

A dengue em Paranavaí, PR (Brasil) - 2012-2013: políticas públicas e campanhas sanitárias

El dengue en Paranavaí, PR (Brasil) - 2012-2013: políticas públicas y campañas sanitarias

Dengue in Paranavaí, PR (Brazil) - 2012-2013: Public Policies and Health Campaigns

Thiago Kich Fogaça

tkfogaca@gmail.com

Doutorando - PPG em Geografia - Universidade Federal do Paraná - UFPR

Francisco Mendonça

chico@ufpr.br

PPG em Geografia - Universidade Federal do Paraná - UFPR

Resumo: A gravidade da epidemia de dengue ocorrida em Paranavaí, PR, no verão de 2012-2013 foi marcada pelo elevado registro de casos da doença, com mais de 10% da população diagnosticada. A região apresenta condições socioambientais (climáticas e urbano-ecológicas) favoráveis à proliferação do vetor *Aedes aegypti*. Esta pesquisa coloca em evidência os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde para desvendar os fatores primordiais na consolidação da epidemia. Foram analisados dados variados como registros de casos, de emprego de inseticidas e visitas domiciliares, bem entrevista semiestruturada com profissionais municipais. Constatou-se que um conjunto de fatores foi responsável pela gravidade da epidemia, em destaque o despreparo dos profissionais de saúde, a interrupção da vigilância no período eleitoral municipal de 2012, e a falta de conscientização da população no trato dos resíduos sólidos urbanos.

Palavras-chave: Vigilância, saúde, Geografia.

Resumen: La gravedad de la epidemia de dengue ocurrida en Paranavaí, interior de Paraná, en el verano de 2012-2013, fue marcada por el elevado número de casos de la enfermedad, ya que más del 10% de la población fue diagnosticada. La región presenta condiciones socioambientales (climáticas y urbano-ecológicas) favorables a la proliferación del vector *Aedes aegypti*. Esta investigación pone en evidencia los procedimientos realizados por los profesionales de salud para desentrañar los factores primordiales en la consolidación de la epidemia. Fueron analizados datos variados tales como registros de casos, de uso de insecticidas y visitas en los domicilios, bien como una entrevista semi-estructurada con profesionales del municipio. Se constató que un conjunto de factores fueron responsables de la gravedad de la epidemia, destacándose la falta de preparación de los profesionales de salud, la interrupción del monitoreo durante el periodo electoral municipal de 2012 y la falta de concientización de la población en el tratamiento de los residuos sólidos urbanos.

Palabra-claves: Monitoreo, salud, Geografía.

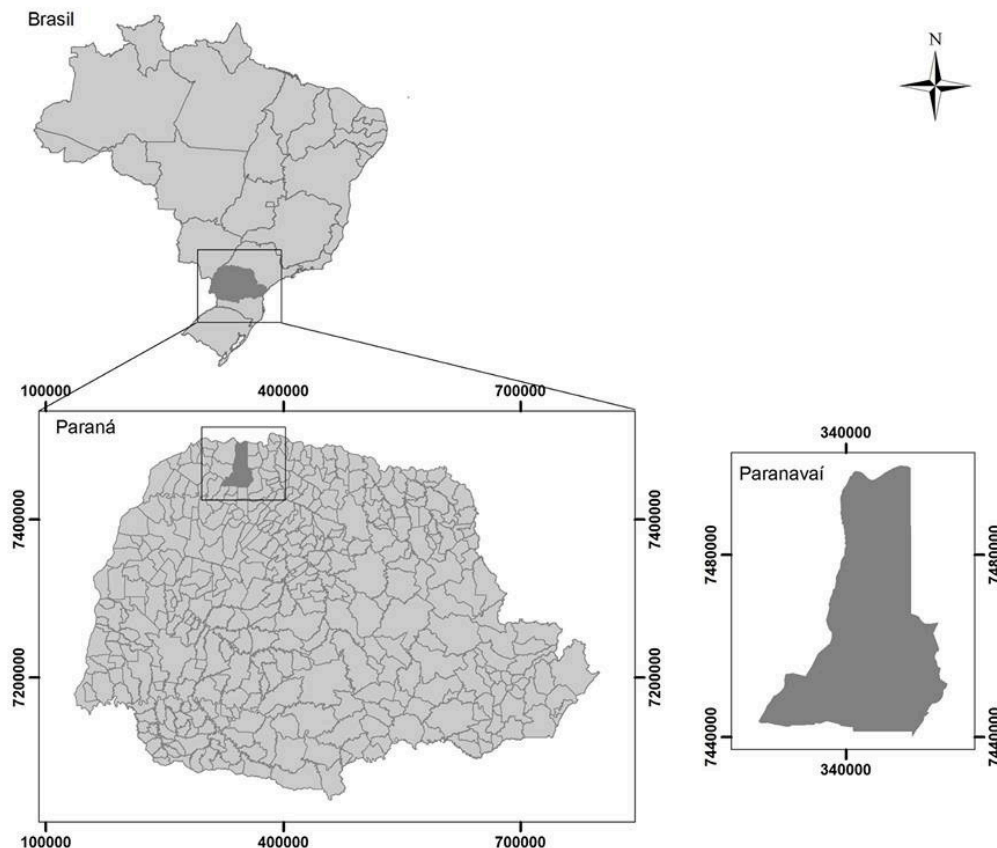
Abstract: The seriousness of epidemic dengue occurred at Paranavaí, PR, during the 2012-2013 summer was marked by the high number of disease registries, when more than 10% of population was diagnosed. That region is characterized by social and environmental conditions (climatic and urban ecological) which are propitious to vector *Aedes aegypti* proliferation. This research evidences the procedures performed by health professionals in order to reveal the fundamental factors to the epidemic consolidation. Several data were obtained as case records, insecticide use and home visits, as well a semi-structured interview with professionals from the municipality. It was verified that the main factors responsible for the severity of the epidemic were the unpreparedness of health professionals, the surveillance work interruptions during the electoral campaign in 2012, and the lack of awareness among the population related to solid urban waste treatment.

