, mas só Cuiabá tem as três unidades maiores do Estado. Então, justificaria aqui, mas também merece esse olhar diferenciado.

Por isso, talvez, intensificar aquele plano do GT municipal de implantação específico para o Município de Cuiabá, que seria uma estratégia, porque já tem um plano estadual para a população privada de liberdade, que é do Estado. Então agora a proposta mais recente foi o plano municipal. Quer dizer, onde estaríamos vendo a própria casa, as próprias ações, o laboratório nosso, a vigilância nossa, o que é do Município de Cuiabá, os fluxos, documentos, enfim...

Aqui eu reforcei a baixa solicitação dos exames: TRM TB-Teste Rápido Molecular para Tuberculose; a baciloscopia de escarro, que é o exame do catarro propriamente dito, é o exame simples, barato e de fácil acesso, o resultado, às vezes, pode até demorar um pouco, dependendo de alguma outra situação operacional nossa enquanto laboratório. São os dois exames carros-chefes para o programa, além da cultura, que é o que priorizamos, entre aspas, os casos de retratamento.

Mas nós estamos, ainda, em relação à cultura sobre a implantação do teste e jogar a cultura para o Município de Cuiabá e alguns outros municípios do Estado, que já está, inclusive, realizando. Não é, Dilma?

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

E aqui eu reforcei: indicadores pactuados com confirmação laboratorial. Lembrando isso, porque, às vezes, os gestores quando participam, enquanto SES, no mesmo município: “Ah, mas nós temos muito mais casos que isso. A nossa cura não é só isso”. Enfim, lembrando sempre que trabalhamos com casos novos, com pacientes que deram resultados positivos. Esse é o ponto chave do nosso indicador. E 10% desses casos de tuberculose hoje são HIV positivo.

Então, provavelmente, aquele óbito nosso teria a ver com o HIV positivo. Mas nós não podemos afirmar por conta do teste de HIV que não está sendo realizado. Nós estimamos que seja por conta desse alto número de caso.

E aqui é só para lembrar o que ela também já passou, que é o indicador, que é cura, HIV e os contados. São os três grandes indicadores pactuados por todos os gestores dos municípios. O município pactua com o Estado, o Estado com o Ministério, então é uma série.

E aqui os desafios. Quando o Ministério lançou essa Campanha “Juntos pelo Fim da Tuberculose” seria juntos, não juntos apenas uma palavra, mas juntos todos, não só a saúde, eu acredito, o Conselho Regional de Enfermagem, as universidades, o COSEMS.

Nós nos fizemos presentes este ano, no dia 24 de março, no Dia Mundial de Combate à Tuberculose e não fizemos, praticamente, nada em termos para a população em geral. Então, passou como uma data em branco, mas ela é grave, é uma situação grave.

Por conta disso que solicitamos – a Dr^a Elza nos ajudou bastante nesse sentido - para ver o que podemos fazer juntos, realmente, para, talvez, não digo pelo fim, mas controlar a doença, principalmente em Cuiabá e Várzea Grande, que é o que impacta o Estado.

Era isso. Obrigada. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Agradecemos a Sr^a Simone Gutierrez.

Convido o Dr. Carlos Fernando Garcia, que é médico pneumologista do CERMAC, para fazer sua apresentação.

Estamos aguardando as inscrições da plateia por meio do nosso cerimonial. Podem ficar a vontade.

O SR. CARLOS FERNANDO GARCIA – Boa tarde a todos!

Agradeço o convite do Deputado Dr. Leonardo, colega médico.

Cumprimento todas as autoridades da mesa e todos que vão assistir esta apresentação.

Eu sou médico pneumologista, meu nome é Carlos Fernando Garcia.

Tuberculose é uma doença infectocontagiosa, foi descoberta em 1882 pelo patologista Robert Cock, um alemão.

A doença se transmite pelo paciente bacilífero que tosse, elimina o bacilo por meio da tosse e do espiro, o bacilo vai ficar suspenso no ambiente, as pessoas que estão próximas dele inalam o bacilo e acabam se contaminando, contraindo.

O diagnóstico é feito pela baciloscopia, só que a sensibilidade desse exame, que é a pesquisa direta do bacilo, por meio do microscópio, é baixa e cerca de 40% de pacientes que têm tuberculose podem ter a baciloscopia negativa. Temos outros meios de diagnóstico como a cultura de escarro, no caso do LACEM é feito por meio de cultura Lowenstein-Jensen, mas é demorado, pode demorar cerca de 30 até 60 dias.

Recentemente temos um novo teste também de diagnóstico, que é o teste molecular rápido feito pelo GeneXPert, seu resultado é de 2 horas, ele amplifica o material genético e consegue identificar o bacilo da tuberculose e identifica também uma mutação de gene. Se ele encontrar essa mutação, esse bacilo será resistente à rifampicina.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Esse slide mostra o processo: um potinho, o paciente elimina a secreção, o catarro e vai para a máquina - parece um cartuchinho de impressora - e ela faz a leitura.

Essa é a interpretação - eu não vou entrar em detalhes -, mas ele consegue fazer o diagnóstico apenas da microbactéria tuberculosa.

As microbactérias não tuberculosas ele vai dar como resultado negativo.

Nós temos a tuberculose causada por microbactéria e temos outras cepas que causam as microbactérias não tuberculosas. Nesse caso, não se consegue identificar.

Então, o paciente pode ter um escarro positivo, um BR positivo, daí ele faz o GeneXPert, se o GeneXPert der negativo, tem que suspeitar de ser uma cepa que não seja microbactéria tuberculosa.

A primeira droga que surgiu para tratar a tuberculose foi a estreptomina, descoberta em 1943.

Os trabalhos mostraram que houve uma melhora da sobrevivência naquele grupo de pacientes que estavam recebendo a estreptomina, comparado com o grupo controle de pacientes que não recebiam, só que na monoterapia, porque o tratamento inicial foi só com estreptomina, há uma falha no tratamento. O bacilo da tuberculose tem capacidade de sofrer mutações e com o tempo, com o passar dos meses, surgiram cepas resistentes à estreptomina e não conseguiu curar a doença. Depois foram descobertas novas drogas - eu vou mostrar o surgimento do bacilo resistente, que é a capacidade do bacilo de sofrer mutação -, surgiram novas drogas, como a rifampicina e a isoniazida, que são as drogas mais potentes contra o bacilo da tuberculose, e se iniciou o tratamento com a associação desses medicamentos para evitar o surgimento de cepas resistentes. O tratamento tem que ser longo, de seis meses ou mais.

Esse é um raios X que mostra um comprometimento bilateral do pulmão, dos membros superiores.

Vamos falar agora da resistência, do surgimento da tuberculose multirresistente.

A resistente pode ser natural, quando o bacilo sofre a mutação.

A resistência primária é aquela resistência em que o doente, que é portador do bacilo já resistente, transmite para outro, mas a principal forma de surgimento da resistência é resistência adquirida, quando o paciente abandona o tratamento. Ele tem o bacilo que é sensível, mas interrompe o tratamento, acaba fazendo uma seleção dos bacilos e ocorre a resistência.

Uma das principais causas de resistência adquirida é o uso irregular do esquema terapêutico, como eu já falei, ou esquemas inadequados, quando o paciente usa medicamentos que não vão levar à cura.

Então, a definição da tuberculose multirresistente é o bacilo resistente à rifampicina e isoniazida, que são as duas, que são as duas principais drogas. O carro chefe do tratamento da tuberculose é o XDR, que é uma resistência superior a essa. No caso, quando o bacilo é resistente à rifampicina, isoniazida, mais uma fluoroquinolona e há uma droga injetável, no caso, amikacina, kanamicina e capreomicina... A XDR quando o bacilo é resistente a quatro drogas...

Aqui são trabalhos que tirei, são artigos publicados mostrando que o principal fator de risco para o surgimento de paciente com multirresistência, com tuberculose multirresistente, é o abandono.

Têm outros fatores associados, como o alcoolismo, tabagismo, os pacientes usuários de drogas, mas são fatores associados. Geralmente quem mais abandona o tratamento são os pacientes alcoólatras, dependentes e usuários de drogas.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Esses pacientes chegam ao CERMAC, no serviço de pneumologia do CERMAC, demoram para chegar e quando chegam, chegam graves, geralmente chegam com comprometimento bilateral que é de acordo com o que mostram os trabalhos que coloquei. Geralmente, na maioria das vezes, esses pacientes que abandonam, ficam mais graves, a tuberculose que era em um pulmão, passa para o outro e o paciente fica com comprometimento bilateral com várias cavitações.

O CERMAC é um Centro de Referência de Média e Alta Complexidade, pertence à Secretaria de Saúde do Estado, as atribuições dele são: auxiliar o diagnóstico e tratar os casos de tuberculose multirresistente, XDR, micobactéria não tuberculosa e casos em que há intoxicação pelo uso dos medicamentos, como: intoxicações mais graves, quando ocorre, por exemplo, hepatopatia.

Todo paciente que é encaminhado para lá e tem esse perfil, temos que preencher um SITETB - Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose, nós preenchemos toda essa ficha. Esse site se comunica com o Instituto Hélio Fraga, no Rio de Janeiro, que monitoriza o tratamento desses pacientes.

Aqui é só um exemplo, são várias abas que temos que preencher, é bem detalhado, temos que preencher toda a anamnese, endereço, comunicantes, é bem detalhado o que temos que preencher. Colocar os resultados dos exames, raios X, tomografia, resultado da baciloscopia, a cultura e até a sensibilidade. E nós enviamos para eles, eles tem que validar para eles mandarem os medicamentos a Cuiabá para nós distribuímos. É assim que funciona. Então, se estiver faltando um exame, um número de SINAM – Sistema Nacional de Atendimento Médico, eles não validam. Tem que ser bem minucioso mesmo o trabalho, nós temos que ser bastante criteriosos, nós temos que preencher tudo, todos os requisitos.

Esses são números que eu tirei do SITETB de 2000 até 2017 em que houve um total de cinquenta e quatro pacientes que fizeram tratamento para multirresistência. Quarenta e dois conseguiram completar o tratamento e conseguiram se curar, que deu uma porcentagem de setenta e sete, quase setenta e oito por cento. Nove evoluíram para óbito, foram em torno de dezesseis por cento; houve dois abandonos e uma falência, esse paciente evoluiu para forma XDR.

Isso eu coloquei como um exemplo de tratamento da tuberculose multirresistente, no caso o paciente estava usando a capreomicina, etambutol, levotiroxina e pirazinamida. Para vocês verem, são quatro medicamentos, não é?

O CERMAC também recebe esses pacientes, são pacientes com micobactérias não tuberculose. Então, eu de tuberculose multirresistente... Agora, rapidamente só para mostrar que também tem paciente com NNT, são pacientes com bacilos que são parentes da tuberculose, mas o tratamento é diferente, a transmissão também é diferente, ele não se transmite de uma pessoa para outra, as micobactérias não tuberculosas, mas suas incidências estão aumentando também.

Então, aqui a prevalência: o mais prevalente *Mycobacterium avium*, bastante relacionado a pacientes portadores de HIV, a micobactéria é um *abscessos*, esse tipo de micobactéria dificilmente cura, então, não tem cura para esse paciente, esse paciente fica tomando medicamento a vida inteira. Há outros que são mais raros, mas já apareceu também, *fortuitum*, *terrae*, *simae*...

Os desafios para o CERMAC, que é o órgão que executa, responsável pelo tratamento secundário da tuberculose, é que funcionamos no ambiente não completo, nós não tínhamos hospital, nós não estamos junto com hospital.

Então, os nossos desafios: consegui broncoscopia, biopsia; nós teríamos que ter uma equipe para nós compactuarmos. Quando nós pedimos um exame, o paciente cai na rede do

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

SUS, às vezes ele demora para fazer o exame, ele consegue fazer o exame, só que quando volta, geralmente ele faz a broncoscopia com lavado, mas deixam de fazer a biopsia.

O laboratório, no caso de cultura genotipagem, era demorado e tem GeneXPert, só que também temos um pouco de dificuldade para conseguir, o certo era termos um aparelho desses disponível no CERMAC. Ajudaria bastante também um leito hospitalar de referência para a internação desses pacientes com microbactéria não tuberculosa, principalmente quando o paciente está mais grave ou ele está em fase terminal, está muito debilitado, está desnutrido, nós não temos um leito hospitalar para internar esses pacientes.

Aqui em Mato Grosso não há um hospital que tenha infraestrutura para receber esses pacientes. Esses pacientes transmitem... O paciente com tuberculose multirresistente é transmissor da doença, então teria que ter filtro HEPA, pressão negativa, e para isso precisa-se de investimentos.

Necessidade de redimensionamento, assim, o Estado tem, se eu não me engano, três ou quatro pneumologistas, mas lá no CERMAC só há apenas eu trabalhando, poderia ter mais médicos lá: pneumologistas e infectologistas.

E, por último, a implementação da Rede de Atenção à Saúde Estadual, é assim: os pacientes já chegam ao CERMAC tardiamente. Eles abandonaram... Quando eles chegam, chegam graves com comprometimento bilateral. Nós não temos a informação, os dados de quantos pacientes abandonaram, quais os pacientes que moram no interior ou aqui em Cuiabá e Várzea Grande. E quando eles chegam até nós, já chegam com um história de abandono de 1 ou 2 anos atrás e graves já com comprometimento bilateral do pulmão.

Aqui é o símbolo “Juntos pelo fim da Tuberculose”. Aí tem o telefone do CERMAC e o e-mail.

Muito obrigado. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Agradeço o Dr. Carlos Fernando e já convidar o Dr. Ércio de Arruda Lins, Diretor do Departamento de Atenção à Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

O SR. ÉRCIO DE ARRUDA LINS – Boa tarde a todos.

Meu nome é Ércio, sou Diretor de Atenção à Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

Deputado Dr. Leonardo, obrigado pelo convite, em nome de Vossa Excelência, cumprimento todos os presentes, em especial o pessoal do dispositivo.

Ainda que o Deputado Dr. Leonardo tenha recomendado para que focássemos na tuberculose, eu vou pedir licença e vou falar um assunto que uma técnica nossa vai debater lá no Senado, na próxima semana, que é a discriminação em relação aos povos indígenas. Eu vou falar antes disso, depois eu entro especificamente em relação à tuberculose.

Por favor, o *slide*.

