

O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO COMBATE A MALÁRIA

GURGEL, H. C. ¹

¹Pós-doutoranda do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais – INPE/CPTEC/DSA e pesquisadora associada da US ESPACE do Institut de Recherche et Développement - IRD
hgurgel@cptec.inpe.br

A nova política de saúde pública adotada no Brasil coloca a família e a comunidade ao centro do processo de saúde. Desta maneira, o homem e a sociedade são considerados como os elementos principais desta dinâmica. Isso representa uma mudança notável para o combate a malária. As principais ações de controle passam a ser sobre o indivíduo e o seu ambiente e não mais sobre o vetor, como foi feito sempre anteriormente. Contudo, essa nova política supõe igualmente um compromisso político importante nas diferentes escalas do governo. Para analisar a importância desse compromisso político no combate a malária, estudou-se a dinâmica dessa doença nos últimos 45 anos em Roraima e a qualidade da infra-estrutura básica disponível no estado. Para isso utilizou-se a base de dados da FUNASA, SVS, DATASUS e IBGE. Os resultados mostraram que Roraima possui uma relativamente boa rede de infra-estrutura básica, mas a disponibilidade dos profissionais de saúde permanece um elemento preocupante. Além disso, fortes disparidades existem entre os municípios. Isto demonstra a ausência ou insuficiência de vontade política de certos municípios para as questões de saúde. Para medir o nível de acessos à saúde da população ao longo dos anos, o que demonstra indiretamente a eficácia das políticas de saúde, foi criado um índice chamado de “Índice de Eficácia”, onde se leva em conta o número de exames realizados e o de exames positivos. Uma forte variação deste índice é constatada ao longo de todo o período 1962-2006, sobretudo durante a última década. Isso ressalta o quanto o compromisso das diversas instâncias de decisão públicas influencia diretamente na luta contra a malária. As fases sucessivas de compromisso e de desobrigação políticas acompanharam as epidemias mais ou menos fortes. Os programas de controles instaurados não tiveram uma continuidade e uma longevidade suficiente para assegurar o controle eficaz da doença. Além disso, os programas de controle junto das populações indígenas e rurais de Roraima apresentam também uma forte diferença de qualidade. O trabalho realizado pelas ONG entre 1999 e 2002 em parceria com a FUNASA levou a uma melhoria considerável da situação malária nas reservas indígenas. Em contrapartida, a desobrigação de certos municípios nos programas de combate provoca um agravamento da doença na área rural. Os resultados mostraram que o engajamento político das diversas instâncias do governo e a conscientização da população do direito ao acesso a saúde se mostraram indispensáveis para a eficácia dos programas de controle.

Palavras-Chaves: malária, políticas públicas, Roraima, índice de eficácia.

THE ROLE OF THE PUBLIC POLITICS IN THE MALARIA CONTROL

The new public health politics adopted in Brazil places the family and the community to the center of the health process. In this way, man and society are considered as the main elements of this dynamics. This represents a notable change for the malaria control. The main control actions start to be on the individual and its environment and not on the vector, as used to be. However, this new politic assumes a commitment equally important politician in the different scales of the government. In order to analyze the importance of this politician commitment in the malaria control, this research studied the illness dynamic in last 45 years in Roraima. Additionally, this research analyzed the quality of the available basic infrastructure in the state. For this, it was used FUNASA, SVS, DATASUS and IBGE database. The results had shown that Roraima possess comparatively a good basic infrastructure net, but the health professionals' availability remains a preoccupying element. Moreover, strong disparate exists between the cities. This demonstrates to the absence or insufficiency politics will in certain cities for the health questions. To measure the population health accesses level throughout the years, an index called "Index of Effectiveness" was created. This index, which indirectly demonstrates the health politics effectiveness, takes in account the number of examinations carried through and the number of positive examinations. One strong variation of this index was clearly observed throughout all period 1962-2006, mainly over the last decade. This stands out how much commitment public decision instances diverse influence directly in the malaria control. The successive commitment and exemption politics phases had followed the more or less strong epidemics. The restored control programs had not had continuity and longevity enough to assure the illness efficient control. Moreover, control programs in Roraima offered to the indigenous and agricultural population also present one strong difference of quality. The work carried between 1999 and 2002 by ONGs in partnership with FUNASA resulted to a considerable malaria situation improvement in the indigenous reserves. On the other hand, the exemption of certain cities in the control programs provokes an aggravation of the illness in the agricultural area. The results had shown that the politician enrollment from diverse instances of the government and the population awareness to the right of health access had shown indispensable for effective control program.