Key words: Surveillance, Health, Geography.

INTRODUÇÃO

Paranavaí é um município do estado do Paraná, situado na microrregião denominada Norte Novíssimo (Fig. 1). Segundo IBGE (2014), no ano de 2010 o município, de 1.202,266 km², possuía um total de 81.590 habitantes e densidade demográfica de 67,86 hab./km².

Figura 1 - Cartograma de localização do Município de Paranavaí – Paraná.



Fonte: IBGE.

No verão de 2012 para 2013 Paranavaí apresentou uma epidemia de dengue, sendo recorde no estado do Paraná, pois mais de 10% da população foi acometida pela doença (FOGAÇA, 2015). Entre os meses de novembro de 2012 e julho de 2013 foram confirmados 9.921 casos para a área contínua urbana, sendo o local de maior incidência de casos a Vila Operária, que também é destacado pelo Plano Diretor do Município como área de fragilidade socioambiental (FOGAÇA, 2015).

O perfil dos moradores mais infectados também corresponde as áreas de fragilidade, apresentando-se maior incidência de doentes com pouca escolaridade, em idade entre os 11 e 30 anos e predominância do sexo feminino.

Estes aspectos ilustraram os fatores da espacialidade da epidemia, porém existem outros fatores determinantes na dinâmica desta. Nesse sentido, este artigo buscará evidenciar a questão política atrelada as campanhas sanitárias e os métodos de controle efetuados pela equipe de vigilância e saúde municipal e da 14ª Regional de Saúde.

Para o desenvolvimento da pesquisa pretendeu-se responder algumas questões: - Como ocorre a divisão de responsabilidades em relação à saúde no Município? - Quais os mecanismos são atualmente utilizados para controlar a doença? - Quais fatores políticos foram decisivos na consolidação da epidemia?

MÉTODOS DA PESQUISA

A pesquisa se desenvolveu em duas etapas, a primeira evidenciando os documentos legais sobre as ações de campanhas sanitárias no Brasil e suas responsabilidades; a segunda em relação às ações ocorridas na epidemia de dengue registrada em Paranavaí no período de 2012 a 2013.

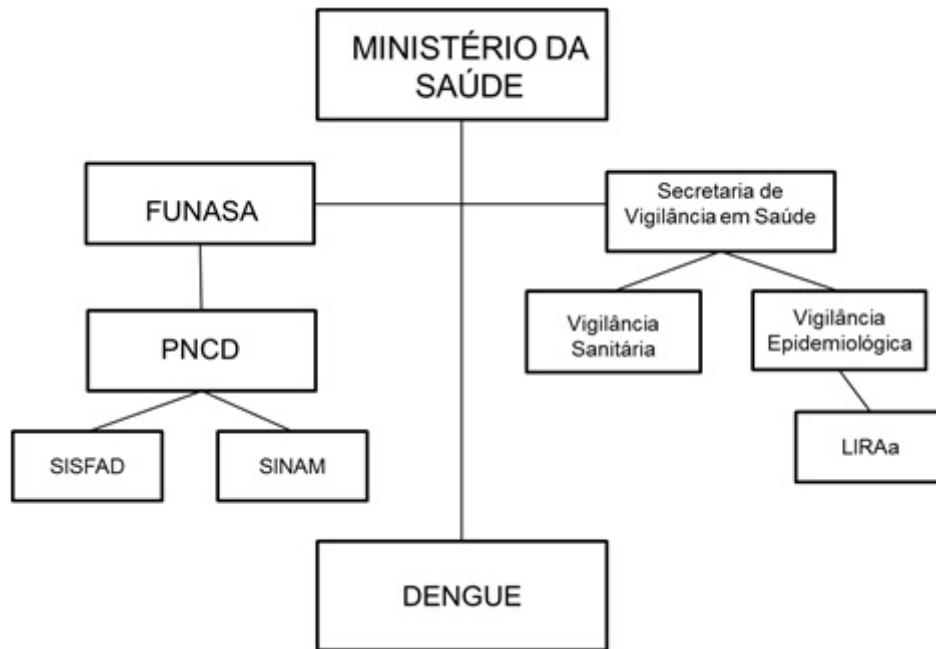
Na escala local, contou-se com os dados fornecidos pela 14ª Regional de Saúde do Paraná: LIRAA – Levantamento de índice rápido do *Aedes aegypti* e IIP – Índice de infestação predial por estratos; as tabelas com informações sobre as datas e quantidades de inseticidas utilizados; tabelas de UBV (Ultra Baixo Volume) Portátil do ano de 2013, retirados do sistema SisPNCD – Sistema do Programa Nacional de Combate da Dengue, e UBV Pesado de 2012 e 2013, retirados dos sistemas FAD - Sistema de Informação da Dengue - Versão 14.04 e SisPNCD, respectivamente.