Nós temos 817.000 indígenas no Brasil, segundo o censo do IBGE, mas esse número 817.000... O censo é feito a partir de declaração, eu declaro que sou negro, eu declaro que sou índio. E aqui estão todas as pessoas que declararam.

Para o próximo censo, nós sentamos com o IBGE, na semana retrasada, e vamos alterar alguns tópicos do censo. Por exemplo: perguntar qual é a cor do índio ou qual é a raça do índio. Algo que não caberia dentro de um censo nacional, incluindo os indígenas.

Nós temos em população aldeada, 654.000 pessoas.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

A SESAI, que é a Secretaria Especial de Saúde Indígena, é um subsistema dentro do sistema SUS, ela cuida exclusivamente de índios aldeados, ela não cuida de índios na cidade. E nós estamos com uma dificuldade, porque nós temos vários índios em cidades e que buscam a SESAI para eventualmente serem atendidos, mas os índios da cidade são atendidos pelo Município e pelo Estado, até porque já foi computado no *per capita* do SUS.

Nós estamos com um “problemaço” agora em Roraima, em Manaus, os índios que vieram da Venezuela em face dos problemas políticos que estão ocorrendo na Venezuela estão acampados em Manaus. Chamaram a SESAI para poder trabalhar, mas os índios estão na cidade. E a nossa estrutura, o nosso modelo não foi pensado para cidade.

Nós trabalhamos com esta população.

(O ORADOR APONTA PARA O *SLIDE*.)

O SR. ÉRCIO DE ARRUDA LINS – São cerca de 243 povos que falam mais de 180 línguas presentes em todo os Estados e no Distrito Federal; 438 Municípios: 11% de médio porte, acima de 80 mil habitantes; e 50% de pequeno porte. Vivem em 611 terras indígenas: 64% estão regularizadas; 18% estão em estudo. Moram em 4.700 aldeias.

Dei uma entrevista aqui fora e dizia da dificuldade que temos em relação à logística, temos aldeias em que a nossa equipe, para chegar, leva doze dias, tenho médico cubano na equipe e um médico cubano é quinze, quinze, quando ele chega à aldeia tem que voltar. Temos essas dificuldades.

Passa para o próximo *slide*, por favor.

Tenho essa portaria, a 254, derivada da Lei Arouca, que é derivada da Constituição, que ampara o subsistema como um todo.

Em relação aqui, pararei neste *slide* e farei uma reflexão com os senhores; as pessoas me perguntam: por que tem que haver um subsistema para cuidar especificamente do índio? Tenho um amigo, com um espectro político à direita, que disse: “Vocês criaram a UNIMED para os índios ou algo parecido?”, isto é preconceito.

Você lá no seu bairro, você lá na sua cidade, que nada mais é do que a sua aldeia, quer serviço na sua aldeia, quer que tenha caminhão de lixo, quer que tenha posto de saúde, quer que tenha escola, quer que tenha creche. Por que para os índios não pode? Qual a diferença entre você e um indígena? Ele é tão brasileiro quanto qualquer um de nós. Eles devem ser atendidos, porque são cidadãos brasileiros tanto quanto qualquer um de nós. E a Constituição não faz nenhuma distinção de atendimento, diz que saúde é obrigação e dever do Estado.

Estava no DSEI de kayapó, em Colíder. É estranho voltar, sou cuiabano, a minha cidade. Voltei, é estranho, porque voltamos para casa, mas com um olhar diferente. Fui ao DSEI de Kayapó, em Colíder, 62 indígenas reunidos comigo, as mulheres pintadas e com facões na mão, eles conversam contigo com uma distância não segura de seu nariz, cerca de dois centímetros apenas. Ela conversando e o pessoal... Megaron, não sei se ouviram falar, é um líder indígena famoso, ele disse a mim: “Vocês sabem por que têm cuidar de nós, da saúde?” Eu estava com a ideia de Estado brasileiro e não sei o quê... E ele virou e disse: “Vocês têm que cuidar de nós, porque nós estávamos quietinhos lá no mato, quietos lá no canto, tínhamos nossas doenças, sabíamos tratar de nossas doenças com remédios caseiros, com pajelança, enfim, e vocês foram lá; foram vocês que levaram coisas que nós não conhecemos; foram vocês que levaram a AIDS, a tuberculose, a obesidade para nós, e é por isso que vocês têm que nos tratar.”

Naquele momento, eu compreendi que, em verdade, sob o ponto de vista jurídico, nós temos uma responsabilidade civil de tratamento dos índios, porque efetivamente nós é que

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

fomos fazer o contato e nós é que levamos doenças que eles não tinham. Portanto, o subsistema de saúde indígena deve existir, no mínimo, pela responsabilidade civil que esse País tem com a comunidade indígena.

Feito o esclarecimento, eu gostaria do próximo slide, por favor.

Eu vou pedir desculpas, porque talvez haja alguns probleminhas nos slides. Eu estive em Brasília, é lá você mais reúne do que trabalha. E ontem eu tive sete reuniões, sem almoçar, tocando reto. Eu tenho o hábito de chegar cedo ao Ministério, e em Brasília nada funciona antes das 9h, mas, como um bom cuiabano, eu madrugou, eu chego cedo ao Ministério, por volta das 07h30min, 08h. Com a minha equipe, eu marco cedo, e eles estão estranhando um pouco, porque eu marco reunião cedo. Eu gostaria de marcar às 07h da manhã, mas aí é querer demais em Brasília, porque às 07h em Brasília não funciona. Se quiser assaltar alguma casa em Brasília, às 07h é um bom horário - desculpem - os órgãos públicos, é um bom horário. E de sete reuniões, na pressa, quase perdi o avião, fui o último a entrar no avião, eu acabei esquecendo o meu pen drive, esquecendo os meus cartões. E eu tive que receber por e-mail uma versão que não é a versão efetivamente que trabalhei para vocês. Está certo? Peço desculpas antecipadas.

Por favor, passem.

Quais são os objetivos? Contribuir para a resposta do Brasil - já estou falando agora sobre a tuberculose especificamente - ao controle da tuberculose: reduzir a incidência, alcançar a cura de 85% e diminuir a mortalidade. Essa diminuição da imortalidade, o índice que se busca é de 2%. Objetivos específicos: diagnosticar e tratar adequadamente; interromper a cadeia de transmissão da TB; implementar a vigilância epidemiológica da TB.

Por favor, o próximo *slide!*

As competências que nós temos é coordenar o controle da tuberculose da população indígena adstrita aos DSEI. Os DSEI são distritos sanitários especiais indígenas, são 34 distritos no Brasil. Mato Grosso tem cinco distritos. Os distritos não obedecem à divisão geográfica de município ou Estado, eles obedecem a uma divisão geográfica de população indígena.

Esses dias, foi interessante, eu estava reunido com a Prefeita de Sinop, Prefeita Rosana. Eu fui conversar com ela sobre o atendimento ao indígena que tinha sido interrompido. E ela me disse: “Ércio, mas eu não tenho nenhum índio.” Eu falei assim: “O índio não sabe disso, que a senhora não tem nenhum índio, não funciona assim.”

Participar da formulação de políticas públicas para o controle da tuberculose na população indígena e desenvolver atividades em conjunto com os DSEIs e demais instituições parceiras. Em verdade, o que eu notei lá no Ministério é que nós, na Secretaria Especial de Saúde Indígena, estávamos reproduzindo um Ministério dentro da Secretaria e eu não preciso fazer isso. Eu tenho outras Secretarias que cuidam disso, da população em geral no Ministério. Eu preciso emparceirar com essas outras Secretarias, e é isso que nós estamos fazendo.

Eu reuni, por exemplo, esses dias, com uma coordenadora que trata de IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis, e ela disse para mim: “Ércio, pelo amor de Deus, emparceira conosco.” Por exemplo, AIDS, esqueça... Os ianomâmis não têm AIDS, quem têm AIDS são os Xavantes, vamos acertar aqui o passo.

Lá dentro, nós precisamos irmanar com outras Secretarias. Eu até brinquei com ela, dizendo que parece que a SESAI-Secretaria Especial de Saúde, dentro do Ministério, de vez em quando, parece índio isolado, necessitando de contatos.

Então, nós estamos fazendo essa interface com as outras Secretarias do próprio Ministério.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Tudo o que se fala em indígena... Eu tenho a resolução 69, quando vou fazer qualquer política pública em relação aos indígenas, eu não tenho como, por convenção internacional, fazer sem ouvir os indígenas. Eu não posso impor nada aos indígenas, eu tenho que ouvi-los, portanto, eu tenho aquilo que se chama de controle social. Eu tenho os condizes, então, eu tenho os conselhos indígenas, e eu tenho que ouvi-los.

Recentemente, nós tivemos uma experiência ímpar, existem no Acampamento Terra Livre, cerca de cinco, seis mil índios, lá em Brasília. Você imagina ali, no eixo monumental, cinco, seis mil índios, é o caso que deu aquele quebra-quebra, lá no Ministério todo, e aí vai um monte de artistas e faz... Se vocês quiserem ver artista, nesse período, eles estão todos lá fazendo discurso para os índios.

Pois, muito bem, um pouquinho antes do ATL-Acampamento Terra Livre, nós ousamos chamar as mulheres indígenas. E vieram 34 mulheres indígenas para conversar sobre saúde, porque gostaríamos de conversar com elas. E é muito interessante, porque isto causa certo desconforto em relação aos indígenas, porque, de modo geral, o índio é um pouco machista, e eles ficam assim: até que ponto podem empoderar a mulher indígena? Portanto, eles são muito parecidos com a nossa sociedade nesse aspecto.

E nós ouvimos, então, as mulheres indígenas, e levamos as propostas aos conselhos.

Temos o Programa Nacional de Controle de Tuberculose, os Programas Estaduais e Municipais de Controle de Tuberculose, o Laboratório Central de Fronteiras e Municipal de Saúde e Instituições que atuam em Programas Sociais para o próprio indígena. Temos um mix, assim, de parceiros e nós precisamos efetivamente emparceirar. O nosso modelo ainda precisa ser repensado. Eu sou um defensor intransigente do subsistema, porém, acredito que o modelo poderia ser repensado.

Nós temos uma parceria com a OPAS-Organização Panamericana de Saúde, e nós podemos pedir produtos para ela. Eu estava pensando em pedir um produto, que é o seguinte: o subsistema está funcionando? E ontem eu perguntei a minha equipe: nós estamos preparados para receber a informação de que não está funcionando? Então, nós temos que eventualmente nos conscientizar que precisamos melhorar.

Muda, por favor.

Aqui eu tenho os critérios de seleção com eficiência de incidência. Como a população indígena é menor, na hora de fazer cálculos, eventualmente, há uma diferenciação, senão os números se perdem quando eu vou comparar com toda a população brasileira. Eu tenho a incidência de baciloscopia de escarro positivo; maior que 4% dos sintomas respiratórios esperados... Dificuldades de monitorar informações e dados.

Esse talvez seja o nosso grande gargalo. Depois que eu ouvi a palestra, estou achando que também tem aqui uma dificuldade por obtenção de dados.

Nós temos uma dificuldade violentíssima. Nós temos um programa chamado SIASI, que é de 1999, está na versão 4.0, eu trabalho com o sistema e 33 planilhas. Cada DSEI alimenta 33 planilhas e mais o sistema. E meus dados, os melhorzinhos que eu tenho qualificados são de 2012. Então, realmente, é complicado fazer política pública quando você tem certa dificuldade.

O sistema, por exemplo, em relação às mulheres, no caso do monitoramento da gravidez, é o DUM, a data da última menstruação. Nossa senhora, para conseguir isso em indígena é um Deus nos acuda. Como se fosse a coisa mais fácil do mundo conseguir do indígena, lá da

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Yanomami, em São Gabriel d'Oeste, da Cabeça do Cachorro, perguntar... Sempre que tem a gravidez ou a primeira menstruação, muitas vezes, a índia vai para dentro do mato e fica por três meses enfiada ou, senão, ela entra em uma redoma, porque tem que ficar tanto tempo sem contato com outras pessoas. E aí estávamos, eventualmente, olha: tem muito bebê prematuro. Não é que tem muito bebê prematuro. É que, realmente, demoramos um pouquinho para colocar ali dentro. Então, temos certa dificuldade em relação a dados.

A mortalidade infantil, por exemplo, estamos trabalhando. Os dados são de 2012 os mais qualificados: os Yanomamis, 143%, a mortalidade infantil dos Yanomamis. É um número estratosférico, mas faz horas que baixou. Já está em 65%. Então, de 2012 para cá mudou bastante em que pese, ainda, ser um número bastante alto.

Aí estão os DSEIs prioritários para 2017. São 34, mas são escolhidos, apenas, 13 DSEIs prioritários que nós vamos enfrentar.

Em relação a Mato Grosso: Araguaia, Kayapo do Mato Grosso, que é lá em Colíder... O DSEI Araguaia fica em São Félix do Araguaia; Kayapo do Mato Grosso, porque tem o Kayapo do Pará. Kayapo do Mato Grosso que fica em Colíder e Xavante que fica em Barra do Garças. O campeoníssimo é Mato Grosso do Sul: 340 por 100 mil habitantes, mais ou menos, de casos de tuberculose para vocês terem uma ideia de número. Quando eu vi os números de vocês, eu falei: o nosso é um pouquinho maior do que isso que está aí. Realmente, são números bastante alarmantes.

No caso do Xavante eu contarei uma historinha mais à frente.

Por favor, mude!

Aí estão os dados!

Em marrom, vermelho, não sei, essa cor aqui, são os DSEIs chamados prioritários; os 13. Em verde são os DSEIs de todo o Brasil e ali a média brasileira.

Aqui está o coeficiente de incidência de tuberculose de todas as formas dentro do DSEI prioritário.

Eu saí, em 2012, de 116 e estou em 240,91. Esses são os nossos números. São números fortes, mas que temos que apresentar para vocês.

Proporção de cura dos casos novos pulmonares diagnosticados por critério laboratorial: tenho, em 2012 - 78,5, a média brasileira estava em 71; 2013, 72,20. Está tudo *ok*! Mas olhem o que aconteceu em 2015, 2014, mas em 2015, especialmente, 34,80. Eu até brinquei com minha equipe e falei: se eu tivesse fazendo doutorado nessa área, pegasse esse dado e isso contaminasse a minha tese de doutorado, dava 80 chibatadas em vocês, porque esse dado tem problema. Foi o DSEI Xavante que deu problema.