Keywords: public politics, malaria, Roraima, index of effectiveness.

O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO COMBATE A MALÁRIA

GURGEL, H. C. ¹

¹Pós-doutoranda do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais – INPE/CPTEC/DSA e pesquisadora associada da US SPACE do Institut de Recherche et Développement - IRD
hgurgel@cptec.inpe.br

Introdução

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Esta diretriz deve ser aplicada através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação à saúde. Para responder a este objetivo foi criado em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS). As ações e serviços públicos de saúde passam assim a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui um sistema único. Este último é descentralizado, mas com direção única em cada esfera do governo (BRASIL, 2002). Assim, os Estados e municípios gerem os próprios recursos destinados à saúde e definem os eixos privilegiados de investimento. Uma das prioridades consiste em desenvolver atividades de prevenção em concertação com a população. Neste domínio, as grandes linhas de ação, como as campanhas de vacinação e de prevenção, assim como o controle da malária, são traçados pelo governo federal, coordenadas pelo os governos estaduais e implementadas e executadas pelo os governos municipais.

Para uma maior efetividade dessas linhas de ação a qualidade, a disponibilidade e a acessibilidade às infra-estruturas de saúde são elementos essenciais para o desenvolvimento de uma boa assistência a saúde da população. Para malária especialmente, vai ter importantes repercussões sobre a dinâmica da doença, já que o tratamento e o acompanhamento dos pacientes são essenciais para o controle dessa enfermidade. A maior parte das infra-estruturas de saúde (hospitais, laboratórios, postos de saúde, etc.) é administrada pelo Estado ou municípios. Contudo, nas várias regiões brasileiras, estas infra-estruturas não são suficientes para assistir toda a população. Registra-se assim, durante a última década, um forte aumento do número de estabelecimentos privados em todo o território nacional. Atualmente, quase 65% dos hospitais brasileiros são particulares.

A Amazônia brasileira, onde se concentra 99,5% dos casos atuais de malária, é objeto de uma forte pressão antrópica desde os anos 70 consecutiva à implantação de projetos de desenvolvimento, principalmente governamentais, que provocam profundas mudanças ambientais e sociais. A partir deste momento, epidemias importantes de malária começam a

desencadear. Passa-se de 53.000 casos em 1970 a mais de 600.000 casos anuais nos anos 90 (GUSMÃO, 2002). Porém, apesar da pressão antrópica não ter cessado de aumentar durante os trinta últimos anos na Amazônia (THÉRY E MELLO, 2004), o número de casos de malária apresentam fortes oscilações a partir da década de 90 (Figura 1), notadamente em Roraima, a nossa zona de estudo (Figura 2). A fim de melhor analisar a importância dos compromissos políticos no combate a malária, estudou-se a partir de ferramentas de geotecnologias a dinâmica dessa doença nos últimos 40 anos em Roraima e a qualidade da infra-estrutura básica disponível no Estado.