Além disso, foram efetuadas oito entrevistas¹ semiestruturadas com funcionários da 14ª Regional de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde que estiveram envolvidos no período da epidemia, a fim de evidenciar fatos que se referem às campanhas sanitárias. Para Marconi e Lakatos (2002), a entrevista é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social, e neste sentido uma ferramenta para extrair informações do cotidiano dos agentes diretamente ligados ao trabalho de combate à dengue. O objetivo principal é a investigação dos condicionantes que podem ser associadas na ocasião da epidemia (Fig. 2).

1 A pesquisa foi cadastrada e aprovada no Comitê de Ética via Plataforma Brasil, com número de registro: 976.217 de 28/01/2015. Os interlocutores com transcrições neste texto estão identificados como Jorge, Correa, Kasado, Filho, Romero e Silva.

As perguntas foram elaboradas visando identificar particularidades em relação ao quadro de funcionários dos diversos setores que atuam no controle da dengue.

Figura 2 - Esquema metodológico de análise das campanhas sanitárias com base nas entrevistas.



O roteiro consistiu das seguintes perguntas:

- 1 - Qual é a sua formação escolar e há quanto tempo você trabalha na área da saúde?
- 2 - Em específico ao combate à dengue, quanto tempo?
- 3 - Durante este período houve alguma informação ou treinamento específico no combate à dengue?
- 4 - Você trabalhou no controle da epidemia de dengue em Paranaíba em 2012-2013?
- 5 - Qual era a sua principal atividade desenvolvida neste período dessa epidemia?
- 6 - Em sua opinião, qual o principal condicionante ou problema que ocasionou essa epidemia de 2012-2013?
- 7 - Em relação às políticas de saúde, as campanhas, quais problemas você acredita existir para controlar essas epidemias?

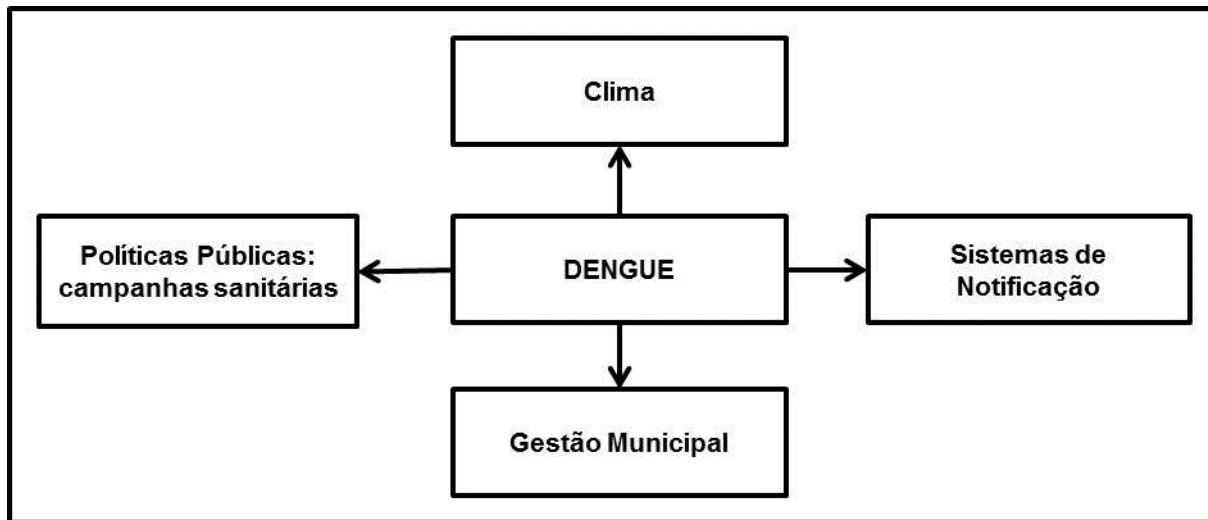
Após a análise das campanhas sanitárias passou-se a organizar dados referentes aos sistemas de notificação, fichas cadastrais de notificação, entre outros sistemas que são responsáveis pela manutenção do SINAN. Com isso, buscou-se identificar fragilidades nos sistemas e fomentar discussões sobre a atual aplicabilidade e efetiva ação Política Pública em Saúde no Estado do Paraná.

DEFINIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES E O CONTROLE DA DENGUE NO BRASIL

Neste item discute-se aspectos da relação entre os sistemas e leis que são responsáveis por estruturar as ações dos profissionais de saúde no combate à dengue. Para isso

evidenciou-se a hierarquia de funções e determinações que estão relacionados diretamente ao tema e ao desenvolvimento desta pesquisa e apresentados na Figura 3, a seguir.