E aí vai o que alguém colocou na frente - e peço desculpas por não lembrar o nome -, dizendo o seguinte: "Está preparado para fazer diagnóstico de tuberculose?"

Adivinhem o que aconteceu no DSEI Xavante? Não sei se alguém aqui sabe, mas me falaram que estaria na plateia alguém que sabia da história. Sabem a história? Tivemos quase 400 casos de sobrenotificação, porque o médico, no caso, sem nenhuma crítica, pelo amor de Deus, dependemos muito deles e gostamos deles, mas foram médicos cubanos que... E acabou havendo um equívoco e 400 casos de qualquer outra coisa foram tocados como se fossem casos de tuberculose. E veio o pessoal do Ministério da Saúde, porque acendeu a luz vermelha, até descobrir que não era caso de tuberculose.

Vocês imaginam o transtorno que isso causou! E esse dado ficou no sistema. É por isso que está esse troço.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Então, esqueçam isso, trabalhem com esse dado de 2013. Nós estamos por ali, por 70. Está tudo *ok*, por enquanto. Não é essa tragédia de 2015.

Semana que vem terei reunião para tratar desse dado, especificamente, e na impossibilidade de alterar os dados estou sugerindo uma nota técnica lá no *site* junto com os dados para que quem estiver fazendo pesquisa não entre em uma furada sob o ponto de vista de dados, mas Mato Grosso deu sua contribuição.

Proporção de óbitos: saímos de 5,5 e, hoje, estamos nos DSEIs prioritários com 1,10. Então, acredito que, de alguma forma, estamos fazendo o dever de casa. Ainda que, eventualmente, brinque com meu pessoal que, talvez, façamos a regra de Pareto invertida. Eventualmente, fazemos 80% de esforço para 20% de resultado e, na verdade, deveríamos fazer 20% de esforço para 80% de resultado, mas houve, sim, um resultado. A SESAI nasceu em 2010, ela evoluiu e, realmente, teve um resultado.

Proporção de sintomáticos respiratórios examinados dentre os esperados: estou saindo de 38, vou para 75 e fico com 53. Também, estou com dado positivo. Isso, porque foi, efetivamente, atrás. Aumentou essa cobertura de se buscar, efetivamente, os dados.

Proporção de casos novos de coinfeção TB-HIV: nos DSEIs prioritários estou com 1,55. Eu saí de 1,07, em 2012; fui para 1,55 e aqui ao lado dos outros DSEIs estou com 1,23.

Sobre o HIV...

Perguntaram-me lá fora, além da tuberculose, o que seria mais grave.

Nos indígenas temos os casos do HIV que é uma tragédia em relação aos indígenas quando isso efetivamente ocorre. E teremos que agir muito fortemente sobre isso. Mas temos outros pontos, também, que precisamos enfrentar. Por exemplo, o alcoolismo em relação entre os indígenas é algo que precisamos enfrentar e não é um enfrentamento fácil. Quem já teve um alcoólatra, um alcoólico na família, sabe, perfeitamente, o quanto é difícil enfrentar essa doença. A pessoa tem que querer. E você imagina dentro da interculturalidade a pessoa do indígena querer se submeter. Temos um caso extremo que são os Bororos, na Aldeia Merure, em General Carneiro. Eles fecharam a estrada há cerca de três semanas, estavam fechando as estradas, exigindo, fazendo uma espécie de pedágio. Aqueles que não pagaram eles quebravam o carro, acho que andaram batendo em pessoas. E a pedido do Ministério Público nove índios foram presos. Foi uma comoção internacional, porque qualquer coisa em relação a índio dá uma repercussão mundial.

Mas ali temos problemas de alcoolismo violento. Os índios estavam bêbados, efetivamente, ali na beira da... Depois, eles vão para aldeia, bêbados e há brigas. A nossa equipe que está lá tem dificuldade, corre eventualmente algum perigo, mas é algo que precisamos enfrentar.

Então, nós estamos primeiro em relação, especificamente, ao Merure em uma parceria com a OPAS para desenvolver projetos. Estamos contando muito com o apoio das mulheres indígenas. Parece que as mulheres são mais equilibradas do que nós. Quando estamos no extremo as buscamos para poder fazer, efetivamente, algum tipo de política.

Nós vamos conversar com o Ministério do Esporte para criar uma política permanente de esporte indígena envolvendo os jovens, porque junto com o alcoolismo está vindo também outra coisa chamada drogas. Está junto com o alcoolismo drogas no indígena.

Outro ponto que também temos que enfrentar é o suicídio indígena, bastante alto. Vocês vão encontrar isso no Xingu; vão encontrar isso nos Terenas, é muito forte lá no Mato Grosso do Sul.

Eu fui num evento internacional sobre depressão e ao falar de depressão indígena - estavam falando de depressão na saúde indígena - é muito interessante à relação causa/efeito. Quem

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

sofre mais de depressão são as indígenas, não os homens, mas quem suicida mais são os homens. Eu perguntei para um Psiquiatra que estava presente o porquê dessa inversão. Ele me disse que as mulheres são mais resilientes que os homens, conseguem caminhar mais tempo na depressão sem chegar ao suicídio.

O suicídio dos indígenas é, basicamente, por ingestão de plantas, acho que o timbó é uma delas, de plantas que tem veneno e enforcamento.

Esse é um dado que tratamos com muito cuidado dentro da SESAI. Vira e mexe alguém entra no site, naquele negócio de transparência, e faz as perguntas sobre o suicídio indígena. Mas é um dado que nós temos que trabalhar com muito cuidado, porque eles também estão conectados, pelas redes sociais, com tudo que acontece no mundo.

Então, esta fala que estou tendo aqui, pode ter certeza, em algum momento vai chegar lá para eles.

Perspectivas: atualização da tuberculose dentro do módulo de morbidades no SIASI, ou seja, precisamos melhorar essa questão do sistema; realização de Reunião Nacional para o Controle da Tuberculose na População Indígena, com a participação das referências técnicas no âmbito dos DSEI; participação na elaboração do Manual para o Controle da Tuberculose no Brasil; participação na construção do curso em Manejo Clínico da Tuberculose pela UNA-SUS em parceria com o PNCT; elaboração de Boletim Epidemiológico do Panorama da Tuberculose na População Indígena.

Bom, o que eu tinha para colocar a vocês era basicamente isso.

O *slide* está à disposição, caso queiram. Esses dados são públicos e estão disponibilizados no site da SESAI, no site do Ministério da Saúde.

Mas, efetivamente, na questão específica da tuberculose não temos como caminhar na saúde indígena sem irmanar com o município, sem irmanar com o Estado. Nós precisamos dessa expertise dos municípios e do Estado.

Eu fiquei muito contente, ela me informou que dentro do Estado existe uma parte especial que trata de saúde indígena, nós vamos conversar mais sobre isso.

Lembrar sempre que os indígenas são tão brasileiros quanto qualquer um de nós. Eles são seres humanos; eles sofrem; eles sorriem; eles gritam; eles pulam; eles são gente como nós, e antes de qualquer enfrentamento na questão da saúde temos que nos despir de qualquer preconceito em relação aos indígenas.

Muito obrigado. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Só para uma questão de encaminhamento, aproveitar que o senhor vai ter que sair um pouquinho antecipado, vou passar a palavra a Lúcia para falar em relação àqueles dados que foram apresentados.

A SR^a LÚCIA DA COSTA BARROS DIAS – Quero falar sobre Campinápolis, onde, praticamente, foram os 400 casos. Mas a história começou com o óbito do Chefe da tribo que era BK++ e três abandonos. Ele abandonou pela 3^a vez e foi a óbito. Foi quando começou a se buscar os casos na aldeia, que nós fazemos a visita, junto na época era o Dr. Kazan, do CERMAC, e lá na CASAI saíram oito casos positivos.

O Programa Nacional já não queria isso, porque a política é diminuir a incidência. E como é que estamos aumentando a incidência?

O que pecou mais foi mesmo não a baciloscopia. Ninguém lá fez a baciloscopia, foi raios X e a interpretação do médico cubano era que todos eram tuberculosos. Então, esse foi o erro mais grave.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Nós conversamos, em abril, com a nova Secretaria de Saúde de Campinópolis e uma das coisas que solicitamos foi o laudo do raios X.

Nós sabemos que a maioria dos médicos sai da faculdade e não sabe fazer leitura de raios X, querem fazer um diagnóstico de tuberculose pulmonar por meio de raios X. Nós temos um caso lá que é BK++. Ou seja, quanto tempo essa indígena, é uma mulher, está caminhando dentro de Campinópolis, que tem uma população de 14 mil habitantes, sendo que 80% é índio.

Nós estivemos dentro de aldeia fazendo essa visita, olhamos como foi feito lá o trabalho. E nessa vez que o Kazan foi, nós saímos da CASAI com oito casos fechados de tuberculose, sendo que a tia estava levando um sobrinho, não tinha nada a ver com a história, o Kazan avaliou a tia, e a tia saiu tratando de tuberculose.

Então, até que ponto realmente aqueles casos não eram tuberculose? Pela falta de fechar o diagnóstico com a baciloscopia e confirmar.

Nós sabemos também que o diagnóstico da tuberculose era fechado só com os critérios clínicos epidemiológicos, a maioria era contato. Como não foram 300 casos, mas, o raios X mostrava que apenas um era suspeito de tuberculose, apenas um daqueles 300 casos avaliados.

O APSUS veio e depois de um ano trouxe o resultado. Um ano para agirmos dentro da aldeia? Já tinham sido tratados quase todos!

As crianças que nós trouxemos para cá... O Júlio Müller, através do Dr. Cor Jesus Fontes, que por algum problema não pode vir hoje, até perguntou: “existe algum outro manual que possamos seguir”? Porque as crianças que vieram subiam e desciam escadas que eu não conseguia fazer e estavam com tuberculose. Nós, da CASAI, fomos visitar essas crianças e para mim elas não tinham tuberculose, realmente, estavam todas brincando. E quando fez o raios X PPD, fez o diagnóstico de tuberculose.

Então, é totalmente diferente. Até onde vamos trazer esses cubanos para continuar fazendo resultado de exames?

Fizemos uma capacitação agora em Barra do Garças e um Médico cubano tirou uma nota dois. Até foi uma coisa que fizemos com a gerente que foi fazer uma palestra pelos Mais Médicos e eles tinham que ter aulas sobre tuberculose, hanseníase, não uma palestra, porque não estavam focando em nada. A pessoa ia para a tribo do mesmo jeito, sem saber e ia fazer diagnóstico. Tanto que esse médico tirou uma nota dois. Por que eu digo que é dois se a nota era de zero a dez? Se pelo menos tirasse cinco, ele saberia diagnosticar e iniciar o tratamento. Mas ele não poderia fazer um diagnóstico diferencial, não saberia fazer uma reação e até que ponto terminaria esse tratamento.

Não esquecendo, a equipe é multiprofissional! Eu não posso colocar a carga só no enfermeiro, no técnico de enfermagem ou qualquer outro. O médico faz parte dessa equipe.

Muito obrigada. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Agradeço e passo a palavra ao Érico.

O SR. ÉRICO DE ARRUDA LINS – Permita-me.

Ficamos entre a cruz e a espada, porque efetivamente os nossos médicos cubanos vão, com todo respeito aos médicos presentes, há lugares que os nossos médicos não vão, não se dispõem a ir. Infelizmente quando não os tenho, não consigo fazer vários lugares e 60%, 70% dos indígenas estão na Amazônia, na Região Amazônica, uma região extremamente difícil.

Agora, efetivamente, precisávamos no acolhimento que fazemos aos médicos cubanos, talvez, ampliar um pouco mais esse acolhimento.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Por exemplo, tenho um caso - se repararem o número de cesárea aumentou consideravelmente entre os indígenas, o normal está virando anormal, sendo que parto é um ato fisiológico -, os médicos cubanos encaminham sempre ao hospital, sempre encaminham ao hospital, porque é assim lá em Cuba, encaminham todos os casos ao hospital. Ele não se sente seguro de uma índia ter um parto lá na aldeia ele diz: “e se tiver um problema e vir a óbito? Serei responsabilizado por isso.”.

Então, temos um problema que precisamos enfrentar, mas precisamos, sim, do médico cubano. Precisamos, talvez, melhorar este acolhimento.

No nosso caso específico, vamos melhor, corrigir isso, mas tem que avisá-los, desde quando saem de Cuba, que ele vão para aldeia indígena, porque eles ultimamente só sabiam que iam para a aldeia indígena no dia, porque a OPAS fazia a seleção, vamos dizer que 48, quase que por ordem alfabética, e quando citava os nomes, fulano, fulano, quase aquela chamada para alistamento militar que a pessoa está doidinho para... Fulano, fulano e fulano, ele levava aquele susto danado: “Eu vou à aldeia!”

Depois, quando se explicou realmente todo o subsistema e se perguntou quem gostaria de ir, 60 levantaram a mão dizendo que gostariam de ir, só que não tinha nenhum dos 48 que tinham sido escolhidos pela OPAS, mas dentro dos 60, alguns, por exemplo, tinha um lá que sofria de asma. Como ele vai para aldeia com um tubo enorme de oxigênio? Não tem como. Nesse caso... Ou ele sofre de artrose e nas aldeias isso é difícil.

Então, estamos hoje numa conversa reta sobre isso para tentar melhorar, além do problema político em relação ao Mais Médicos, que vocês estão sabendo, Cuba se negando a enviar mais médicos em face das ações judiciais que têm ocorrido - são mais de oitenta ações - de médicos cubanos que depois eventualmente querem ficar no Brasil dentro de cooperativas ou algo parecido, só que eles só podem ficar no Brasil se contraírem matrimônio.

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – É importante essa discussão, mas vamos deixar os médicos cubanos para outra discussão, vamos em frente, focar de novo na tuberculose.

Peço a todos para focarem no assunto, por gentileza, porque ainda faltam quatro inscritos pela mesa e o nosso tempo está exaurindo.

Obrigado a todos que vieram falar até o momento.

Convido o Sr. Hozano José Delgado, Diretor de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de Mato Grosso, para fazer uso da fala.

