
CONSTRUÇÃO DE NOVOS PRESSUPOSTOS PARA O CONTROLE DE ENDEMIAS

Eduardo Hage Carmo

INTRODUÇÃO

O processo de descentralização no controle das endemias pode cumprir duas trajetórias distintas. A primeira delas, que tende a ser a trajetória predominante e efetivamente vem sendo cumprida na maioria das experiências em curso no nosso país, caracteriza-se pelo repasse da gestão das ações de controle dos níveis mais centrais para os níveis periféricos das instituições públicas da saúde. Esta vertente começa pelo aumento gradual da participação das gestões estaduais, municipais e locais no planejamento, na execução e, em algumas situações, na avaliação das ações, como é evidenciado pelas experiências atuais. A riqueza desse processo diz respeito ao fortalecimento dos mecanismos de parceria, à viabilização da participação de atores excluídos dos processos decisórios que, em âmbito local, estão mais habilitados a serem integrados. Outra vertente, além de incorporar o processo de descentralização gerencial das ações de controle e, portanto, do poder, aponta para uma

redefinição dos pressupostos teóricos, com os desdobramentos metodológicos, que fundamentam a priorização de ações.

CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DEFINIÇÃO DE MEDIDAS DE CONTROLE

A despeito de todo o conhecimento acumulado no campo da epidemiologia, bem como das diversas experiências na execução das ações de controle, que têm continuamente apontado para a necessidade de uma redefinição das estratégias de controle de doenças, este não é ainda um caminho suficientemente percorrido.

Toda a discussão traçada hoje na busca de uma explicação para as profundas modificações nos padrões epidemiológicos das sociedades contemporâneas tende a apontar para uma aparente dicotomia: as modificações se deveram à utilização da tecnologia médica – para os adeptos da teoria da transição epidemiológica – ou à melhoria das condições de vida das populações – para os críticos da teoria (Barreto et al., 1993). Na situação do Brasil, caracterizada por uma superposição de redução na mortalidade por doenças infecciosas e manutenção no padrão de morbidade por essas doenças, com o acréscimo de problemas como dengue, cólera, AIDS etc., tal quadro se torna mais complexo.

A despeito desses aspectos, as ações da saúde são voltadas para a utilização intensiva e exclusiva da tecnologia médica. No caso das doenças endêmicas, sejam transmitidas por vetores ou não, as ações prioritizadas, em geral, são: quimioterapia (esquistossomose, hanseníase, tuberculose, cólera) e/ou utilização de inseticidas (doença de Chagas, malária, dengue). Tais medidas têm como base, na explicitação do processo saúde-doença, tanto uma concepção ontológica, que visualiza a doença entrando no homem, quanto a concepção ecológica, que incorpora a tríade agente-hospedeiro-meio. Assumem uma perspectiva focal, segundo a formulação de Pavlowsky na década de 30 (Pavlowsky, 1964), e uma dicotomia urbano-rural.

Segundo essas concepções, a ocorrência de doenças transmissíveis é definida pela inserção do homem em um determinado ambiente, com condições favoráveis para a reprodução de vetores e agentes patogênicos, sem uma incorporação do processo de modificação desse ambiente pelo homem. No entendimento da disseminação para áreas urbanas, incorporam, quando muito, o papel exclusivo da migração, não como processo social, mas como um atributo individual. O espaço sob o qual é compreendida a ocorrência do processo saúde-doença é um espaço possuidor de atributos, em geral físicos e com ênfase nos elementos do clima, e que pode ser esquadrihado para qualquer nível de escala, definida pela forma de organização dos serviços.

O estudo da produção de doenças e sua articulação com formas específicas de organização do espaço, mediante o qual o papel da intervenção humana sobre o espaço é considerado como componente importante no processo de causalidade, tem sido desenvolvido por Sabroza, Toledo & Osanai (1992), bem como por Silva (1985), em análise da distribuição da doença de Chagas no estado de São Paulo. No entanto, a incorporação dessas abordagens na discussão das medidas de controle das doenças endêmicas ainda é incipiente.

As conseqüências dessa dissociação entre a produção do conhecimento da epidemiologia e a definição de políticas da saúde se expressam seja na baixa efetividade das ações de controle, seja no controle limitado e temporário de alguma etapa do processo de transmissão. Como evidências da primeira forma de expressão, podem ser citadas as experiências no controle da hanseníase, da tuberculose, da malária e da leishmaniose visceral, as quais têm apresentado manutenção ou mesmo aumento na ocorrência de casos no País como um todo (Quadro 1).

Quadro 1 – Tendências em indicadores de morbidade para doenças endêmicas selecionadas. Brasil – 1980, 1991, 1992, 1993

Doença	Indicador	Ano			
		1980	1991	1992	1993
Hanseníase	índice de detecção*	–	20,59	23,12	21,71
Tuberculose pulmonar total	incidência*	49,41	49,62	49,40	–
Tuberculose pulmonar pos.	incidência*	32,20	30,20	30,50	–
Leishmaniose visceral	incidência*	0,14	1,03	1,25	–
Malária	lâminas positivas	169.871	541.927	577.098	–

* 1/100.000 habitantes.

Fonte: Brasil, 1992a, 1992b, 1993.

Cabe ressaltar, no entanto, que tem sido observada uma tendência recente de redução da incidência de hanseníase em alguns estados. A manutenção no índice de detecção apresentada para os três anos referidos pode ser atribuída à melhoria no sistema de vigilância para este agravo no País como um todo.