Figura 3 – Fluxograma: Políticas públicas no combate à dengue e suas atribuições.



Fonte: Adaptado de ARAÚJO (2013, p. 62).

No Brasil as ações de combate a problemas que remetem a saúde pública são de responsabilidade do Ministério da Saúde e, dentre todas as doenças, está o combate à dengue. Para o combate à dengue as ações estão divididas em dois órgãos específicos:

1) a FUNASA: Fundação Nacional de Saúde, que funciona como uma autarquia ligada ao ministério e estabelece a preocupação e elaboração de políticas públicas aplicadas à dengue, desde meados da década de 1990; e 2) SVS/DVEpid: Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica, subordinados ao ministério (ARAÚJO, 2013, p. 61).

A reintrodução da dengue em território nacional com grande número de casos, ocorreu próximo aos anos 1990 (OPAS, 2014). Com a expansão dos casos ocorreu maior preocupação em conter epidemias, e, sendo assim, chegou-se à conclusão que deveria ocorrer maior articulação entre as esferas, nacional, estadual e municipal no combate contínuo a doença e, em 1996, criou-se o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa). Com a necessidade de pensar em alternativas ocorreu a descentralização das ações, buscando a interação local, com participação da comunidade. Nesse sentido as obrigações seriam atribuídas aos gestores municipais, com vistas à educação ambiental e combate contínuo em locais com altos registros da doença (BRASIL, 2002).

Como parte desse processo do controle da doença, também devido ao aumento de casos e introdução de novos sorotipos em território nacional, foi criado o Programa Nacional de combate à dengue – PNCD, em 2002.

O PNCD procura incorporar as lições das experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, enfatizando a necessidade de mudança nos modelos anteriores, fundamentalmente em alguns aspectos essenciais: 1) a elaboração de programas

permanentes, uma vez que não existe qualquer evidência técnica de que erradicação do mosquito seja possível, a curto prazo; 2) o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização das pessoas, de maneira a se criar uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; 3) o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença; 4) a melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor; 5) a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF); 6) a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, etc.; 7) a atuação multissetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; e 8) o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios (BRASIL, 2002, p. 4).

Com o PNCD também foram criados os programas para suprir o registro de notificações e servir de suporte no compartilhamento das informações e apoio na vigilância epidemiológica. Estes são o SINAN e o SisFAD.

Preconizado no PNCD, o SISFAD (Sistema de Informações da Febre Amarela e Dengue) é um sistema que armazena os dados de levantamentos da infestação dos vetores da dengue. Os dados de notificações da doença são armazenados e disponibilizados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos Notificados), de onde as secretarias de saúde podem efetuar o monitoramento da dengue a partir das informações sobre os casos da doença disponíveis (ARAÚJO, 2013, p. 68).

O outro órgão de ação diferenciada da FUNASA é a Secretaria de Vigilância em Saúde, que representa o aporte técnico dos profissionais em Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

Por meio das *Diretrizes Nacionais de Combate à Dengue* foram preconizadas políticas de controle dos vetores, principalmente em locais que apresentam vulnerabilidade para a ocorrência da doença. Dentre os programas foi criado o LIRAA (Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*) no ano de 2002, que consiste no levantamento amostral de infestação do vetor em determinadas áreas. Foi a partir do LIRAA que se fortaleceu a ideia de controle da reprodução do vetor, pois este deve ser executado no mínimo quatro vezes ao ano.

Em relação à Vigilância em Saúde, é necessário tecer alguns comentários sobre as diferenças no que diz respeito à vigilância epidemiológica e sanitária.

O conceito de vigilância surgiu no século XIX com a necessidade de observar e analisar a expansão de doenças infecciosas. Com o passar dos anos ele foi evoluindo conforme a ciência foi se desenvolvendo até chegar, por volta dos anos 1950, a significar:

[...] o acompanhamento sistemático da incidência e distribuição das doenças por meio da consolidação e avaliação dos registros de morbi-mortalidade como de outros

dados relevantes para a saúde pública, cabendo a vigilância disseminar regularmente as informações a todos que fossem necessário (ARREAZA; MORAES, 2010, p. 2016).

Segundo Arreaza e Moraes (2010) foi em 1968 que a função de vigilância foi efetivamente incorporada no Brasil. Porém, para os autores durante esse processo ocorreu a distinção entre a vigilância epidemiológica e a sanitária.

A primeira orientada para o controle de casos e contatos obedecendo a uma racionalidade técnico-sanitária fundamentada na clínica e na epidemiologia; já a segunda, dirigida para os ambientes, produtos e serviços obedecendo a uma racionalidade político-jurídica alicerçada na regulamentação da produção, distribuição e consumo de bens e serviços (ARREAZA; MORAES, 2010, p. 2216).

Com as mudanças na organização das ações em relação à saúde, bem como a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, ocorreram mudanças na vigilância em saúde, bem como nas ações de vigilância epidemiológica.

Foi também com o SUS que ocorreu a descentralização das ações de saúde. Sobre isso se tem:

O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território (BRASIL, 2007, p. 4).