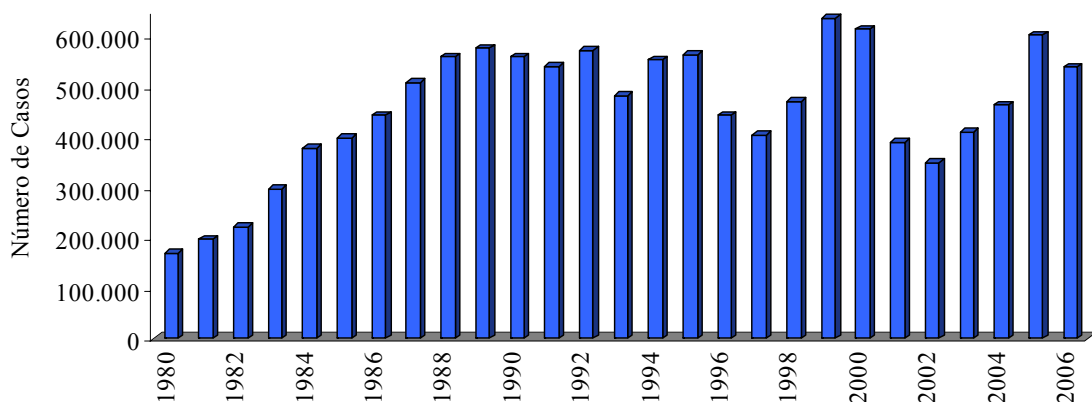


Figura 1 - Evolução dos casos de Malária no Brasil entre 1980 e 2006

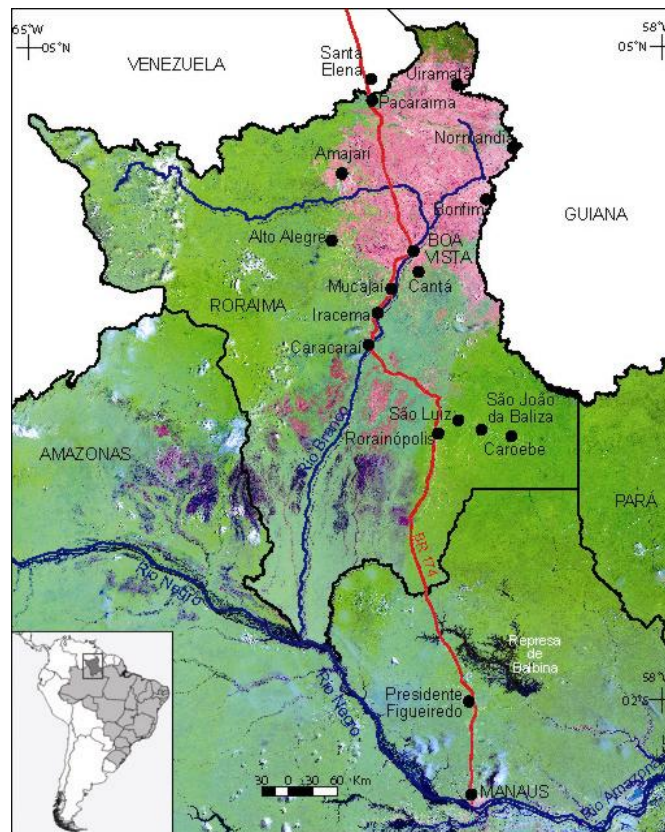


Figura 2 - Localização de Roraima

Dados e Metodologia

Na realização deste trabalho foram utilizados dados dos sistemas de informação epidemiológica da FUNASA, da Secretária de Vigilância em Saúde (SVS), ambos do Ministério da Saúde, no período de 1962 a 2006. Foram coletados os dados de números de exames realizados e de casos positivos de malária do Estado e municípios de Roraima. Também foram utilizados os dados de assistência à saúde e demográficos do banco de dados do DATASUS.

Após a coleta foi feita a compilação e sistematização dos dados e posteriormente foram inseridos num ambiente SIG (Sistema de Informações Geográficas), onde continha os limites municipais produzidos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Nesse ambiente realizou-se o cruzamento espaço-temporal dos dados de malária e de assistência a saúde e gerou-se cartogramas, gráficos e tabelas.

Resultados e Discussões

A infra-estrutura de saúde em Roraima

A acessibilidade da população à rede de assistência a saúde é essencial para o tratamento da malária. Um bom conhecimento da distribuição espacial desta rede ilustra a relação estreita que existe entre a infra-estrutura hospitalar e a luta contra a malária. A figura 3 mostra o número de leitos e a quantidade de profissionais de saúde para cada grupo de 1.000 habitantes e o índice parasitário anual (IPA)¹ médio de malária (1998/2004) por município. Essa figura mostra que quase todos os municípios onde os quesitos de infra-estrutura de saúde são fracos ou mesmo inexistentes, como Amajari e Rorainópolis, os valores do IPA são os mais elevados do Estado. Já nos municípios que possuem melhores infra-estruturas de saúde como São João da Baliza, Normandia e Boa Vista, os valores de IPA são mais baixos.