O SR. HOZANO JOSÉ DELGADO – Boa tarde a todos os senhores e senhoras presentes!

Cumprimento o Deputado Dr. Leonardo, que preside esta Audiência Pública, e a todos da mesa.

Vamos falar sobre tuberculose no sistema penitenciário.

Peço um pouquinho de paciência a vocês, porque antes de falarmos sobre tuberculose no sistema prisional vamos fazer uma contextualização sobre o sistema penitenciário de Mato Grosso e adentraremos sobre a tuberculose.

Nossas unidades do Estado. Ao todo são sessenta unidades prisionais, sendo 44 cadeias públicas; quatro penitenciárias masculinas; uma unidade de saúde mental, que se destina aos pacientes em medida de segurança, que fica localizada no complexo da penitenciária central do Estado de Mato Grosso, dentro de uma unidade prisional; uma penitenciária feminina; um Centro de Ressocialização; quatro centros de detenção provisória; uma colônia penal agrícola e um Centro de

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Custódia da Capital que abriga pessoas com prisão civil ou com prisão especial e colaboradores da justiça.

A nossa capacidade é de 6.341 recuperandos. O total de recuperandos no Estado é de 11.243, temos um déficit de 4.902 vagas, ou seja, temos uma capacidade, uma lotação muito maior do que a nossa capacidade, não é diferente de todos os Estados da Federação, é a mesma situação que o nosso Estado enfrenta.

Presos condenados são 5.473 e presos provisórios são 5.770, ou seja, mais de 50% dos nossos recuperandos são provisórios, não foram condenados pela Justiça.

O que acontece muita vezes, uma realidade, é que muitas dessas pessoas às vezes não têm só um processo criminal, têm vários processos criminais e fica difícil fazer a soltura dessas pessoas. Às vezes ela tem a progressão de regime de um processo, mas responde por uma outra comarca e continua nas prisões do nosso Estado. Essa é uma problemática, essa é uma realidade.

Semiaberto são 404 e monitorados eletronicamente são 2.800 pessoas monitoradas eletronicamente.

Pode passar por gentileza!

Esse é o retrato da nossa população do Estado de Mato Grosso. De 2003 a 2010 houve um crescimento acentuado da população, uma média de 5.200 em 2003 e em 2010 foi para 10.225 pessoas. Tivemos uma queda sensível nos anos seguinte e se instabilizou nisso.

Se formos olhar o retrato da população prisional do Brasil, só é crescente, ela não teve essa mesma característica da população prisional do Estado, e devemos isso ao nosso sistema de Justiça Criminal.

Agradecemos o Poder Judiciário que, de certa forma, se seguisse essa mesma linha, essa mesma tendência, teríamos uma população prisional de 14, 15 ou até 16 mil pessoas dentro das prisões. Ou seja, se temos um déficit de vaga, isso ia ficar muito maior, teríamos uma lotação muito maior. Então, isso graça ao esforço do Poder Judiciário, aos mutirões que eles acabam fazendo. Obviamente não consegue diminuir porque precisa ampliar o número vagas, mas, só para fazer um retrato, Mato Grosso-Brasil, Mato Grosso está indo contrário, sendo positivo.

Vou falar um pouquinho sobre o perfil dos recuperando.

Por meio de uma pesquisa feita por um psicólogo, Mauro Falca, que fez uma amostrar de 144 pessoas das unidades de Cuiabá - ele fazia avaliação psicossocial e fez esse retrato - , retrato esse que é o mesmo do nosso País, mas é importante porque trazemos dados fiéis da população de Cuiabá - ele fez essa amostrar tanto de Cuiabá quanto de Várzea Grande.

O que se pode observar? Que tem uma faixa etária muito jovem nas prisões. Se somar de 18 até os 33 anos, são quase 70% da população. É uma faixa etária muito jovem. Abaixo não tem, porque a população prisional é adulta, mas, a partir dos 42 anos, somarão 10%. Então, temos uma faixa etária muito jovem.

Estado Civil: 50% são pessoas solteiras, 39% são amasiados, casados temos 8% e viúvos e divorciados somam 1% cada.

Escolaridade: tem uma característica de baixa escolaridade dos nossos recuperandos. Vocês veem o perfil fundamental são quase 70%, sendo 11% com o ensino médio, 15% com ensino médio incompleto e 3% cada: ensino superior incompleto e não alfabetizado.

Em relação à drogadição, 60% das pessoas declararam algum envolvimento com droga ilícita, essa é uma característica marcante do sistema prisional, 38% falaram que não tiveram nenhum contato e 2% não responderam as perguntas.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Em relação à reincidência, 68%, cerca de 70% declaram responder por algum outro processo e 31% não são reincidentes, ou seja, são réus primários, é a primeira vez que tem uma ação criminal contra eles.

Em relação à ação criminal, a maioria foi por assalto, seguida por tráfico de drogas, homicídios, furtos, estupro e demais crimes. Mas o roubo qualificado foi predominante.

Em relação ao trabalho, para quem não sabe, os nossos recuperandos tanto podem fazer o trabalho interno quanto o trabalho externo. Isso é concedido também em algumas situações para que essas pessoas possam trabalhar extramuros.

No trabalho remunerado, nós temos 184 pessoas do regime fechado trabalhando; do regime aberto, 125 pessoas; no total são 309. No entanto, nós temos a maioria dos trabalhadores do sistema prisional que não remunerados, no total de 1233. Ao todo, nós temos, em regime fechado, 1417 pessoas trabalhando no sistema penitenciário; o que representa cerca de 12,60% do total da população. Pode até parecer pequena a representação, mas é muito significativo isso para o sistema prisional, porque nós precisamos ingressar essas pessoas, fazer com que essas pessoas estejam ocupadas, fazer com que essas pessoas encontrem um trabalho e aqueles que não sejam capacitados para trabalhar, que eles tenham condições dignas de voltar para a sociedade, porque eles vão voltar. Eles vão voltar.

Então, é meta da Secretaria de Justiça o trabalho e a educação também.

Para vocês terem uma ideia, nós temos uma solicitação muito grande, não só com órgãos públicos, que são treze órgãos públicos que têm contato de intermediação de mão de obra; mas nós temos dezenove contratos de intermediação de mão de obra com empresas privadas. Isso nos dá um respaldo, dá uma confiança e uma credibilidade para a população privada de liberdade no Estado de Mato Grosso.

Em relação à educação, 827 estão no primeiro segmento; 1.802 estão no segundo segmento e 782 estão no Ensino Médio. Ou seja, no mês de abril, dados da SEDUC informam que 3.411 recuperandos estão estudando dentro das unidades prisionais do Estado. É um número muito significativo, sendo que a média do País é muito abaixo disso. São cerca de 30% dos nossos recuperandos que estão estudando.

Além do trabalho, tem a educação, nós precisamos. Devido à baixa escolaridade, nós precisamos ofertar isso. Como eu já disse, eles voltarão para a educação e a nossa meta é esse trabalho de ressocialização.

As últimas unidades inauguradas: os CDPs de Tangará da Serra, Pontes e Lacerda, Lucas do Rio Verde e de Juína. Foram inauguradas em 2014, 2015 e em 2016, já estão 30% acima da sua capacidade, para vocês terem uma ideia.

Estão em construção dois CDPs femininos, um no Município de Porto Alegre do Norte e o outro em Sapezal. Uma unidade de jovens e adultos em Várzea Grande, com capacidade de 1.008 vagas e uma unidade em Peixoto de Azevedo com capacidade de 256 vagas.

Nós tivemos um repasse do Governo Federal do Fundo Nacional Penitenciário, não tinha isso, mas ano passado todas as unidades da federação receberam esse recurso, que foi muito positivo no nosso Estado. Esse recurso já está comprometido com novas construções e novas ampliações, ou seja, abertura de novas vagas. A construção de Alta Floresta, de Várzea Grande, a ampliação de Sinop, a ampliação de Cáceres... Só aí foram trinta e um milhões, com a possibilidade de abrir mais 734 vagas.

No total de recursos do FUNPEN e de contratos de repasse com o Governo Federal, são mais de duas mil vagas para serem abertas. Esse é o compromisso do Estado de Mato

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Grosso. O grande problema é esse trabalho de construção, as obras são demoradas, têm muitas obras que estão há muito tempo iniciadas e é importante que esta Casa de Leis faça a fiscalização para acelerar esse processo e melhorar o sistema prisional de Mato Grosso.

Em relação a aparelhamento, material bélico, *scanner* corporal, *Kit SIGEPEN*, maleta tática, escudo balístico, armamento tático, rádio ht, capacete balístico: são mais de oito milhões.

Não sei se sabem, mas noticiaram na mídia algumas rebeliões em Manaus, Rio Grande do Norte, guerras entre facções e o nosso Estado é referência do Brasil em modelo de gestão.

Nesse início do ano, tivemos apenas um pequeno incidente na cidade de Sinop, onde teve uma guerra entre as duas facções no nosso Estado, mas normalizaram, houve cinco mortes no Estado, mas, para verem como é importante a segurança nas unidades prisionais.

Trabalhar no sistema prisional não é fácil, trabalhar no sistema prisional requer todo um cuidado e segurança, importante que esteja bem aparelhado e seguro para que tudo flua, principalmente porque temos essa realidade de existência de facções.

Foi um compromisso do próprio Governador a reforma de Vila Rica que destinou trezentos e cinquenta mil reais. Hoje temos quarenta e cinco ações judiciais, ou seja, são ações civis públicas em relação às unidades prisionais melhorando infraestrutura, ampliação...

Hoje temos cento e sessenta e cinco viaturas; em outro momento, em 2008, tínhamos apenas trinta viaturas que eram vinculadas. A nossa secretaria era vinculada à Secretaria de Segurança, o que foi outro ganho para o sistema prisional, passar a ser desvinculado da Secretaria de Segurança, porque ela tinha um universo muito grande, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Civil, Politec...

Todos os investimentos de cada uma dessas áreas do sistema prisional deixavam sempre por último, as viaturas eram sempre as que estavam usadas por outros.

O Sistema Penitenciário teve um ganho a partir do desmembramento e da criação da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos.

Servidores. Nós temos 2.483 agentes penitenciários; assistentes: 2.248; profissionais de nível superior: 222. Em 2010, em 2011, melhor dizendo, todos os agentes penitenciários passaram a assumir as unidades prisionais tanto na segurança interna quanto na contensão, quanto nas muralhas e na segurança externa. Antes, isso era feito pela Polícia Militar.

O nosso Estado, como eu disse, é referência, modelo por conta disso, toda a nossa segurança é feita pelos agentes penitenciários, que são profissionais de carreira. Hoje, na nossa lei aprovada pela Assembleia Legislativa com a ajuda dos Deputados, todos os servidores com cargo de Superintendente para baixo... São ocupados com cargos de carreira, o que possibilitou uma melhoria muito grande do sistema prisional e maior segurança, maior garantia das nossas unidades com relação à melhoria como um todo.

Pode passar.

Qual é o nosso contexto de saúde? A legislação de saúde – toda essa – do sistema prisional, mas o ponto principal é a legislação de 2004, no Estado de Mato Grosso houve o Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário. É essa legislação que rege o Sistema Penitenciário de Mato Grosso hoje.

Pode passar.

Vou falar rapidamente dessa legislação. Em 2004 foram contemplados apenas 04 unidades: Centro de Ressocialização de Cuiabá, o feminino de Cuiabá, a Penitenciária Central, Mata

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Grande e Santo Antônio. Desculpa, são cinco unidades. Apenas essas cinco unidades foram contempladas nesse Plano Operativo.

A gestão do Plano Operativo ficou por conta tanto da Secretaria de Saúde quanto da Secretaria de Justiça, e ficou pactuado que a gerência das ações de saúde das unidades prisionais ficaria por conta da Secretaria de Justiça. Então, o modelo que temos hoje é um modelo pactuado em 2004, que acaba sendo discordante com a política nacional de saúde, com o Sistema Único de Saúde, em que a Atenção Básica é feita pelos Municípios, a execução é das Secretarias Municipais de Saúde.

O recrutamento e seleção ficaram de competência da SEJUDH, que vai contratar os profissionais. Hoje, a mão de obra de grande parte das unidades prisionais é da Secretaria de Justiça, e a Secretaria de Saúde do Estado e os Municípios ficaram com a contrapartida de fazer as capacitações apenas, a referência e a contrarreferência ficaram sobre a Norma Operacional de Saúde de 2002. Só trazendo para vocês.

Por favor, pode passar.

Um ponto importante desse Plano Operativo foi a respeito do financiamento, quando se fala de saúde, fala-se muito de financiamento, “ah, eu vou abraçar essa população, mas eu quero recurso”, o Município quer recurso, o Estado quer recurso. E o Ministério da Saúde ofertou um financiamento de 280.000 reais para o Estado de Mato Grosso, para manutenção das equipes de saúde dentro das unidades prisionais, porque adentrar uma unidade prisional não é para qualquer um, precisa-se de um certo incentivo para o profissional e precisa de um certo incentivo não só para o Estado mas também para o Município assumir essa população.

Então, desde 2006, esse recurso vem caindo na conta do Estado, atualmente o Fundo Estadual de Saúde está com cerca de 02 milhões e 800 mil em relação ao incentivo do Sistema Penitenciário, infelizmente nós não conseguimos acessar esse recurso. Por várias vezes nós tentamos executar, por via da Secretaria Estadual de Saúde, as compras de insumos para manutenção das unidades prisionais, manutenção de equipamentos, mas não conseguimos executar por uma série de fatores, principalmente com relação à licitação.

Hoje, esse recurso está acumulado e precisa ser acessado, pois as nossas unidades prisionais não têm da onde tirar, são os Municípios que acabam assumido, são os Municípios que fornecem insumos para manutenção, luva, máscara, toda manutenção da equipe de saúde. Esse recurso poderia ajudar muito bem.

Então, Deputado Dr. Leonardo, nós poderíamos fazer um grande esforço para que isso pudesse ser executado e beneficiar as equipes de saúde das unidades e principalmente a população privada de liberdade.

Pode passar, por favor.

Em 2014, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Sistema Penitenciário, que revoga aquela portaria de 2003, que o Estado aderiu em 2004, que está legislando em Mato Grosso, nós não temos ainda adesão dos Municípios, nós temos até o dia 31 de dezembro para fazer adesão de todos os Municípios do Estado de Mato Grosso.