Nessa fase de transição a Vigilância em Saúde também passa por transformações. Segundo Arreaza e Moraes (2010, p. 2220):

A vigilância da saúde propõe assim a incorporação de novos atores, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores da saúde ao envolver a coletividade organizada, o que corresponde, por sua vez, à ampliação do objeto-real para além dos fatores clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, abarcando determinações que afetam os diferentes grupos sociais em função de suas condições de vida e saúde.

Estes aspectos são importantes para ocorrer a distinção do papel dos agentes que atuam no combate à dengue. Levando em consideração a expansão das epidemias, tem-se o conhecimento de que todos os agentes de saúde dos municípios acabam envolvidos nas campanhas sanitárias.

Outro ponto importante na transição e evolução das práticas de vigilância é a incorporação de aspectos sociais que, influenciados pela descentralização das políticas em saúde, insere a sociedade civil organizada e ONGs na manutenção das ações na escala local.

RESULTADOS - ESTUDO DE CASO EM PARANAÍ, PR

Nesta etapa da pesquisa buscou-se identificar ações realizadas no âmbito das políticas públicas visando o controle da epidemia ocorrida em Paranaíba. Para isso, dividiu-se

o texto em duas partes: a primeira destina-se em apresentar os dados obtidos em trabalho de campo, sobre a movimentação da equipe de vigilância epidemiológica, bem como a obtenção de registros fotográficos fornecidos por Randal Fadel (Diretor da Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíba), além de informações disponíveis na internet sobre notícias conforme a epidemia se instalava. Ressalta-se que todos os registros fotográficos e dados de sistemas de notificações foram fornecidos no trabalho de campo realizado em abril de 2014.

A segunda parte destina-se a discutir e apontar questões referentes às leis e os sistemas utilizados para notificação de algumas doenças, com ênfase na dengue.

Inicialmente, deve-se destacar que foi no mês de dezembro de 2012 que os casos de dengue começaram a aumentar até atingir o seu auge no mês de fevereiro de 2013. Após a constatação do período epidêmico foi noticiado e instaurado o alerta para a população, diretamente afetada, mas também diretamente responsável pela manutenção da doença. Como parte das campanhas sanitárias se deu as visitas dos agentes da vigilância epidemiológica e a utilização de inseticidas para conter a reprodução do vetor.

Atualmente a prática do uso de inseticidas ocorre de dois modos distintos, que diferem na sua aplicação. Ambos recebem a nomenclatura UBV que faz uso de inseticidas a 'Ultra Baixo Volume', sendo portátil ou pesado. O UBV portátil é utilizado pela equipe de vigilância epidemiológica do Município em visitas em cada domicílio de regiões consideradas críticas na proliferação do mosquito, enquanto que o UBV Pesado deve ser solicitado ao estado, sendo responsabilidade das Regionais de Saúde e utilizado por meio de veículos (Fig. 4).

Figura 4 - Ilustração da utilização de UBV Pesado e Portátil.



Fonte: www.combateadengue.com.br

Os inseticidas UBV portátil e pesado foram amplamente utilizados no ano de 2013. A utilização do UBV portátil foi registrada durante todos os meses após aumento significativo dos casos, porém, ocorreu concentração nas primeiras semanas de janeiro, variando entre 100 e 200 quarteirões tratados pelos agentes. No mês de fevereiro, foi utilizado nas semanas 6, 7 e 9, totalizando 307 quarteirões tratados e ressaltados nesse momento por se tratar do período de pico epidêmico. A área contínua urbana de Paranaíba possui por volta de 1.500 quarteirões, conforme levantado através de imagens *Google Earth*.

Em relação ao uso de UBV pesado, foi registrado no mês de janeiro de 2013 a partir da semana 2 sem interrupção no verão, período de maiores registros da doença e, sendo registrado até a semana 18. O número de quarteirões tratados demonstra que houve a reincidência de uso do inseticida, registrando valores de 1185, 1636, 1332 quarteirões nas semanas 3, 4 e 5. Vale ressaltar que no início de 2013 ocorreram os maiores registros de IIP do *Aedes aegypti* (LIRAA), sendo entre 5,1 e 7,5 em janeiro e 3,5 e 5,6 no levantamento ocorrido em março. O uso de UBV é uma das formas de controle do vetor, porém sabe-se que o cuidado deve ser contínuo e de responsabilidade da população.

Além disso, segundo os profissionais de Vigilância em Saúde, ocorreu um trabalho de divulgação, por meio de jornais e programas de rádio para alertar sobre os cuidados com a doença e noticiar fatos sobre a epidemia, reforçando os cuidados necessários nos lares. Outra maneira de divulgação dos cuidados para com a dengue ocorreu por meio eletrônico, com sites de domínio público, como por exemplo, o site oficial da Prefeitura Municipal de Paranavaí, apresentando dicas e informações sobre o ciclo da dengue.

Um fato evidenciado nas epidemias é a falta de cuidado com os resíduos sólidos, sendo a falta de educação ambiental, constatado pela má deposição e descarte de lixo, que colabora na reprodução do mosquito e se torna um dos grandes desafios no controle da dengue (Fig. 5). Destaca-se que as fotografias foram tiradas após o período epidêmico, ou seja, a falta de cuidado da população com seus resíduos sólidos se mostrou como uma prática do cotidiano, sendo um desafio no combate à doença. Pensando nesses registros, funcionários da 14ª Regional de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde argumentam ser um dos grandes condicionantes que ocasionaram a epidemia instalada em Paranavaí se tratar da falta de responsabilidade da população.