Dois municípios chamam a atenção. Em primeiro lugar, Alto Alegre, que embora possuindo a melhor infra-estrutura de saúde, apresenta um IPA médio bastante elevado. Porém, quando olhamos em detalhe este município, verifica-se que ele apresentou uma importante queda do IPA nos últimos anos, passando de 183,5 casos/1.000 habitantes em 1998 a 10,08 casos/1.000 habitantes em 2003. O segundo município é o mais antigo do Estado. Quarto município em termo de população, Caracarái não dispõe de nenhum leito hospitalar e apresentam uma das médias anuais de IPA mais elevadas do Estado entre 1998 e 2004 (241,96 casos/1.000 habitantes). Estes exemplos mostram que a insuficiência de estruturas de assistência à saúde

¹ O Índice Parasitário Anual (IPA) é o número anual de casos positivos de malária dividido pelo número de habitantes locais e multiplicado por mil.

em certos municípios reflete o pouco compromisso de alguns municípios para as questões de saúde. Esta falta de interesse reflete-se sobre as ações de controle a malária que o município deve realizar. De um lado, esta situação expõe a necessidade da tomada de consciência pelos municípios do importante papel que devem desempenhar na luta contra malária. Do outro, ilustra o perigo da descentralização do sistema de saúde, uma política que provoca disparidades entre os municípios em matéria de acessos a assistência à saúde.

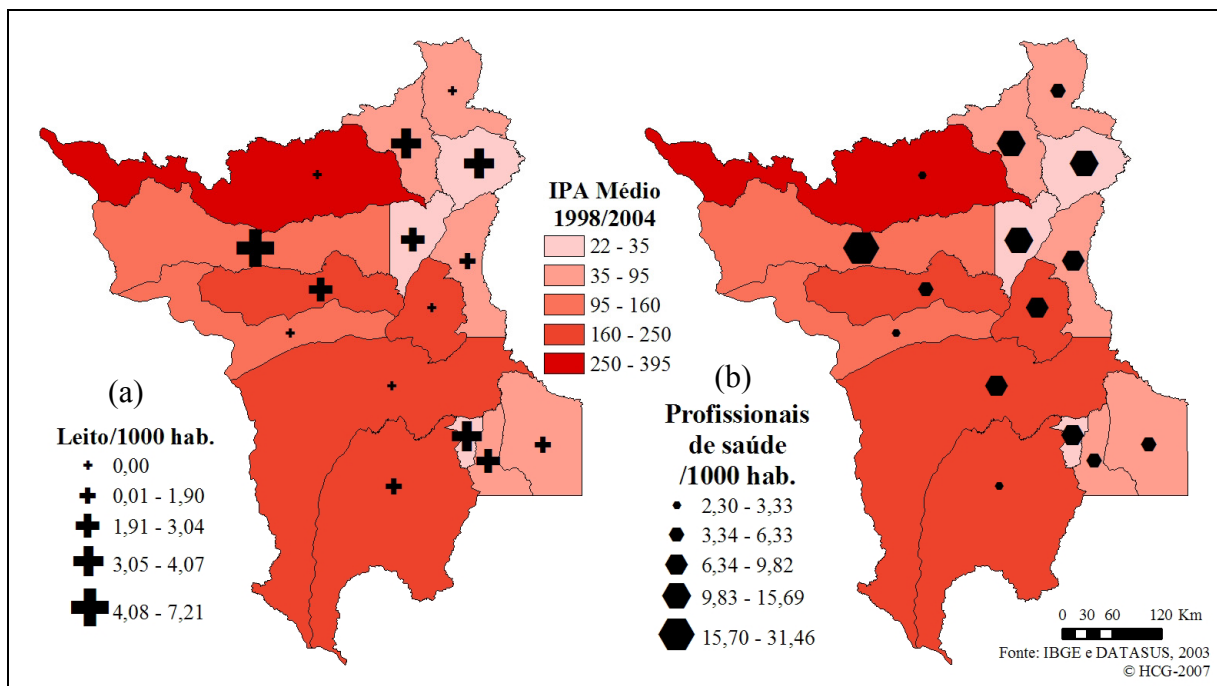


Figura 3 - Número de leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes (a); Quantidade de profissionais de saúde para cada 10.000 habitantes (b); e IPA médio (1998/2004) por município.