A Secretaria de Cuiabá fez adesão em 2015, aliás, em 2016, mas nós ainda temos muita resistência dos Municípios em fazer essa adesão. É importante, e ela estabelece critérios e responsabilidades; além disso, recursos.

Hoje, por exemplo, uma unidade prisional, que é a Penitenciária Central do Estado, que tem 2.000 recuperandos, oscila entre 2.000 e 2.200, Cuiabá receberá um aporte de 80.000 reais por mês. Então, para cada implantação de uma equipe de saúde é destinado um recurso,

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

que é um *plus* para o Município, sendo que o Município já vem arcando com as ações de saúde dentro das unidades prisionais, lógico, na medida do possível, porque muitos Municípios também não têm. Nós sentimos falta de alguns insumos, mas como em toda a rede do Município está faltando, também falta nas unidades prisionais. Mas é um aporte de recurso significativo e que ajudaria não só o Município, mas principalmente as ações de saúde dentro das unidades prisionais.

E, além do financiamento das equipes, existe o financiamento específico, o bloco da assistência farmacêutica, que inclusive já tem o depósito do Ministério, está no Fundo Estadual de Saúde e precisa ser descentralizado para os Municípios, que ainda não foi. Mais uma vez, eu peço ajuda, peço apoio de Vossa Excelência, Deputado Dr. Leonardo, para que isso possa ser efetivado no nosso Estado.

Esse é o fluxo. Nós temos o Gabinete do Secretário, a Superintendência da Região Leste e Região Oeste, onde ficam as penitenciárias e as cadeias públicas. As Unidades Básicas de Saúde ficam nesse fluxo aqui das penitenciárias e das cadeias. Infelizmente, essas Unidades Básicas de Saúde, em relação ao fluxo, não existem. Elas estão destacadas em rosa, enfim, por conta disso.

Dentro do organograma da SEJUDH, só até o nível de penitenciária. As Unidades Básicas de Saúde existem apenas enquanto fluxo de saúde, cadastramento de CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o fluxo que é estabelecido, a pactuação em CIR - Comissão Intergestores Regional, em CIB - Comissão Intergestores Bipartite, mas, dentro da Secretaria, ela não tem uma visibilidade enquanto organograma, que de certa forma é necessário, porque, a partir do momento que assumiu essa responsabilidade, precisamos dar essa visibilidade.

Pode passar.

Esses são os profissionais que existem nos sistemas prisionais, esse é o tipo de equipe: é o médico, é o assistente social, é o psicólogo, é o enfermeiro, é o farmacêutico, é a odontóloga, é o técnico em enfermagem, é a auxiliar de consultório dentário, é o educador físico e é o nutricionista.

Por favor.

São essas unidades que contemplam profissionais de saúde, ao todo nós temos 24 unidades prisionais com o profissional de saúde pela Secretaria de Justiça. Eu não vou me estender, não vou falar uma por uma, mas só para vocês terem uma ideia que são 24 unidades prisionais, no total de sessenta unidades prisionais, que têm profissional de saúde. As demais unidades são assumidas pelo município, elas acabam disponibilizando o profissional para ir até o presídio uma vez por semana, uma vez a cada quinze dias, ou, quando isso não acontece, a população privada de liberdade, acaba indo ao serviço, acaba indo a uma unidade básica de saúde, acaba indo em um pronto atendimento. Ela acaba se deslocando até o serviço, e nós sabemos que muitas vezes há problemas em relação a essa logística e a essa presença, porque elas chegam às unidades básicas, no pronto atendimento, e não chega só o recuperando, chega o recuperando, a escolta armada, e causa um transtorno para a população.

Essa política também vem no sentido de apoiar a população, no sentido de fazer com que a saúde chegue mais próximo dentro da unidade para que ela evite esse deslocamento e essa aproximação com a população em geral. Evitando isso, evitamos o transtorno, porque por várias vezes já aconteceu uma ou outra situação de tentativa de fuga...

Eu estive em Sinop, e eu escutei um caso em que a vítima, o pai da vítima estava no mesmo local que o agressor. Imagina só a situação que acabou acontecendo no hospital lá em Sinop. O pai partiu para cima do agressor, na hora em que ele o viu ali, no mesmo ambiente, enfim, a população se irrita, ela não aceita, e nós precisaríamos efetivar a política.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Pode passar, por favor!

Atualmente, nós temos 68% de capacidade preenchida, nós temos uma necessidade de 32% de profissionais de saúde.

Essas são as linhas de ações da unidade básica de saúde do sistema prisional: trabalham-se os programas do Ministério: Hiperdia, Saúde da Mulher, Hanseníase, Tuberculose, Saúde Mental, Saúde Bucal, Imunização, ISTs e Assistência Farmacêutica.

Por gentileza, pode passar!

São retratos de Cuiabá, a Penitenciária Central, que é a nossa maior penitenciária do Estado, é uma penitenciária de segurança máxima, então, todas as ações que são efetuadas lá requerem ações de segurança.

Qualquer ação que for fazer uma campanha, uma imunização, uma busca ativa de tuberculose, é necessário chamar o diretor, o chefe de segurança e disciplina, todos os líderes para ver como será a movimentação dos presos, porque os recuperandos não vão à unidade de saúde, existe uma unidade de saúde dentro do presídio, e eles não vão sozinhos, é necessária a presença dos agentes penitenciários e esse deslocamento requer todo esse aparato de segurança. Tudo isso é bem pensado e precisa ser planejado antes de ser efetivado.

A Audiência de Custódia foi implementada em 2015, todos os flagranteados de Cuiabá, que antes não se apresentavam ao juiz em 24 horas, a partir de 2015, passaram a se apresentar em até 24 horas. De julho de 2015 a outubro de 2016, foram quase quatro mil audiências de custódia, o que representou que 54% desses detidos não fossem para as unidades prisionais, ou seja, inchar ainda mais as unidades prisionais, e foi feito um trabalho em relação às ações de saúde, por quê? Porque os juízes passaram a ter um contato mais próximo sobre aquela pessoa que era pega e não ia mais ao presídio, passou a ser encaminhado direto a ele.

Pessoas com transtorno mental, confuso mentalmente, pessoas que, enfim, por conta da situação, tiveram alguma escoriação, está sujo, todo poliesculhambado. Isso gerou certa requisição do Poder Judiciário para as ações de saúde.

E um dos pontos que foi marcante, foi a questão da tuberculose, porque tinha o contato. Tem tuberculose? Então, é aquele temor de ter um contato com essas pessoas, e estabeleceu-se uma equipe de saúde dentro dessa audiência de custódia, e essa equipe faz a busca ativa, os sintomáticos respiratórios e encaminha para a baciloscopia.

A partir do momento que tinha o resultado, ficava pactuado com o município de Cuiabá, e com o resultado pronto, já se encaminhava uma condição: se for positivo, para que essa pessoa, se for em liberdade, que procure uma unidade de saúde, e se ele for para a prisão, ele inicia o tratamento dentro da prisão. Isso foi muito positivo do ponto de vista em forçar essa pessoa a continuar o tratamento, a iniciar o tratamento, melhor dizendo.

De 2015 a 2017, nós tivemos 11 casos positivos descobertos nessa porta de entrada da audiência de custódia. A porta de entrada em relação à tuberculose é recomendada pelo Ministério da Saúde, que até em sete dias, seja feito um exame admissional nas pessoas privadas de liberdade, especialmente em relação à baciloscopia.

Isso era um sonho distante do sistema prisional, mas nos anos seguintes, isso foi possível. Tivemos um *boom* de tuberculose em relação as nossas unidades prisionais, porque essas unidades prisionais, a partir de 2010, passaram a ter equipes de saúde. Então, os profissionais passaram a buscar os casos e conseguimos estabelecer algumas pactuações no sentido de estabelecer porta de entrada, principalmente, nas prisões com maior população e na Penitenciária Central, que é a nossa penitenciária maior, o que não acontecia, e hoje isso é feito.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Toda pessoa que chega lá, sintomático respiratório ou não, é feita a baciloscopia de escarro. Todas as pessoas na Penitenciária Central, na Penitenciária Feminina, isso é feito também. No Centro de Ressocialização, isso não é feito, mas na dinâmica da unidade prisional, em até quinze dias, o recuperando acaba passando pelo médico. Então, nós consideramos isso como uma porta de entrada também, embora não seja feito no dia, mas no mínimo em até quinze dias, ele é acompanhado pelo médico, é feito todo um diagnóstico da sua situação de saúde.

A coleta e manejo das amostras, nós tínhamos um problema sério em relação a isso, foi identificado por meio do ACEC, por meio de uma capacitação em serviço dentro das nossas unidades prisionais. Nós conseguimos resolver isso no início deste ano, porque nós não tínhamos os insumos adequados, nós não tínhamos o acondicionamento, nós não tínhamos as grades para os coletores de escarro ficarem. E chegava ao laboratório derramando, perdendo as amostras, e contaminando outras amostras. Então, isso foi algo bem positivo nas ações do sistema penitenciário.

O tratamento diretamente observado, também, não se fazia nas nossas unidades. Era dado medicamento para 30, 15 dias, dependendo como era a realidade de cada unidade prisional. Hoje, é feito nas unidades maiores, onde tem equipe de saúde. A equipe de saúde faz a observação da medicação, faz o acompanhamento, a pesagem do recuperando, a consulta mensal e a baciloscopia mensal. Então, o TDO é feito nas unidades prisionais que têm equipe de saúde. Onde não tem equipe de saúde nós precisamos do município.

As informações em relação aos recuperandos que têm diagnóstico de tuberculose... Foi pactuado junto ao juiz da execução criminal de Cuiabá, porque essas pessoas têm um fluxo muito grande. Elas entram e saem do sistema penitenciário. Hoje, ela é pega, de repente, amanhã sai o seu alvará e daqui a duas semanas ela retorna para o sistema penitenciário. E isso é muito ruim no sentido da continuidade do tratamento. Então, foi pactuado com o juiz que quinzenalmente alimentássemos as informações. Eles encaminhariam através do sistema criminal que têm e poderiam fazer uma condição: a partir do momento que forem progredir de regime, sair por meio de alvará ou receber uma tornozeleira para que o juiz determine que ele faça o tratamento e tenha acompanhamento desse resultado.

Infelizmente, não tivemos uma avaliação positiva, a partir desses anos. Na verdade, precisamos retornar, porque isso foi feito com o Poder Judiciário. Foi positivo para os profissionais, mas, ainda, não foi efetivo. Ainda, não se aplicou, efetivamente, a pena àqueles que não estão tratando. Não há o controle efetivo. Então, precisamos retornar para que esse fluxo estabelecido seja completo. E que a pessoa que não estiver tratando seja enquadrada, porque é enquadrada no Código Penal dos Crimes contra a Saúde Pública. Isso foi importante, porque conseguimos enquadrar essas pessoas que não quiserem tratar fora e aí, sim, fazer com que coercitivamente... Não coercitivamente, mas fazer com que, de alguma forma, a Justiça pudesse resguardar todo esse tratamento.

As notificações são feitas nas unidades encaminhadas à atenção básica e, posteriormente, à vigilância. Nós tínhamos um problema sério em relação às notificações, porque, por incrível que pareça, as viaturas do sistema penitenciário, embora tenhamos um número expressivo, hoje, não atendem toda demanda. Então, acumulavam as notificações em 20, 30, se brincar até mais de 2 meses. Imaginem essa notificação com 2 meses de atrasos. E aí vem a questão dos medicamentos, porque é a partir da notificação que os medicamentos devem ser garantidos aos pacientes. Graças a Deus conseguimos resolver alguns desses problemas.

Os comunicantes às famílias: é orientado para os recuperandos que eles orientem a família a fazer o exame. Infelizmente, não temos o controle em relação a essa família. Há limitação

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

em relação à equipe, mas essa orientação é feita do profissional para o recuperando. À medida que tem a procura de um familiar, esse familiar é identificado e tem essa relação paciente/família, as pessoas, assistentes sociais, acabam orientando, também, mas depende muito de a pessoa procurar o serviço de saúde.

Esse é o número de casos confirmados no sistema prisional. Temos uma evolução histórica de 2006 até 2014, uma crescente de casos confirmados no sistema prisional. Cuiabá é o topo. Eu peguei alguns municípios. Não peguei todos os municípios. Em segundo, está Várzea Grande; em terceiro ali vocês veem Pontes e Lacerda que mantém bem baixo o número de casos confirmados, mas ele tem uma crescente, em 2013, e uma ligeira queda em 2014.

Eu vou terminar por conta do tempo, mas as ações que são desenvolvidas dentro do sistema prisional carecem, ainda, de muito apoio e de muito respaldo. É com muita luta que os profissionais de saúde trabalham nas unidades. Procuram fazer o que é recomendado. Nós requeremos não só profissionais de saúde, mas requeremos, também, um cuidado dos profissionais que atuam lá dentro como os agentes penitenciários. Cada vez mais temos feito educação para esses profissionais para que, também, façam um compromisso e que não fique só com os profissionais de saúde, porque na medida em que tem uma pessoa com tuberculose dentro da unidade prisional não é fechado só ali no sistema prisional. Os servidores, também, podem ser contaminados e não só os que estão ali, mas os visitantes acabam tendo esse fluxo de dentro para fora.

Quando conversamos com a população não é uma coisa fechada. Cerca de 2,1... De visitantes são 2,1 o número de pessoas dentro de uma unidade prisional. Se eu tenho uma unidade prisional com 2.000 mil pessoas, vou ter mais que o dobro de visitantes. Imaginem 4.000 mil pessoas fazendo esse fluxo de dentro da unidade prisional para fora! Temos contato com essas pessoas e isso pode ser levado tanto de dentro quanto de fora, também. Então, requeremos um esforço e um compromisso de todos para controlar essa doença.

Muito obrigado. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Muito obrigado, Sr. Hozano.

Com a palavra, a Secretária Municipal de Saúde de Mirassol d'Oeste, Sr^a Sandra Deniz Horn.

Eu agradeço a todos, mas, se pudermos, mais uma vez, antes que eu coloque delimitação de tempo, tenha que chamar atenção, porque o debate que é o principal está ficando tarde para isso...

Então, solicito que se pudermos abreviar a fala... Eu não gosto deste tipo de atitude. Eu toco sempre com muita tranquilidade, mas estamos tendo uma dilação das falas muito grande.