Segundo Jorge, *‘a população hoje é rebelde, a população tem uma boa parte de culpa, ela não responde a uma epidemia de dengue no município, eu falo isso com autonomia de conhecimento, que eu já estive em vários municípios do estado do Paraná e parece que as coisas sempre se repetem: a população não responde ao surto de dengue e em uma epidemia de dengue nós visitamos residências com pacientes suspeitos de dengue e encontramos focos. “Meu deus, isso é um foco de mosquito, não acredito”. Agora nunca ouviu uma televisão? Nunca ouviu um agente da dengue também que passou, orientou e educou? Com certeza ouviu, né? É que é muito mais fácil colocar a culpa no outro’*.

Figura 5 - Paranavaí - Resíduos dispersos nas vias e espaços públicos - Rua Éttore Giovine. Data: 04/12/2013.



Fonte: Randal Fadel Filho.

Correa prossegue com argumentos referentes à falta de compromisso da população argumentando que: *'(...) o brasileiro hoje é desta forma, eles acham que o combate à dengue é um dever meu que sou funcionário público, é um dever teu que você é prefeito do município, e não é assim que devemos pensar. É um dever do governo federal, do estadual, do município, e esse dever é meu, seu e de todos, e a população não pensa assim, meu amigo; quando você está em campo você vai encontrar um outro campo de trabalho diferenciado daquilo que você aprende dentro de uma reunião, é diferente'*.

O condicionante climático é abordado por Romera, Filho e Júnior como sendo um dos grandes fatores da epidemia: *'O fator climático, com certeza muito favorável, houve um período de muito calor e de muita chuva que antecedeu 2013, no final de 2012; isso com certeza é um fator importante'*. Porém, para esta análise se buscou identificar outros aspectos para ilustrar o cenário que culminou com a grande epidemia, levando em consideração que a análise climática foi efetuada em etapas anteriores.

Outro ponto de relevância se faz por meio das leis que configuram as medidas de controle da dengue atualmente. Sobre isso, procedeu-se com a análise de fragmentos do discurso de agentes que trabalham desde meados de 1990 quando as ações eram preconizadas pela FUNASA. A questão colocou em destaque os principais fatores que ocasionaram a epidemia em Paranaíba e levou a considerar aspectos da descentralização das políticas públicas em saúde.

Segundo Araújo (2013), a FUNASA é uma autarquia ligada ao Ministério da Saúde e responsável pela criação de leis de combate à dengue desde os anos de 1990. Porém, a partir de 1996, se viu a necessidade de direcionar o cuidado com a doença para as escalas diretamente afetadas, ou seja, ocorreu a descentralização das responsabilidades. Nesse sentido, o estado e os municípios passam a ter a obrigação de gerir as campanhas, tanto de controle, quanto de educação ambiental.

Neste contexto Correa afirma que *'A política vem de cima e eu acho que houve um fracasso na política desde quando eles descentralizaram a própria saúde, porque quando se fala em Endemias se fala de campanhas, aí o que é que eles fizeram: jogaram para os municípios e deixou de ser campanha'*.

Dentre as obrigações do município, também estão a manutenção de equipamentos e contratação de pessoal. Sobre isso, Correa ainda complementa que: *'Antigamente, quando era a própria FUNASA, tinha carro, cada equipe comportava seis funcionários e um chefe de equipe, hoje nós temos um supervisor para dez funcionários, porque não temos carros (...)'*.

São elencados vários fatores que perpassam pelas questões de verba para saúde e contratação de funcionários, que no fim acabam por dificultar o trabalho de controle da dengue.

Ainda sobre a equipe de trabalho, Jorge afirma: *'Paranaíba não cumpriu o ciclo que diz o PNCD, que todos os municípios do estado do Paraná tem que cumprir o ciclo bimensal; a cada dois meses você tem que fazer uma visita. Essa é a parte dos gestores e você daí equipar a equipe com uniforme, material, veículo, carro, parte de assistência (...) é assim, as duas partes tem culpa: o estado, ele fornece os inseticidas, os carros e os técnicos da FUNASA, que faz esse trabalho nos municípios, e os gestores e o pessoal da equipe de campo por falta de recursos humanos; se você precisa de cinquenta agentes e você tem vinte, como é que você vai fazer visita, orientar e educar?'*

A falta de articulação das esferas envolvidas no controle da dengue é evidente; Kasado, a este respeito, argumenta que *‘um outro ponto assim crucial é o não entendimento da prefeitura, do prefeito, que o enfrentamento da dengue não é da Secretaria de Saúde, ela trabalha na prevenção com relação ao vetor, trabalhar a assistência, porém, a base, o saneamento básico é responsabilidade da Secretaria em obras. Hoje, na atual situação nossa, a gente se depara com as prefeituras que não cuidarem dos resíduos das bocas de lobo, das galerias de água pluvial. Então, hoje boca de lobo e galeria de água pluvial é o foco de maior risco que nós temos nos municípios, porque os municípios que efetuaram essa atividade encontram-se com índice baixo’.*