A eficácia das ações de controle da malária

As ações de combate à malária eram realizadas pelo governo federal, para isso várias estruturas foram criadas ao longo dos anos: o Serviço Nacional de Malária (1941), o Departamento Nacional de Endemias Rurais (1954), a Companhia de Erradicação da Malária (1965), a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (1970) e finalmente a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (1991). As ações eram planejadas e executadas de maneira centralizada por estas equipes especializadas.

A partir de 2000, para atingir os objetivos de descentralização definidos no SUS e a organização hierarquizada de ações em saúde a FUNASA transfere aos municípios a responsabilidade da execução das ações de controle da malária. Sendo que a equipe da Secretaria de Vigilância de Saúde (SVS), que depende diretamente do Ministério da Saúde, defini e publica os protocolos de ações de controle, supervisiona a evolução nacional das

doenças endêmicas e centraliza os dados estatísticos. Já a Secretaria de Saúde dos Estados gere e supervisiona as ações realizadas pelos municípios. Os municípios são encarregados de aplicar as intervenções definidas nos protocolos estabelecidos pelo a SVS. Os créditos para a gestão e para a aplicação destas operações são confiados diretamente aos Estados e aos municípios pelo governo federal.

É importante sublinhar que o tratamento bem como a despistagem da malária são gratuitas. Em contrapartida, para beneficiar do tratamento, a pessoa deve primeiro realizar um exame de despistagem. Se for positivo, o paciente recebe todos os medicamentos específicos necessários ao tratamento. A fim de vulgarizar a informação e facilitar o acesso aos protocolos de ações de controle a malária, a SVS edita guias explicativos completos que são postos à disposição do público na Internet. Os guias também são impressos e distribuídos às secretarias de saúde dos Estados, que o distribuem aos municípios e estes aos agentes de saúdes.

Apesar da política de descentralização, a FUNASA permaneceu em atividade. Ocupa-se doravante da saúde indígena e das ações de saneamento em comunidades onde os indicadores de saúde denotam a presença de doenças causadas pela falta ou pela insuficiência da rede de saneamento. Assim, o controle das doenças endêmicas nas reservas indígenas é gerido exclusivamente pelo FUNASA. Deve-se sublinhar que este último deve também seguir os protocolos desenvolvidos pela SVS.

Desde 1962, a malária é uma doença à declaração obrigatória. Cada pessoa que realiza um exame de despistagem deve preencher uma ficha. As informações desta ficha enriquecem então um banco de dados nacional. Atualmente ele é nomeado de SIVEP-Malária (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica). Oferecendo assim informações sobre o número de pessoas que realizou exames ao longo dos anos e o número de casos de malária confirmados.

A facilidade com a qual a população tem a acesso a realização do exame é um indicador da eficiência de assistência à saúde disponibilizada para a população. Visto que se uma grande quantidade de exames tiver sido realizada provavelmente maior facilidade a pessoa teve de fazê-lo, não buscando assistência somente quando estiver muito doente. Esta facilidade ou dificuldade de acesso mostra de uma certa forma o compromisso dos responsáveis para oferecer serviços de saúde de qualidade a todos. A fim de medir este compromisso, formulou-se um índice que chamamos de Índice de Eficácia (IE). Ele é calculado a partir do número de exames realizados menos o número de exames positivos, dividido pela população residente e total multiplicado por mil (GURGEL, 2006).

$$IE = \frac{(\text{número total de exames} - \text{número total de exames positivos})}{\text{População total residente}} \times 1\,000$$

Se o IE for elevado significa que a diferença entre o número de exames realizados e a quantidade de casos positivos de malária em relação ao número de habitantes é importante. Uma diferença considerável pode-se traduzir num bom acesso a assistência à saúde pela população, o que mostra então um compromisso mais forte dos responsáveis públicos na luta antimalárica, pois o governo provavelmente está pondo a disposição da população uma maior quantidade de locais e de agentes capacitados para realizar os exames.

