

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

**Análise da descentralização das ações de controle da malária no estado
de Rondônia: Dois estudos de caso.**

Jussara da Silva Brito

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como requisito para obtenção
do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadores:

Profª. Dra. Maria Célia de Almeida

Prof. Dr. Luiz Hildebrando Pereira da Silva

Rio de Janeiro

2003

AGRADECIMENTOS

A Natasha, minha filha que compreendeu a minha ausência e que soube entender meus dias de reclusão e tristeza.

Ao Osvaldo pelo longo tempo de convívio, de amor, de aprendizado e de carinho.

A professora Célia Almeida, pelo desafio de assumir a minha orientação no meio do mestrado, de compartilhar seus conhecimentos e de me abraçar nos dias mais difíceis.

Aos colegas de mestrado, sub-área planejamento, turma 2001, pelos dias de aprendizado, de convívio e de divagações sobre a academia.

Aos meus amigos Adauto Martins e Elizabeth Azoury que me acolheram no Rio.

Ao professor Luiz Hildebrando e Dr. Mauro Tada pela possibilidade de estar no mestrado e pelas longas tardes de discussão sobre o controle da malária.

À turma de mestrado, sub-área Políticas Públicas-2001, e a professora Lígia Giovanella por terem me adotado durante os Seminários Avançados.

Aos colegas Dr. Rui Rafael Durlacher, Dr. Roberto Penna, Dr. Luiz Herman, Rute Bessa, Dr. Pimentel, Régia, Mirlene, Jonas e Valduíno.

Ao setor de Recursos Humanos, Epidemiologia e Arquivo da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde de Rondônia, aos colegas de trabalho de Candeias do Jamari e à Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia pela possibilidade de vivenciar o processo de descentralização da ECD no Estado de Rondônia.

RESUMO

O estudo teve por objetivo avaliar a implementação da descentralização das ações de controle da Malária no estado de Rondônia, no ano de 2001, a partir das normas definidas pela FUNASA/BSB para a descentralização da Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) no Sistema Único de Saúde (SUS). Buscou-se identificar as fraquezas e fortalezas desse processo de descentralização, na perspectiva de contribuir para a discussão de um modelo de controle da malária no país articulado e adaptado às características locais. Foram realizados dois estudos de caso no estado de Rondônia: no município de Porto Velho e em Candeias do Jamari. A pesquisa se desenvolveu em duas fases: na primeira foi realizado levantamento documental, entrevistas formais e informais na sede da SESAU-RO e na Coordenadoria da FUNASA-RO. A segunda fase, concentrou-se no levantamento de dados junto aos municípios selecionados, utilizando-se as técnicas de revisão de documentos, entrevistas semi-estruturadas e observação participante, procurando

identificar os fatores que facilitaram ou limitaram a implementação da descentralização e a capacidade de adaptação das diferentes instituições à nova situação e às novas atribuições. O financiamento, a gestão dos recursos humanos e as ações estratégicas implementadas foram escolhidas como componentes críticos a serem analisados para a avaliação do processo de descentralização do controle da Malária no estado. Os principais resultados da pesquisa apontam que: 1) a descentralização ocorreu num momento de crise institucional político-administrativa, com baixa capacidade de implementação e de governabilidade setorial em nível estadual; 2) a dinâmica de descentralização induzida pelo nível federal, com rápida certificação dos municípios, independentemente das diferentes características específicas de cada um deles e das respectivas capacidades operacionais favoreceu uma implementação caótica e problemática; 3) os recursos humanos e financeiros locais e as ações estratégicas implementadas, de capacitação das equipes de profissionais vinculadas à atenção básica para executar as ações de controle da malária, são insuficientes para fazer frente às necessidades colocadas pelas novas atribuições; 4) apesar dos municípios apresentarem sérias dificuldades no que tange à implementação do processo de descentralização da Malária, vêm inovando, e buscando alternativas de investimento na organização dos serviços de saúde em nível local para superá-las.

ABSTRACT

The Study has the objective of evaluating the implementation of the process for decentralizing the Malaria Control programs in the state of Rondonia during year 2001, that have started from the rules defined by the FUNASA/BSB for the decentralization of the ECD (Epidemiologia e Controle de Doenças) within the SUS (Sistema Unico de Saúde). This study identifies the strengths and weaknesses of the decentralization process with the purpose of contributing to the discussion of a new model for the Malaria control for the whole Brazilian country, but also organized and adapted to the local peculiarities. Two researches were performed in the state of Rondonia: one in the municipality of Porto Velho and the second in Candeias do Jamari. The investigations were carried out in two main stages: In the first stage the activities were basically, document gathering as well as formal and informal interviewing in the SESAU-RO headquarters and in the FUNASA-RO committee. In the second stage, the research was focused on data collection in the selected municipalities mainly through analyzing documents, interviewing and active observation.