Então, peço a vocês, por gentileza, vamos nos concentrar.

A SR^a SANDRA DENIZ HORN – Boa tarde a todos!

Boa tarde, Deputado Dr. Leonardo, que é da nossa regional, de Cáceres, colega nosso.

É muito importante esta Audiência Pública. É uma pena que muitos municípios não estejam aqui para ter esta visão da importância da tuberculose, de cuidar, de buscar. No entanto, estamos aqui e podemos ser multiplicadores. Quanta informação que tivemos, hoje, à tarde, para passarmos à frente, porque juntos somos mais para combater.

Eu estava observando a fala do colega que representa os nossos índios. Há uns quatro anos nós estivemos na Ilha do Bananal. E ele falou das dificuldades com os índios Carajás,

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

aqueles que têm aquele círculo no rosto. Realmente, eles adquiriram muitas coisas de nós, homem branco, e eles têm as dificuldades, também, de prevenção, de cuidado. Eles têm essa resistência.

Em Mirassol d'Oeste temos a cadeia e sabemos da importância do cuidado com a tuberculose por ser um lugar insalubre, por ter um aglomerado de pessoas. Tem uma unidade que presta serviço diretamente para eles ali, cuidando da imunização, de vez em quando observando esses sinais.

Como representante da Secretaria de Saúde, também, temos desafios. Em Mirassol d'Oeste há quatro anos tínhamos 30% de cobertura de PSF, que é a atenção básica que cuida da tuberculose. Como você faz saúde de prevenção com 30% de cobertura? De três PSFs em três anos fomos para sete. Hoje meus médicos já não fazem mais só atenção ambulatorial, hoje eles já fazem a prevenção.

Em Mirassol d'Oeste nós fizemos um diferencial para tuberculose, no ano passado, que é um cuidado especial na área rural, onde a enfermeira e equipe técnica fizeram palestras com brincadeiras para chamar a atenção das pessoas, com dados, sorteios, sobre a prevenção e a importância do diagnóstico precoce, porque se procura acha.

A representante do Estado falou que Mirassol d'Oeste tem dois casos. Eu sei que tem seis. Olha a informação! Eu vou chegar lá e pedir para atualizar. Inclusive, tivemos um óbito no ano passado e, claro, teve outras infecções juntas.

Mas como a hanseníase é um caso muito grave que temos em Mirassol d'Oeste, e quando fazemos buscas ativas achamos, também tem tuberculose e todo município tem, porque é alimentação, é um aglomerado de pessoas, é a falta de informação, é um fluxo de pessoas andarilhas que, às vezes, está lá, não está, mas está passando a doença.

Mas, enfim, também temos vários desafios e contamos, sim, com o apoio do Ministério, porque essas três novas unidades que temos lá hoje, ainda, não são credenciadas. Nós estamos trabalhando com o dinheiro do município. Melhorou a atenção? Melhorou.

Já pensaram se tivéssemos 100% de cobertura, sabendo toda população na nossa mão, como não melhoraria não só a tuberculose, mas hanseníase e outros agravantes da saúde.

Então, nós temos esses desafios.

É muito importante esta Audiência, Deputado, porque precisamos debater isso.

Eu faço treinamento com os meus profissionais, estão lá no quinto ano de gestão. Um ano focamos bem a tuberculose, no outro ano focamos bem a hanseníase. E quando nos reunimos para discutir temos um olhar, focamos no paciente e buscamos os novos casos para tratar, porque tem a cura.

Esta Audiência Pública é muito importante. Parabéns, Deputado! Podemos fazer a diferença e abaixar os nossos índices, sim, com a prevenção e também correr atrás dos novos indicadores para tratá-los.

Muito obrigada. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Obrigado, Sandra.

Convido o Sr. Eleonor Raimundo da Silva, Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Mato Grosso, para fazer uso da palavra.

O SR. ELEONOR RAIMUNDO DA SILVA - A minha fala vai ser rápida.

Primeiramente, quero parabenizar o Deputado Dr. Leonardo pela iniciativa desta Audiência Pública para discutir um problema de saúde pública de grande magnitude que acomete a população.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Eu gostaria de cumprimentar em seu nome, Deputado Dr. Leonardo, as autoridades da mesa, em especial os meus colegas enfermeiros, que consigo divisar daqui, valorosos profissionais que estão na linha de frente, na equipe multidisciplinar, que foi muito bem citado aqui, no combate à Tuberculose.

Quero destacar a presença da Sr^a Simone, da Dr^a Lúcia, do enfermeiro Benedito, da enfermeira Abgail, que consigo ver daqui, do colega Celso, pessoas que realmente vestem a camisa e por isso estão até este momento aqui para discutir este assunto tão importante na saúde pública.

Para não ser repetitivo, quero dizer que milito na saúde e vou fazer agora, em agosto, 44 anos na militância na saúde. Eu algumas experiências com várias doenças, mas com a tuberculose são bastante desagradáveis. Por isso, eu acho que esse combate tem que ser efetivo e incansável.

Em 1974, quando eu era ainda auxiliar de enfermagem na Santa Casa, em Corumbá, trabalhando com a comunidade de tuberculosos, de pacientes, tinham outras patologias diversas, eu fui acometido dessa doença.

Eu me recordei quando o senhor, Dr. Carlos, me disse do tratamento. Eu fui submetido a esse tratamento rigoroso, aqui, de estreptomicina, pirazinamida 2mg por dia, mais rifampicina, zonisida, por seis meses. Mas é só para dizer a vocês que a tuberculose tem cura. Estou com 64 anos, e desses 64 anos 40 anos na saúde. Eu me curei e estou aqui debatendo este assunto tão importante.

Outra experiência marcante que eu tenho ao lidar com a tuberculose é que vários pacientes morriam de um sintoma colateral, que aqui não foi dito, a hemoptise. Vários pacientes morriam com hemoptise.

O que é hemoptise? É um sangramento pulmonar maciço que levava o paciente à morte em decorrência da tuberculose.

Eu atuei no Hospital Universitário Júlio Muller por quase vinte anos, quando surgiu a AIDS, que foi muito bem citado aqui. A atenção à tuberculose começou a se dar de uma forma mais efetiva quando pacientes de AIDS começaram a morrer de tuberculose. A tuberculose era encarada como uma doença oportunista, a primeira doença que acometia o paciente com imunodeficiência adquirida e internada no hospital.

Nessa época, eu tive a oportunidade de trabalhar lá e atender os primeiros paciente de HIV no Hospital Universitário Júlio Muller. Trabalho na formação e hoje sou Presidente do Conselho Regional de Enfermagem.

Gostaria de dizer do importante papel da enfermagem na atuação com relação a essas doenças. Onde está o BK a enfermagem está. Profissional de enfermagem é o soldado que está na linha de frente.

Nós temos que destacar aqui, Simone, Lúcia, Dr. Fernando, as estratégias. Temos que começar pela estratégia do conhecimento, primeiramente, do agente comunitário de saúde e, como disse a Secretaria que me antecedeu, investir na atenção básica, porque é lá que você detecta os casos.

Quando eu recebo o paciente no Hospital Júlio Muller, ele já chega quase em situação de resistência, de multirresistência. Então, o papel do agente comunitário de saúde tem que ser destacado, o papel dentro da equipe multidisciplinar, o papel do auxiliar de enfermagem, do técnico de enfermagem, do enfermeiro. Por quê? Porque antes do paciente chegar ao médico, que vai estabelecer o tratamento, ele já passou na triagem, já passou pelo auxiliar de enfermagem, pelo agente comunitário, que já detectou o caso lá na sua residência, lá no posto.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Quero agradecer o convite, Deputado Dr. Leonardo, que Vossa Excelência fez ao Conselho Regional de Enfermagem, que nos representa quase trinta mil profissionais de enfermagem espalhados por todo Mato Grosso.

O nosso profissional está lá na DSEI, na CASAI, nos hospitais. Em todas as estratégias de saúde da família está o profissional de enfermagem na linha de frente, sem uma proteção.

Conscientizar os gestores da importância de não deixar faltar os equipamentos individuais de proteção, que muitas vezes o nosso profissional tem que ir à frente atender esse paciente, e muitas unidades não tem nenhuma máscara. Isso é lamentável!

Eu concordo com a Lúcia ao dizer aqui que é uma doença negligenciável. Por que ela é uma doença negligenciável? Porque, muito bem dito aqui, é uma doença periférica, é uma doença do pobre, embora também acometa o rico.

Então há, sim, necessidade, senhores gestores e profissionais de saúde, de que ações como essa que o Deputado Dr. Leonardo teve a iniciativa tenha prosseguimento e sensibilize os gestores para que enfrentar a tuberculose é enfrentar um problema social, porque o presidiário - o senhor disse muito bem -, quando ele sai lá da cadeia ele vai fazer o contato na sua família e essa família se torna um comunicante em potencial.

Então, parabeno o pessoal da enfermagem que está aqui, parabeno o Deputado Dr. Leonardo, que teve esta iniciativa, a Simone, a Lúcia, que são batalhadoras, e não poderíamos deixar de citar, Deputado Dr. Leonardo, outras pessoas que estão aqui, o Dr. Kasan, um batalhador nessa luta, o Dr. Corgésio, que são pessoas que vestem a camisa no combate a essa doença que ainda no Século XXI acomete tanto a nossa população.

Muito obrigado pelo convite.

Essas eram as palavras que eu tinha a dizer nesse momento.

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Obrigado, Leonor.

O senhor sabe o carinho que eu tenho pelos meus colegas enfermeiros, meus companheiros de luta no dia a dia.

O senhor citou dois que foram meus professores: Kasan e Dr. Corgésio. Eu sou dessa turma, com muito orgulho e tive uma boa formação com esses grandes professores, entre outros que eu tive o prazer de me acompanharem.

Professor Fernando Lima, por gentileza, faça os seus comentários aqui, nosso participante da platéia.

O SR. FERNANDO LIMA – Primeiramente, boa tarde para todas e todos que estão presente nesta Audiência Pública de grandíssima importância.

Eu não queria começar por mim, mas sou obrigado.

Meu nome é Fernando Lima, conhecido no Estado às vezes como cearazinho pescador e em alguns municípios sou conhecido como liderança comunitária.

Vamos falar, Deputado Dr. Leonardo, desta importante Audiência Pública.

Eu ainda vejo muito pouca vontade de cidadãos que trabalha com essa doença, principalmente nas escolas.

Nós temos hoje no Estado de Mato Grosso quase 757 escolas no Estado e sabemos que encontramos com essa transmissora para o cidadão mato-grossense e para o cidadão em nível nacional e não tem aqui nenhum professor para fazer uma fala, dizer da questão.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Eu não sei dizer se isso é preconceito, Deputado, entre as pessoas. Estive convidando mais de cinco colégios, principalmente o colégio onde estou realizando meus estudos - eu não sou formado.

Eu gostaria, Deputado Dr. Leonardo, já que Vossa Excelência, me desse um espaço, não sou médico, mas gostaria de fazer uma pergunta, que é o que sentimos todo dia quando saímos em busca de algum exame de saúde.

Muitas vezes nos perguntam, primeira pergunta: qual é o sintoma de um tuberculoso?

Muitas vezes não sendo formado, mas por estar por dentro desse assunto você fala: a tuberculose é uma doença transmissível, é uma doença que traz realmente vários tipos de enfermidades, principalmente tosse seca, febre, você emagrece, você não quer comer. Tudo isso são sintomas.

Mas o que dói, Dr^a Lúcia, foi que a doutora falou, que nós temos PSF dentro do Estado que vão ao encontro do cidadão em visitas. Eu não conheço.

Nós temos dentro das unidades de saúde pessoas que fazem exame pelo SUS, é atendido e muitas vezes não se trata não porque ele não queira, mas porque, infelizmente, a fila de espera é grande e ele não é chamado, como a doutora terminou sua fala dizendo que muitas vezes não se sabe para onde se transferiu a pessoa.

Então, você fica nessa fila de espera e nesse momento que você espera você é transmissor dessa enfermidade para milhões de cidadãos, uma irresponsabilidade das unidades de saúde, às vezes até da transferência do médico, que não transmite a pessoa qualificada, eu não sei se é por cor, e a pessoa acaba morrendo, deixando milhões de contaminados por essa doença.

Isso é doído, doutora.

Nós precisamos...

Eu vejo Agente Comunitário de Saúde que vai nas casas, Deputado Dr. Leonardo, eu não sei se isso é uma denúncia, que vai nas casas pegando o nome - ele não entra para fazer pergunta -, sai de casa em casa no tempo dele só anotando as casas no meio da rua.

Eu estou prestando atenção, porque sou uma pessoa que busco a geografia em todas as partes. Realmente eu não faço nada, mas gosto de fazer isso.

Deputado Dr. Leonardo, eu quero dizer que é de grande importância esta iniciativa de Vossa Excelência, mas eu vejo ainda pouca vontade para buscar a cura.

Primeiro, o povo não se interessa, tem medo. Segundo, as unidades de saúde do Estado, Deputado Dr. Leonardo, precisam ir ao encontro de mais qualidade para a sociedade.

Temos pessoas com dois anos e quatro meses com esses sintomas e não é chamado - se for preciso nós provamos - dois anos e quatro com esses sintomas e não encontram nem chamados, se for possível provamos, têm dois anos e quatro meses que está em uma fila de espera que nunca anda.

Excelência, peço perdão a todos que me ouviram, a minha vontade era ser mais combativo e pedir mais transparência, mas o tempo é curto.

Quero agradecer. Muito obrigado, Deputado Dr. Leonardo. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Obrigado, Sr. Fernando. Sábias palavras.

Se me permitir a mesa a fala, é uma doença infectocontagiosa, o senhor tem razão, o período de contaminação pode variar, Dr. Carlos, o senhor falou, é transmitida por meio do espirro ou tosse das pessoas contaminadas pelo ar que se respira, afeta outros órgãos, mas o mais comum é o

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

pulmão, mas podemos ter tuberculose em outros sistemas e focamos bem na pulmonar, no pulmão, porque é o que tem maior incidência da tuberculose, por um bacilo, como o doutor falou, esse bacilo vai desenvolver um quadro, o senhor já falou, que é a tosse geralmente tosse produtiva, acima de três semanas, o paciente não para, espirra, pode apresentar também perda de peso, fraqueza, febre no final da tarde ou acordar com sudorese e fraqueza. É isso.