O gráfico da figura 4 mostra a variabilidade do IE durante os 46 últimos anos em Roraima, é interessante observar a forte oscilação entre 1962 e 2006. Esta flutuação mostra a inconstância do compromisso ou a eficácia dos programas de controle. Durante este período, notam-se momentos de eficácia elevados, geralmente concentrados sobre períodos curtos: 1975-77, 1995-96, 2000-02, de 2005-06.

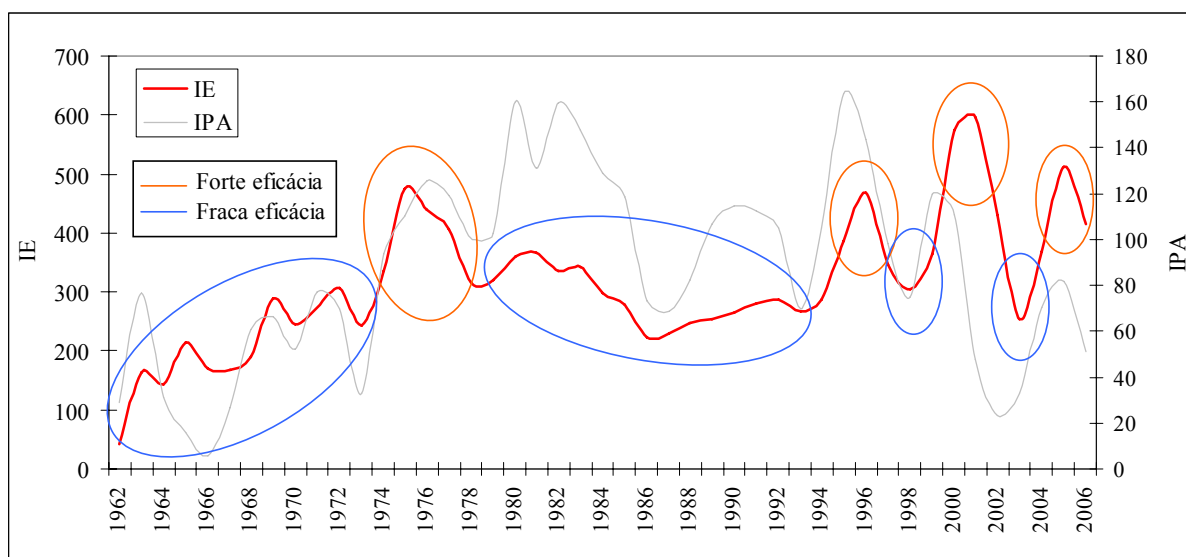


Figure 4 - Índice de eficácia em Roraima de 1962 a 2006

Observando simultaneamente a tabela 1 e a figura 4, é possível observar que durante a década de 60 os exames de despistagem da malária eram raros, pois a diferença entre o número de exames realizados e positivos é muito baixa. A melhoria de realização do exame foi durante a década 60-70. Entre 1975 e 1978, constata-se um importante progresso. Este período corresponde ao de abertura das estradas BR-174 e BR-210 (BARBOSA, 1993). A importância da luta contra a malária nos locais de construção das estradas foi notada nessa época, resultando em uma atenção especial à saúde dos trabalhadores desses grandes empreendimentos, com a realização freqüente de exames de despistagem da malária

(BARATA, 1995 e LOIOLA et al, 2002). Assim, o pico observado durante este período é provavelmente ligado aos exames realizados nos trabalhadores durante as obras de abertura das estradas.