Ainda sobre a gestão pública, Silva argumenta que *‘não há uma relação direta do PNCD com a Vigilância Sanitária, então, fica muito a mercê da decisão do gestor local e aqui nós temos na organização em uma das nossas cidades, ela não está em gestão plena, esse termo não se utiliza mais, ela não tem autonomia. Uma parte ainda o estado faz; a parte básica que é aonde a dengue, o combate à dengue se insere, ela é responsabilidade do município, então, isso explica porque a gente não teve, não conseguiu sensibilizar, convencer as autoridades locais’.*

Outros fatos que remetem a gestão pública são apresentados pelos entrevistados em relação ao início da epidemia, tornando-se, segundo eles, um dos fatores mais fortes na gravidade de casos apresentados. Kasado e Junior apresentam fatos que merecem relevância. Inicialmente Kasado afirma: *‘um dos pontos que a gente vinha apontando era a desmobilização da prefeitura, que era um ano político, o ano de 2012, então, teve muitos profissionais se ausentando, muitos secretários municipais também se afastando e o prefeito inclusive, que eles desmobilizaram o trabalho que é de rotina de enfrentamento da dengue. Então, nós não tínhamos acesso suficiente no campo, agente de controle de endemias no campo, então não fazia rotina e outra coisa assim: para campanha, em nome da campanha que era para prefeito, muita coisa deixou de ser feita, porque não podia investir dinheiro e tal, e a preocupação era outra, foi canalizado’.* Colaborando com a fala de Kasado, Junior complementa: *‘a desmobilização por conta de questão eleitoral, de questão política no ano anterior foi sensível, muito perceptível’.*

Neste período, no final do ano de 2012, não ocorreram fortes campanhas para coibir a reprodução do vetor. Isso é evidenciado por meio do documento que aborda a utilização do UBV Pesado no ano de 2012. Segundo o arquivo fornecido na 14ª Regional de Saúde, não houve registro de sua utilização no período. Complementando, Silva argumenta: *‘de acordo com os fatos e relatados documentados que nós já temos, houve no ano de 2012 uma série de problemas, na época que teria que se trabalhar a dengue, setembro, outubro e novembro, era período eleitoral e houve uma mudança na direção da Vigilância de Saúde, e com isso provocou, praticamente, uma paralisação de pelo menos dois meses das atividades de endemias na cidade. Questão de carro de apoio para o pessoal do campo, uma série de dificuldades. Esses dois fatos – a paralisação e as dificuldades que tinham – acabaram agravando uma situação já crônica, já informada, já conhecida, de que a estrutura de Paranavaí é ineficiente em alguns aspectos, principalmente na relação de número de servidores, dos agentes de endemias, para o número de moradias existentes na cidade’.*

Silva ainda apresenta fatos sobre as férias dos funcionários, relatando: *‘estourou, nós tivemos na primeira semana de janeiro 80 casos e para piorar um pouco, a Vigilância Epidemiológica entrou em férias no município, então, os casos não foram trabalhados na primeira semana. Ai virou uma coisa absurda, praticamente sem controle, trabalhando às cegas, o pessoal não conseguiu se*

organizar e aquilo que nós podemos fazer foi, dentro deste período, por um pouco de ordem no dia-a-dia deles para apagar o incêndio e ir atrás dos casos’.

No documento sobre a utilização do UBV Pesado e Portátil, não existe registro de ação na primeira semana de 2013 (FOGAÇA, 2015). Vale ressaltar que o LIRAA efetuado entre os dias 07 e 11 de janeiro de 2013 demonstrou a gravidade com índices superiores a 7% de infestação do mosquito.

Prosseguindo na apreciação de fatos das campanhas políticas, direciona-se a discussão para os sistemas de notificação, bem como são efetuados os registros de casos de dengue. É necessário argumentar e acrescentar fatos sobre a qualificação de profissionais para atuar de maneira correta, tanto na coleta de informações, quanto no suprimento nos sistemas.

Esses pontos também são abordados por Silva no relato: *‘(...) numa análise assim bem, que eu já tenha visto, o Ministério trabalha, a própria ONU trabalha, que é uma instituição mundial, a OPA trabalha com questões muitas verticalizadas, eles tem o próprio PNCD, que é um programa nacional, ele é muito interessante só que esse programa acaba sendo um grande paqui-derme, ele é muito pesado. Então, por exemplo, você vai ver no SINAN e para fazer uma mudança no SINAN, uma alteração, leva meses, uma dificuldade imensa, não dá para fazer online, tem que ir nos outros 28 municípios da região; o técnico tem que viajar município por município para ir fazendo, a mesma coisa com o SISFAD que é um próprio sistema ligado própria à questão do vetor especificamente, então, a ideologia política, eu vejo que é um programa aparentemente perfeito do ponto de vista de atender todas as nuances de combate ao agravo, entretanto, ele peca, na minha opinião, ele se torna ineficaz no processo, ele é muito grande, muito lento, as decisões são muito lentas (...)’.* Além disso, evidenciaram-se três fatos que merecem destaque em relação à ficha de notificação que é preenchida quando o paciente apresenta sintomas de dengue.