Não tem como não pensar um paciente, o senhor tem razão, que está tossindo há três semanas e não pensar em tuberculose. Não tem como um profissional de saúde, não importa se médico, se enfermeiro, se técnico em enfermagem, tossir em um ambiente como o nosso, de alta incidência, Mato Grosso em sétimo lugar, nossa Capital e Várzea Grande, e não pensar de cara na tuberculose.

Como não tem como ver uma mancha, uma mácula, com a coloração mudada, com perda de sensibilidade ou não, e não pensar em hanseníase.

O senhor está coberto de razão e recebemos sua indignação para a acessibilidade e acolhimento desse paciente, ter para onde ir e não aguardar um tempo exacerbado, porque ele contaminado, em dois anos e meio já transmitiu para inúmeras pessoas.

Muito obrigado pela sugestão de envolver a SEDUC, Secretaria de Educação, nesse tema, porque saúde e educação andam sempre juntos. Se não me engano foram convidados, encaminhamos mais de quinhentos convites, mas reforçarei sua sugestão, uma excelente ideia, de levarmos para as salas de aulas, diversos temas, esse tema, levando educação para diversos alunos, são setecentos e poucas escolas mesmo e teremos um alcance muito grande. E esse jovem contamina, no bom sentido, a sua família, desperta sua família.

Muito obrigado.

Levantei algumas questões que temos abertas, eu respondi de trás para frente, Sr. Fernando.

Agradeço muito ao COREM, que está presente por meio do seu presidente, a Sandra, que é também da Secretária de Saúde e demais representantes de Secretarias.

As informações precisam ser melhores, a capacitação da equipe multidisciplinar em saúde tem que voltar a ser feita, com atenção especial para a atenção básica e para um trabalho de aumento de cobertura e a sensibilização dos gestores. Os gestores tem que ser mais sensibilizados. Eu agradeço a senhora, como gestora, que está aqui. Temos que sensibilizar a nossa regional, nos escritórios regionais e fazer esse trabalho nos escritórios e assim por diante. Porque se não houver a sensibilização, não temos como fazer um trabalho efetivo. Fazer a capacitação e melhorar a informação, que os dados venham a corroborar...

(NESTE MOMENTO O PARTICIPANTE DA PLATEIA, SR. FERNANDO, DEIXA DOCUMENTAÇÃO NAS MÃOS DO DEPUTADO DR. LEONARDO)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – O Sr. Fernando me deixou aqui...

Muito obrigado, será protocolado.

Que venham corroborar com a questão da SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais, a questão dos dados da saúde indígena. Nós precisamos melhorar o sistema e a aproximação do Núcleo Indígena da SES, o núcleo da FUNAI se aproxime mais do núcleo estadual que temos.

Na questão do CERMAC - Centro Estadual Regional de Média e Alta Complexidade, a nossa equipe precisa melhorar na questão do diagnóstico da equipe multidisciplinar com broncoscopia, biópsia, laboratório. Temos leitos hospitalares de referência para aqueles casos necessários de isolamento respiratório com problemas gravíssimos. Eu fui voluntário no Bom

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Samaritano, em Cáceres, por muitos anos e quando fazemos o isolamento respiratório, é uma dificuldade tremenda, eu sei muito bem e não temos para onde mandar. Não só para TB, mas eu outras situações também.

Novos profissionais com especialidade, claro, estamos tratando de tuberculose, pneumologia e infectologia, é uma implementação da rede de atenção da saúde estadual em relação a esta patologia. Nós definirmos essa rede mesmo, mas sabemos que é um problema progressivo, falta a rede de atenção psicossocial, falta a rede... Mas, temos que trazer esse trabalho, tentar sentar novamente e organizar. Temos uma reestrutura na SES. A SES foi desparelhada durante décadas e o resultado do que está acontecendo hoje não é nenhuma novidade para nós, que estamos no trecho. Sabe que isso é causa de mais de década de mau zelo e descaso. Temos profissionais excelentes na Secretaria Estadual de Saúde – SES, nos municípios, pessoas que já estão até aposentando, contribuíram muito e podemos absorver deles. Mas essa desagregação por falta de gestão contribui para o caos da saúde pública e aqui não é diferente disso. Temos que tentar retomar o nosso ânimo, a nossa vontade, que é demais, e nos reestruturarmos para o enfrentamento.

Quanto à nota da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde de Cuiabá, nós sabemos das dificuldades, as questões sociais... Desculpe-me... Da SEJUDH - Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos do Mato Grosso. Vamos marcar uma reunião específica para marcas daqueles temas estruturais de convênios e repasses, vou marcar com o senhor para tratarmos especificamente. Ter uma articulação melhor entre a Secretaria Municipal de Saúde com os nossos Sistemas Penitenciários. Não estou só falando de Cuiabá, mas toda rede, sabemos da dificuldade. Melhorou bastante porque nós sabemos que era pior. Nesses quinze dias, ainda, por mais que caminhou, mas se a pessoa estiver com tuberculose, ela vai contaminar todo mundo. A questão depois é que, quem tem TB, como é que fica lá dentro?

Ele vai ficar numa cela separado, mas todo mundo que está tratando vai ficar junto, mas tem um que está tratando agora, no começo; no fim, tem algumas questões técnicas que, falando como profissional da área médica, precisa organizar melhor, porque não dá para misturar, não é tudo a mesma coisa, esse tempo que está demorando, precisamos articular melhor.

Mas, eu parabeno o índice da SEJUDH, que melhorou muito, mas temos esses pequenos detalhes técnicos que precisam, com certeza, da SES e da SEJUDH, dentro das dificuldades estruturais do sistema, vamos achar um meio termo e se nós implantarmos aqui, a capital, que é nossa referência, já caminha muito bem.

Mas, estamos atentos. Em face disso tudo, eu fiz um resumo para vocês verem que estava anotando, atento a todas as situações.

A Assembleia Legislativa tem poder fiscalizatório, tem algumas questões que forem tributárias que são vícios de iniciativa, a questão de recursos, nós podemos trabalhar a sensibilização da gestão do Estado. Mas, eu pergunto para os senhores e as senhoras: o que nós necessitamos, realmente, para começar a mudar essa realidade que nós estamos aqui, o que especificamente precisa, no ponto de vista dos senhores e das senhoras que estão aqui presentes, para começarmos a mudar a realidade, algo mais, além do que descrevi aqui, ou que os senhores queiram chamar atenção, que nós precisamos mudar, fora daqueles parâmetros que eu já, rapidamente, fiz referência na minha fala?

(UMA PESSOA DA PLATEIA SOLICITA A PALAVRA)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – O microfone, por gentileza. Sr. Domingos, Vice- Presidente do Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

O SR. DOMINGOS – Boa tarde a todos! Em nome do Deputado Dr. Leonardo, cumprimento a mesa.

Políticas públicas, eu não sei o nome... Sandra. O Deputado Dr. Leonardo fez uma pergunta, ela foi muito feliz na fala dela, porque eu sou agente comunitário de saúde do município de Várzea Grande. Sobre a cobertura total do PSF, a senhora está completamente certa, não existe cobertura total.

Eu como agente comunitário de saúde há 13 anos no Município Várzea Grande venho acompanhando várias etapas da área da promoção e da prevenção. Então, várias coisas têm mudado.

Em 2006, nós tivemos grande número de tuberculose e de hanseníase. Eu já dirijo a palavra ao Sr. José Delgado que faz parte do sistema prisional.

Em 2016, um grande número de familiares que estavam lá, com seus entes queridos presos, vieram retornando a minha micro área com tuberculose, principalmente com tuberculose e hanseníase. Correto? Com o número em 2017 agora, já diminuiu. Foi a fala do senhor ali com respeito a uma equipe motivacional que está dentro do sistema fazendo esse trabalho. Então, já o parabenizo pelo ato, já estou vendo mudanças. Isso porque estou lá na base, da qual nossa amiga falou. Tem que se investir na promoção e na prevenção. Por quê? Estamos direto em contato com o morador.

Só para finalizar essa fala, Deputado Dr. Leonardo, investimento em PSF, trabalhar a promoção e a prevenção. É a fala da nossa colega. É isso que precisamos.

Eu quero agradecer o Dr. Ércio, da Saúde Indígena, fico muito feliz, doutor, porque temos acompanhado o descaso com os nossos primeiros habitantes do Brasil, fico feliz por levantar essa bandeira, acho que aqui é uma Casa para se discutir isso, fazer políticas públicas voltadas para o povo indígena.

Desde já agradeço, é só isso que tenho a falar.

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Obrigado, Domingos.

Temos mais um e depois temos a Simone.

O SR. BENEDITO OSCAR FERNANDES DE CAMPOS – Benedito Oscar Fernandes de Campos, estou como diretor de Vigilância em Saúde, no Município de Cuiabá.

Eu vou inverter um pouco a minha fala, mas eu me ateno a duas palavras que foram muito colocadas à mesa: acolhimento e compromisso. Em cima disso, eu inicio a minha fala quanto à estrutura dos trabalhadores de saúde. Nós precisamos, realmente, ter compromisso, porque estamos trabalhando, representantes do ministério, perdão, esqueci seu nome. Você falou bem, nós estamos trabalhando e quando você fala em população indígena, não só população indígena, mas a população carcerária e a população do Município, que são pessoas sensíveis. Eu falo sensíveis porque elas têm problemas e nós temos dificuldade de chegar até elas, assim como citou a Lúcia, há muitos anos trabalhamos isso, e a Simone, que são companheiras de longa data de saúde, é uma população difícil, não são apenas números que colocamos, mas são estratégias de chegar até ela. E isso precisa ter acolhimento, acolhimento da pessoa, da sua família.

Porque, quando você chega às residências, toda a família está acometida não só de tuberculose, como de hanseníase e outros agravos, HIV, como estamos colocando aqui. São famílias inteiras, às vezes, nove, dez pessoas dentro de uma residência. Precisa haver um acolhimento mais humanizado, nós precisamos olhar com olhares diferentes.

O Sr. Ércio deixou bem claro aqui, a nossa população indígena... Precisamos ter cuidados. Nós sabemos da cultura de cada região, cada Município tem a sua cultura própria. Por isso

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

precisamos trabalhar essas diferenças. O índio... Não dá para você chegar lá e dizer: “Você tem que tomar esse remédio”. Não. Você precisa conhecê-lo, você precisa acolhê-lo. E isso passa por toda população acometida dessa doença em qualquer Município no Brasil. Todos nós sabemos aqui. Não são números crus aqui, e nem culpar um ou outro Município, uma ou outra pessoa.

É como eu falo, o compromisso é este: é de trabalho, de capacitação, de qualificação dos profissionais, e falo mais, aí eu entro na questão de informação: eu preciso ter informações fidedignas, eu não posso ter atrasos. Isso é trabalho árduo, eu não posso ter informação errônea, porque eu estou fazendo a estratégia errada, estou atacando o lugar errado e as pessoas erradas! É como falamos, tivemos vários exemplos aqui. É isso que nós precisamos saber, Deputado Dr. Leonardo.

Eu agradeço e parablenizo a sua atitude por promover esta Audiência Pública.

Quando o senhor pergunta, eu estou colocando essas questões por causa disso, primeiramente: o que a Assembleia Legislativa, os nossos políticos podem fazer? Políticas públicas voltadas ao cidadão, porque tuberculose não resolve só com saúde, é preciso ter moradia, é preciso ter emprego, é preciso ter renda, porque não adianta. Lúcia, Simone, morreremos, Dr. Leonardo, trabalhando e não daremos conta.

É isso que precisamos, políticas públicas sérias em nosso País e isso depende de... Quando falo em acolhimento, falo do acolhimento do Ministério da Saúde, dos nossos políticos, da nossa Câmara Federal, Municipal, Estadual. Precisamos realmente trabalhar sério neste País.

Falo na questão da inversão do modelo, que nosso colega acabou de citar, o Agente Comunitário de Saúde, inversão de modelo, precisamos parar de trabalhar a doença, vamos inverter esse modelo de saúde, pois precisamos dos Srs. Deputados para fazer essa inversão, para trabalhar realmente a saúde e não a doença, não, como citamos o doente disso, o doente de sífilis... Não. Temos que trabalhar a saúde por meio de prevenção, promoção da saúde, é isso que precisamos trabalhar.

Quero agradecer e parabenizar a presença de todos, cumprimento e parabenizo todos da mesa e todos os presentes, em seu nome Deputado Dr. Leonardo.

Muito obrigado. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Obrigado, Benedito. Sábias palavras.

Também precisamos de uma política mais séria, este País não precisa de choque de gestão, não, precisa de choque de moralidade mesmo, não podemos mais suportar a corrupção, o desvio, a propina ou qualquer outra situação, isso é uma vergonha que nos aflige dia a dia e o Brasil perde para ele mesmo. O orçamento da corrupção é muito gigante, é uma prática abominável, temos que afastar esse relacionamento espúrio de empresas, empreiteiras com políticas e outras ações.

Esperamos que este País seja passado a limpo mesmo, e que possa sair dessa situação. Estamos em um momento de fazer enfrentamento, estamos na função política e temos que entender a revolta da população, precisamos ter políticas públicas sérias neste País, que precisa crescer muito ainda.

Vemos leis centenárias nos Estados Unidos e não há obra pública parada lá, uma lei mais que centenária... E estou propondo uma lei que não consegue passar.

Enfim, temos muito que fazer ainda pela frente: a estrutura dos trabalhos; o compromisso com o trabalho; a qualificação, começamos com a Escola de Saúde Pública, por meio da Comissão de Saúde; visitamos o Adauto Botelho; vamos ao Pronto Socorro Municipal de Cuiabá; vamos aos centros referenciais; vamos ao CERMAC; vamos visitar vários centros.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Alguns já começaram a surtir efeito, a questão é que desde 2009 não há capacitação na área de saúde. E aí, claro, os resultados... Vemos que cai o diagnóstico, quando fazemos ações de mutirão aumenta o diagnóstico, aumenta, oxigena o profissional da área de saúde, melhora, chama mais atenção. Então é importante a educação, promoção em saúde é muito importante. Fazer saúde com qualidade de verdade!