Tabela 1 - Qualificação do nível de acesso à assistência a saúde

Acesso à saúde	Ano
Extremamente elevado	1975, 1996, 2000-01, 2005
Muito elevado	1976-77, 2002, 2006
Elevado	1995, 1999, 2004
Baixo	1971, 1989-90, 1993, 2003
Muito baixo	1970-73, 1986-88
Extremamente baixo	1962-68

Após a construção das estradas, que coincide igualmente com o fim do programa mundial de erradicação da malária, constata-se certa estabilização com uma ligeira queda da qualidade de acesso aos cuidados durante os quinze anos seguintes. Estes anos são marcados pela falta de ações concretas em prol da luta contra a malária, sobretudo devido à ausência de programas internacionais (GURGEL e FOTSING, 2006). No início dos anos 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança novas diretrizes contra malária e a FUNASA fica encarregada de colocar em prática as ações de controle. Reconquista-se assim uma melhoria da qualidade de acesso à assistência a saúde. Contudo, uma forte queda do IE entre os anos 1997 e 1998 se produz. Um novo plano de luta contra malária é lançado em 1997 e as primeiras ações de descentralização são realizadas. Os municípios ficam responsáveis de certas ações de controle (GUSMÃO, 2002). Em 1999, uma das mais graves epidemias malária ocorre, observa-se um aumento muito importante do IE. Em 2000, um novo plano é lançado e as ONG em parceria com a FUNASA ficam responsáveis pela a saúde indígena. O melhor acesso à assistência a saúde dessa população conduz a uma forte queda da malária entre 2001 e 2002 (GURGEL, 2006). Contudo, em 2003, ano das eleições municipais, constata-se mais uma vez, uma queda impressionante do IE, mostrando o desobrigamento dos municípios. Esta situação provoca uma explosão da malária em 2004. Diante dessa situação uma campanha para tentar regularizar essa situação é lançada e o IE sobe mais uma vez entre 2005 e 2006.

Considerações Finais

Os resultados apresentados mostram uma forte flutuação do compromisso dos gestores de saúde, favorecendo assim explosões periódicas da malária observadas entre 1962 e 2006, notadamente durante a última década. Esta situação também provocou uma falta do controle efetivo e duradouro da malária em Roraima, assim como em toda a região amazônica, onde o

nível de acesso à assistência à saúde continua a ser insuficiente. Os resultados também apontam que o engajamento político das diversas instâncias do governo e a conscientização da população do direito ao acesso a saúde se mostram indispensáveis para a eficácia dos programas de controle. A luta contra a malária necessita de um esforço contínuo sobre uma longa duração, durante pelo menos 20 anos, como mostram as campanhas europeias e brasileiras que tiveram êxito na erradicação dessa doença.

Referência Bibliográfica

BARATA R.C.B. “Malaria in Brazil: trends in the last ten years”. *Cadernos de Saúde Pública*, v.11, n.1, p.128-136, 1995.

BARBOSA R.I. “Ocupação humana em Roraima. II. Uma revisão do equívoco da recente política de desenvolvimento e o crescimento desordenado”. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi, Série Antropologia*, v.9, n.2, p.177-197, 1993.

BRASIL - Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde “Ações de controle de endemias: malária: manual para agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias.” Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 104p.

GURGEL, H.C. “Paludisme et dynamiques environnementales dans l'État du Roraima au Brésil”. Tese de doutorado em Geografia e Prática do Desenvolvimento. Nanterre: Université Paris X, 2006. 277p. Disponível em: <http://www.orleans.ird.fr/site/these_gurgel.pdf>. Acesso em: maio de 2007.

GURGEL, H. C.; FOTSING, J-M. . “Avancée du monde, avancée des parasites, avancée de la médecine : le paludisme au Brésil”. In: LOMBARD, J.; MESCLIER, E.; VELUT, S. (Org.). *La Mondialisation Côté Sud : Acteurs et territoires*. Paris: IRD Editions e ENS, 2006, p. 83-97.

GUSMÃO R. “The control of malaria in Brazil”. In: CASMAN E.A. et DOWLATABADI H. (Eds). *The contextual determinants of malaria*. Washington, DC: RFF Press, 2002, p.58-65.

LOIOLA C.C.P.; SILVA C.J.M.; TAUIL P.L. “Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.11, n.4, p.235-244, 2002

THERY H.; MELLO N.A. (2004) “Atlas du Brésil”. *Collection Dynamiques du territoire*. Montpellier / Paris: CNRS-GDR Libergéo / La Documentation Française, 2004, 302p.