O primeiro faz relação à falta da informação sobre a ‘ocupação’ que o paciente possui, pois dessa forma torna difícil um diagnóstico de exposição e risco quanto à transmissão do vírus e o quanto a pessoa é exposta ao mosquito.

O segundo faz relação aos ajustes necessários conforme outras informações são alteradas em outras esferas, por exemplo, do grau de instrução que referente aos anos iniciais do ensino fundamental. Os estados e municípios tiveram até 2010 para ajustar a estrutura do ensino fundamental, passando a considerar o ensino fundamental 1 do 1º ao 5º ano de escolarização e ensino fundamental 2, do 6º ao 9º ano.

O terceiro faz relação ao preenchimento da localidade que o paciente reside. Isto ficou evidente ao trabalhar com a espacialização da epidemia, pois, Paranaíba possui uma série de bairros e vilas que são cadastrados com a definição de bairro, indevidamente. Ainda, a quantidade de nomenclaturas diferentes que determinam a mesma localidade sugere a falta de treinamento básico para os agentes que fazem seu preenchimento e, além disso, foram identificadas mais de 120 nomenclaturas sendo usadas como bairros, sendo que em muitos casos se tratam do mesmo local, mas com a denominação de Jardim, ou Conjunto Habitacional (FOGAÇA, 2015). Isso também é fato ao analisar o endereço registrado com informações incompletas, erros ortográficos, entre outros, que demonstram a fragilidade e abertura que o sistema fornece para o preenchimento incorreto.

Outro fator é a incapacidade de se trabalhar na mesma divisão municipal. A Prefeitura Municipal trabalha com a divisão da cidade por quadras derivadas pelo número de IPTU, enquanto que a Secretaria Municipal de Saúde utiliza um mapeamento utilizado com a classificação por setores e, não menos importante, a classificação dos bairros pelo IBGE é totalmente diferente das anteriores, sendo 11 bairros.

Ao discutir esses aspectos, e o resultado das entrevistas, pretendeu-se demonstrar que existem vários fatores, dentro de suas parcelas de intensidade, que no fim acabam por condicionar o funcionamento das epidemias e tornando complexa sua análise com apenas um condicionante.

DISCUSSÕES

A dengue é uma doença conhecida, possui registros há vários anos e continua a trazer danos para as populações. Muitas pesquisas já apontam para as questões ambientais atreladas à reprodução do vetor, sendo condicionantes nas epidemias e, nesse sentido, este trabalho buscou discutir outra abordagem, a questão operacional, envolvendo o trabalho dos vigilantes em saúde e a população.

Com a mudança nas leis que determinam as responsabilidades, foi possível identificar que cabe ao município gerir e prevenir as epidemias de dengue. Porém, por meio da pesquisa de campo, ficou evidente que existem muitos problemas envolvidos nesses processos. Alguns se referem a problemas operacionais, como falta de pessoal treinado e equipamentos necessários para as rotinas, como também influência de fatores externos, como o período eleitoral em 2012, que foi definido pelos agentes como o principal fator da epidemia estudada.

Existe também, o método utilizando de inseticidas para o controle do mosquito que já foi criticado por pesquisadores, devido a dúvidas em sua eficiência, porém, ainda é o melhor mecanismo utilizado pelas equipes de Vigilância em Saúde. Na falta deste procedimento, se instalou a epidemia em Paranavaí.

Podemos observar também que os sistemas de notificação possuem falhas em relação à divisão dos municípios, falhas de digitação, despreparo de funcionários, entre outros, que são responsáveis pela dificuldade de trabalhar com o banco de dados.

Portanto, foram destacados alguns pontos referentes ao controle da doença em Paranavaí, que demonstram fragilidades e fatores que podem significar o difícil controle da doença em outras localidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas sobre a Geografia da dengue apresentam a doença como multicausal. Nesse sentido, não é possível definir um único parâmetro como responsável pelos constantes casos de dengue registrados no país. Sabe-se que as políticas públicas são um

fator decisivo no que se refere ao índice de casos confirmados, pois a falta de campanhas contínuas torna a doença reincidente.

Ao analisar as entrevistas e o comportamento da epidemia em Paranaíba ficou evidente que é necessário rever o uso das verbas, e ocorrer maior investimento em qualificação e compra de equipamentos destinados aos profissionais que atuam nas secretarias de saúde.

Nesse sentido, mediante as novas doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*, reforça-se a necessidade do investimento em pesquisa e mecanismo eficientes para combater a doença.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, W.M. de. **Políticas públicas de controle da dengue no estado do Paraná: uma abordagem geográfica**. 2013. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba - PR
- ARREAZA, A.V.; MORAES, J.C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2007. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acessado em: 10 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Vigilância Epidemiológica. 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf>. Acessado em: 10 ago. 2017.
- FOGAÇA, T.K. **Dengue: circulação viral e a epidemia de Paranaíba/PR 2013**. 2015. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba - PR.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em: 10 ago. 2017.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Ed Atlas, 2002.
- OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>> Acessado em: 12 fev. 2014.
- SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2013. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acessado em: 10 ago. 2017.