Nós estamos trocando o pneu com o carro andando, como diz o outro, nós precisamos realmente que a Casa cobre mais; conversar com os gestores; fortalecer os escritórios regionais novamente, eles têm uma capacidade... E muitos dos nossos técnicos estão aposentando; os gestores têm que vir aqui para prestar conta, sendo que poderia ser lá; mais reuniões; fortalecimento dos escritórios regionais; fortalecimento da Escola de Saúde Pública, voltar a ser o que era; reaparelhar a SES; o modelo de gestão dos hospitais regionais, também repensar no que quer, apesar de que é uma prerrogativa do Executivo, mas está errado; em alguns locais podemos fortalecer o consórcio de saúde. Enfim, são várias situações para o enfrentamento. Agradeço ao senhor.

Simone, a senhora tem alguma colocação?

(A SR^a SIMONE FORA DO MICROFONE: “SIM”.)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Por gentileza...

A SR^a SIMONE ESCUDERO GUTIERREZ – Eu só queria fazer... Além de agradecer, lógico, porque foi de certa forma uma provocação nossa enquanto área técnica também, foi uma necessidade que sentimos mediante a situação que nós tínhamos naquele momento, que nos era dado, era aquilo que nos mostrava, o fidedigno, divergente, consistente, enfim, nós temos problemas com sistemas, com informações? Temos, isso é fato, mas isso não é tudo. Eu anotei algumas coisas aqui que eu acho que é pertinente.

Primeiro, eu vejo assim, Deputado e todos, nós temos que dar foco para tudo, não é isso? E em relação a saúde, enquanto se fala só num determinado agravo, todos aqui citaram como exemplo, por exemplo, a hanseníase. Enquanto você fala, fala, fala e fala, a população em geral e os próprios profissionais acabam absorvendo essas informações, acabam se interessando em tentar aprender, tentar buscar, visualizar. Se eu não falo sobre a tuberculose, eu não vejo a tuberculose, eu não tenho necessidade de aprender, eu não tenho a necessidade, eu não sinto a necessidade de identificar esse doente, de começar a tratar, eu encaminho, no máximo.

Então, assim... O senhor perguntou o que nós faríamos, o que nós temos de proposta? Primeiro, dar o foco que deve ser dado. Ela é uma doença grave, que está matando as pessoas. Os pacientes nossos, os que não estão morrendo estão ficando multirresistentes. E nós, enquanto profissionais, população em geral, estamos nos colocando em risco! Isso é fato. Isso é fato, essa é uma situação gravíssima no Estado.

Eu coloquei uma outra questão: dar prioridade tanto à doença como aos profissionais e à população mesmo, é isso que nós precisamos. Nós passamos por uma situação, agora em março, no Dia Mundial, nós não falamos da doença, as pessoas não sabem sobre a doença, não tiveram nenhum informativo sobre isso. Tivemos agora a Semana de Enfermagem e não foi abordado sobre a tuberculose, foi abordado sobre hanseníase.

Então, tudo aquilo que está em foco, que está na mídia, nós falamos, nós procuramos, buscamos, isso é da pessoa, tudo aquilo que é visto é lembrado. Então, vamos fazer com que os profissionais nossos e a população em geral ouçam falar da tuberculose, escutem, fiquem alerta. Se uma tosse há mais de três semanas pode ser tuberculose, se eu estou ouvindo com certa frequência, eu vou buscar, será que é? Eu sou fumante? Eu tenho asma? Eu sou alérgico? Não sei, posso ter qualquer uma dessas, inclusive, tuberculose, não é isso? Então, isso tem que estar

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

muito alerta para a população em geral. E se eu não coloco isso na mídia, na sociedade, para os profissionais, para todos eles, toda a equipe, eu não vou ter esse alerta. Todo mundo fala sobre determinados agravos, porque está na mídia.

Agora, falamos sobre a dengue, chikungunya, enfim, é aquilo que nós colocamos. E se nós estamos sentindo essa necessidade, porque é uma necessidade, isso é fato, os dados podem ter uma divergência pouca, mas é fato, a situação é grave. O Município de Cuiabá hoje representa 35% dos casos do Estado. Se nós intervirmos aqui em Cuiabá, nós vamos dar um impacto, porque é ele que pesa o banco do Estado, ele que pesa, que puxa tanto para cima, para a melhoria, como para baixo, para mostrar que a situação está pior, está ruim.

Então, vamos dar esse foco aos profissionais, fazer com que eles não saibam só para eles, mas com que eles repassem isso para população em geral.

Outra situação, em Cuiabá, nós temos hoje na atenção básica uma responsável técnica, não tem condições uma única pessoa em Cuiabá responder pelo programa tão pesado e tão grave como é esse. Ela não consegue, não tem conhecimento a colega, isso é impossível numa capital com quase 600 mil habitantes, com 94, 97 unidades básicas de saúde, fora as policlínicas, UPAs e quase 15 hospitais, não tem condições de a pessoa conseguir dar respaldo em tempo hábil.

Então, assim, quando digo dar foco, dar foco é principalmente fazer com que a equipe que coordena, ou responde pelos agravos, que ela tenha condições de dar essas respostas. Cuiabá hoje está com uma responsável técnica na atenção básica, Várzea Grande também está com um responsável técnico, são municípios muito próximos, interligados, e representam quase 50% dos casos dos dois municípios. Isso, eu acho que é uma coisa pertinente que temos que fazer.

Nós, eu digo quem está no nível central, seja gestão, diretores, superintendentes, deputados, enfim, temos que tomar uma posição quanto a isso. A Secretária representa os municípios, o seu município, mas para nós representa o interesse de uma gestora em relação ao agravo.

Todos falaram aqui e não deixaram de falar sobre a hanseníase. É importante? É. Concordo plenamente, mas vamos também abrir os olhos para os demais agravos que também são pertinentes, são importantes, são preocupantes para determinadas regiões, sim. Se nós temos população privada de liberdade, se temos população indígena na minha área, se temos pacientes com HIV-AIDS, população de rua, nós temos, sim, que dar um maior foco a ele, isso sem levar em consideração a população em geral.

Então, isso é uma das prioridades, eu acho que os planos, os projetos... Eu foquei, eu falei em priorizar a atenção básica, vigilância e laboratório. Não tem como trabalhar tuberculose sem esses três pontos estarem juntos, porque aí cada um deles consegue priorizar as populações vulneráveis, que é onde está a população indígena, prisional, HIV-AIDS, enfim, ali nós focamos nisso, tanto nas ações como na vigilância e no laboratório. É o tripé do programa. Temos que tentar... Houve melhora na população prisional, na SEJUDH, com a questão do plano que foi elaborado? Houve. Um plano fantástico, que está elaborado, muito bonito, muitas coisas avançaram, o Hozano tem conhecimento disso, muitas coisas avançaram, mas também muitas coisas pararam.

Nós temos que retornar eternamente as situações, e eu acredito que talvez a Assembleia Legislativa tenha essa... não digo força, mas talvez esse impulso para nós, principalmente aos gestores de deixar - eu falo deixar - os técnicos executarem as ações. Alguns municípios, que não sabem muito como conduzir, sabem que tem as áreas técnicas, porque nós somos só técnicos. Eu falo só porque não temos poder de decisão nenhuma. Nós temos o conhecimento da questão técnica, de como conduzir. Nós visualizamos isso até.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Só para concluir, quando eu fiz o meu mestrado, em 2010, o meu foco foi a tuberculose no Município de Cuiabá. Essa questão da prevenção já veio, apareceu lá na minha dissertação. Foi apresentada, foi falada, mas a gestão municipal, na época, não deu muita atenção ou não quis visualizar. Então, vamos dar visibilidade a esses trabalhos operacionais também, nós temos profissionais fantásticos que estão fazendo... A colega da PCE está fazendo um trabalho fantástico, é operacional. São pessoas que estão identificando no dia a dia o problema. Não adianta divagar muito, eu acho que talvez se conseguirmos fazer com que esses municípios, principalmente esses dois, lógico que os outros também são importantes, mas os dois que têm uma incidência altíssima, como Cuiabá e Várzea Grande, focar na questão das ações, que é monitoramento, supervisão, sistema de informação, os casos de multirresistentes.

O Carlos Fernando falou sobre a questão de exames mais complexos, broncoscopias... São importantes? São, mas se tivermos realmente as ações funcionando na atenção básica, nós vamos ter queda no número de casos chegando ao CERMAC como multirresistentes. Vai ter queda de casos chegando, fechando o diagnóstico nos hospitais, eles têm que passar pela porta de entrada aqui na atenção básica.

Quando a Secretária diz ali que houve redução de cobertura, sim, é a atenção básica quem está mais próxima, não é o paciente ficar dois anos, como o senhor disse... Se for realmente um diagnóstico de tuberculose já passou para Deus e meio mundo na área onde ele tem contato. O ACS - Agente Comunitário de Saúde falou sobre a importância do agente comunitário, esse é papel nosso, eu volto a falar enquanto município, esse é papel nosso dar esse suporte para o município, tanto para os agentes, o profissional, enfim, o foco é o profissional, e é focar realmente para que a tuberculose tenha essa importância enquanto gravidade.

Eu agradeço. (PALMAS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) - Nós que agradecemos.

Fizemos aqui algumas anotações em relação a isso, que seria a criação de um plano emergencial para as áreas de maior incidência, que seria a Capital, que é a 8ª capital já em números, mais Várzea Grande, mas não esquecendo dos demais municípios... A criação de um plano emergencial, onde há maior concentração do número de casos e também de multirresistência, se eu não me engano.

Realmente, esta Audiência Pública foi chamada porque a situação é gravíssima. Eu me coloquei mais na função de Parlamentar, provoquei para ouvir de vocês e eu faço a *mea-culpa*, porque deveria ter mais Parlamentares presentes, até para que tivesse uma validação como Audiência Pública.

Lembro-me que em 2015, quando colocamos o problema da hanseníase, Deputados que estavam há várias legislaturas aqui falaram que não sabiam, se assustaram com os dados que nós trouxemos.

Então, está faltando informação, também, aos meus Pares. Acho que temos que se fazer um resumo e encaminhar aos gabinetes. Não só à assessoria da parte de saúde, mas, também, conversar com os Pares para que tenham noção. Talvez, dessa área específica não se atentarem, ainda, para o tamanho da gravidade do problema de saúde pública.

Por favor, Sandra.

A SRª SANDRA DENIZ HORN - Só uma fala.

Quando ele fez a audiência sobre saúde pública a Miss Brasil estava aqui. (RISOS)
Então, muitas vezes, na saúde precisamos usar a criatividade.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Só uma ponte, em Mirassol d'Oeste nós fazemos desfiles e brincadeiras. Por quê? As pessoas vão para isso e passamos o *feedback* da saúde, porque ninguém quer saber... Olha, ninguém quer saber de problemas. Então, temos que trabalhar com criatividade.

De repente, se estivesse a Miss Brasil aqui de novo - não é, Deputado? - só para distrair um pouquinho... (RISOS)

O SR. PRESIDENTE (DR. LEONARDO) – Você lembrou bem!

Na época, discutimos a hanseníase por um projeto das *misses* e trouxemos a Miss Brasil, que era “Beleza com propósito”. No concurso *Miss Brasil* eles têm um núcleo que discute... Bem lembrado!

Trouxemos, também, a Morhan, que é a ONG que trabalha com isso e outros e outras profissionais que há 20 anos não vinham a um encontro tão grande. Toda imprensa veio. É questão de usar a criatividade.

Também, quero agradecer a Dr^a Elza por conta que estamos também nessa Frente Parlamentar de doenças como hanseníase, tuberculose, HIV, infectocontagiosas. São doenças que ninguém quer trazer para o debate. Os laboratórios não se interessam, porque acham que são doenças de pobres, de marginalizados. Não se interessam na pesquisa nas universidades para vacinas, para novos medicamentos; não se interessam na elaboração de medicamentos mais apropriados; não se interessam em outros...

Então, especificamente, temos um enfrentamento que é muito maior, que vai de acordo com a indústria farmacêutica. Nada contra! No é uma crítica, mas eles não têm interesse. O interesse é capitalista e não há financiamento de pesquisas na área, também. Vemos bravamente as pessoas fazendo mestrado, doutorado, porque gostam, mas não têm incentivos para que seja feito mais difundido dentro do meio acadêmico para surgirem novas ideias.

Então, temos muito... Além desse imediato, precisamos servir o povo, evitar essas mortes que estão acontecendo e tentar diminuir a incidência que está acima da média no nosso Estado e, se continuarmos assim, será uma crescente.

Mais alguma participação?

Agradeço imensamente a todos. Sinto-me honrado com a presença dos senhores. Estamos transmitindo para todo Brasil que nos acompanhou pela parabólica, pelo sistema de rádio, também, principalmente aqui, no Estado de Mato Grosso. Depois vamos catalogar todas as informações e faremos uma nova reunião técnica com a nossa Frente Parlamentar que trata especificamente disso.

Fiquei muito honrado, lisonjeado e agradecido, como parlamentar, por toda participação dos senhores e senhoras nesta tarde e iniciando a noite.

Com certeza, vamos contribuir para o andamento e para o enfrentamento dessa patologia como em outras que também flutuam.

Eu agradeço, imensamente, como legislador.

Temos que sensibilizar mais os Poderes em relação a essa e outras doenças.

Antes de encerrar esta Audiência Pública, em nome da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso, agradeço a presença de todos.

Que possamos ter uma próxima oportunidade para juntos discutirmos mais temas de saúde do Estado de Mato Grosso e do Brasil.

Muito obrigado! (PALMAS)

Está encerrada esta Audiência Pública.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA DISCUTIR OS DESAFIOS DA TUBERCULOSE NO
ESTADO DE MATO GROSSO, REALIZADA NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, ÀS 14H.

Equipe Técnica:

- Taquigrafia:
 - Cristiane Angélica Couto Silva Faleiros;
 - Cristina Maria Costa e Silva;
 - Dircilene Rosa Martins;
 - Donata Maria da Silva Moreira;
 - Luciane Carvalho Borges;
 - Nerissa Noujain Salomão Santos;
 - Tânia Maria Pita Rocha.
- Revisão:
 - Ivone Borges de Aguiar Argüelio;
 - Regina Célia Garcia;
 - Rosa Antonia de Almeida Maciel;
 - Rosivânia Ribeiro de França;
 - Sheila Cristiane de Carvalho;
 - Solange Aparecida Barros Pereira.