Na segunda perspectiva, pode ser lembrada a doença de Chagas, para a qual vem-se obtendo controle na transmissão vetorial, particularmente por *T. infestans* após a utilização maciça de inseticida (Dias, 1992), enquanto a transmissão sangüínea segue ocorrendo em grandes áreas do nosso território. Outro exemplo é representado pela esquistossomose, na medida em que a redução da prevalência de infecção pelo *S. mansoni* é obtida com a utilização da quimioterapia específica por um período limitado de tempo (Santos & Coura, 1986; Sleight et al., 1981), enquanto a redução na morbidade e na mortalidade por formas graves da doença não tem sido verificada de forma consistente em nosso país (Carmo, Barreto & Evangelista Filho, 1993a, 1993b).

Ainda que possam ser visualizadas perspectivas de controle de algumas doenças particularmente transmitidas por vetores, também são apontadas as possibilidades de surgimento de novas moléstias ou reaparecimento de outras, constituindo um processo de substituição ou sobreposição de doenças.

CONCLUSÕES

Não se pretende assumir a dicotomia entre utilização ou não da tecnologia médica em larga escala. O exemplo da erradicação da poliomielite em nosso país e a significativa redução na incidência de sarampo levantam a possibilidade de resultados efetivos na utilização de tecnologia médica. O que merece ser aprofundado é a adoção de medidas integradas, definidas pela dinâmica de transmissão das doenças. Tal integração pressupõe, além da incorporação de tecnologia com comprovada efetividade, investimento em infra-estrutura (do setor da saúde e fora dele) e disseminação do conhecimento sobre o processo de transmissão e possibilidade de controle. Extra-setorialmente, a integração implica a utilização do conhecimento epidemiológico nas instâncias de decisão (administração, planejamento, urbanismos etc.).

Tal discussão deve ter como base alguns conhecimentos que vêm sendo trabalhados pela epidemiologia, com o aporte de outras disciplinas. O primeiro deles diz respeito ao modelo de causalidade adotado na análise da ocorrência e da distribuição da doença. A não-aderência ao modelo unicausal (por exemplo, teoria microbiana) ou multicausal aponta para a incorporação de novos paradigmas (Tesh, 1988). Outro fator se refere ao espaço sobre o qual a doença ocorre na população. A utilização da categoria espaço social como definido pelo movimento da geografia crítica, na abordagem do processo saúde-doença, requer a explicitação da interação do homem com a natureza, na perspectiva do movimento de globalização da economia internacional (Santos, 1991).

Neste sentido, para o entendimento da dinâmica de transmissão de doenças, deve ser buscada uma apreensão dos mecanismos que incidem no nível local, que podem representar a constituição de um foco para algumas doenças, mas também a integração com os espaços diferenciados. Isto implica re-

definir a unidade de análise, planejamento e execução das ações, bem como a recomposição do processo de informação sobre saúde, na perspectiva de permitir o desenho das situações da saúde.

Existe instrumental suficiente para o desenvolvimento contínuo do processo de avaliação das ações, incorporando a participação popular com o aporte de informações relevantes e de fácil acesso. Para tanto, torna-se fundamental uma redefinição dos indicadores necessários, não só para permitir a análise da situação da saúde, mas também a avaliação das ações de controle. Em muitas situações, serão necessários o aperfeiçoamento dos fluxos de informações, a simplificação de formulários etc.

Entendida, portanto, a descentralização das ações de controle das endemias como um processo que vem se desenvolvendo progressivamente em muitas instâncias, este constitui o momento adequado para o repensar das medidas que têm sido executadas. A efetivação deste processo, de forma que assegure qualidade, pode representar um fortalecimento da estratégia, conforme defendido nas várias instâncias de discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M. L. et al. Mudanças nos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis*, 3(1):126-146, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Séries históricas de agravos e doenças transmissíveis. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1(1):17-72, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Doenças transmissíveis e acidentes por animais peçonhentos: taxas de incidência anual por unidade federada, Brasil 1980-1991. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1(5):119-138, 1992b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Casos e agravos de doenças infecciosas e parasitárias notificados em 1991, 1992 e 1993 por unidade federada. *Informe Epidemiológico do SUS*, 2(6):117-146, 1993.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L. & EVANGELISTA FILHO, D. Schistosomiasis control in Northeast Brazil and trends in related morbidity. In: IV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESQUISTOSSOMOSE. Rio de Janeiro, 1993a.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L. & EVANGELISTA FILHO, D. Control of schistosomiasis and schistosomiasis-related mortality in Northeast Brazil. In: IV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESQUISTOSSOMOSE. Rio de Janeiro, 1993b.

DIAS, J. C. P. Doença de Chagas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1(4):17-25, 1992.

PAVLOWSKY, F. *Natural Nidality of Transmissible Disease*. Moscow: Peace Publishers, 1964.

SABROZA, P. C.; TOLEDO, L. M. & OSANAI, C. H. A organização do espaço e os processos endêmicos-epidêmicos. In: LEAL, M. C. et al. (Org.) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: processos e conseqüências sobre as condições de vida*. v.2. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

SANTOS, M. *Metamorfozes do Espaço Habitado*. São Paulo: Hucitec, 1991.

SANTOS, M. L. & COURA J. R. Morbidade da esquistossomose no Brasil. IV- Evolução em pacientes tratados e seus controles. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 81(1):53-60, 1986.

SILVA, L. J. Crescimento urbano e doença: a esquistossomose no município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 19:1-7, 1985.

SLEIGH, A. C. et al. A three year follow-up of chemotherapy with oxamniquine in a Brazilian community with endemic schistosomiasis mansoni. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 75(2):234-238, 1981.

TESH, S. N. *Hidden Arguments: political ideology and disease prevention policy*. Londres: Rutgers University Press, 1988.