Always trying to identify the factors that promoted or limited the implementation of the decentralization as well as the Institution's ability to assume the new situation, roles and attributions.

The financing, Human resources management and the overall strategy, are chosen as the key elements for the analysis and evaluation of the Decentralization Process in the Malaria control for the state Rondonia.

The main outcome of the research conclude that: 1) Decentralization started in a moment of institutional crises in which the State Government turned out to have a low capacity of implementation as well as low sectorial ruling power. 2) The Decentralization process inducted by the Federal Authorities, was in general driven and implemented in a chaotic and problematic way by the Municipal authorities, regardless of the different characteristics and operational capabilities between both municipalities. 3) The financial assets and human resources allocated, as well as the actions taken for the competence development of the professional basic health care teams in charged now of the of the execution of the Malaria Control actions, are insufficient to cope with the new duties and needs. 4) Despite the serious difficulties in the implementation of the Decentralization process for the Malaria Control that the Municipal Authorities faced, they are still trying to innovate and find alternative ways to organize and finance the health services at local level with the objective of overcoming such difficulties.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (quadros, figuras, tabelas)

GRÁFICOS

Gráfico 1. Crescimento populacional no estado de Rondônia e a epidemia de Malária a partir 1970. Fonte - GVEA/SESAU-RO e IBGE/RO

Gráfico 2. Distribuição mensal de casos de Malária, Rondônia, 1999-2003. Fonte: GVEA/SESAU-RO.

Gráfico 3. Distribuição dos casos de Malária por faixa etária, Rondônia, 2002. Fonte: GVEA/SESAU-RO.

Gráfico 4. Evolução do Índice Parasitário Anual e da Malária, Rondônia, 1999-2002. Fonte: GVEA/SESAU/RO

Gráfico 5. Evolução do quantitativo de servidores e de casos de Malária, Rondônia, 1978 a 1999. Fonte - DIRERH/ FUNASA/ CORE-RO.

Gráfico 6. Casos de Malária e Índice Parasitário Anual, Porto Velho, 1992 a 2002.

Fonte - Sistema de Informação da Malária//SEMUSA/PVH.

Gráfico 7. Distribuição dos casos de Malária, Candeias do Jamari, Rondônia, 1999-2002. Fonte - GE/SEMSAU/CANDEIAS DO JAMARI/RO.

QUADROS

Quadro 1. Etapas da descentralização da ECD, Rondônia, 2001. Fonte - GVEA/SESAU-RO.

Quadro 2. Programa de Capacitação para o controle da Malária, Rondônia, 2001. Fonte - MS/FUNASA/PIACM/RO.

Quadro 3. Organização da atenção aos casos suspeitos de Malária de acordo com a cobertura do PACS e PSF, Porto Velho, 2002. Fonte: GE/SEMUSA/PVH.

Quadro 4. Situação da certificação da ECD na região Norte, outubro de 2001. Fonte - Ministério da Saúde/CIT.

TABELAS

Tabela 1. Evolução histórica de recursos federais gastos com o controle da Malária, Rondônia, 1992-2001(1) Fonte - SEFIN/ CORE-RO/ FUNASA.

Tabela 2. Distribuição dos servidores que executam ações de controle da Malária na sede da SESAU e nas delegacias regionais de saúde, RO, 2001. Fonte - GVEA/SESAU-RO.

Tabela 3. Faixa salarial dos trabalhadores médicos e enfermeiros do PSF e PACS, Porto Velho e Candeias do Jamari - RO, 2000.

Tabela 4. Comparativo entre os Recursos humanos cadastrados no PACS e PSF e os capacitados nas ações de controle da Malária, Rondônia, 2001. Fonte: GVEA/SESAU-RO.

Tabela 5. População residente em Porto Velho e Candeias do Jamari - RO, 2000.

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE/2000.

Tabela 6. Transferências constitucionais e arrecadação própria, Porto Velho e Candeias do Jamari-RO, 2000. Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional-STN.

Tabela 7. Transferências constitucionais (federal), Porto Velho e Candeias do Jamari-RO, 2001. Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional-STN.

Tabela 8. Estabelecimentos de Assistência à Saúde Porto Velho - 2001 Fonte - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CPMED - Consultoria.

Tabela 9. Distribuição dos leitos existentes , Porto Velho, 2001. Fonte - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CPMED - Consultoria.

Tabela 10. Demonstrativo das gastos, Porto Velho, 2001- 2002 Fonte: FMS/SEMUSA/PVH.

Tabela 11. Demonstrativo dos gastos, Candeias do Jamari, 2001-2002. Fonte - Setor de Contabilidade. Fundo Municipal de Saúde de Candeias do Jamari/Secretaria de Fazenda.

Tabela 21. Recursos próprios municipal e do TFECD, Porto Velho e Candeias do Jamari, 2001-2002. Fonte: Secretaria municipal de saúde de Candeias-SEMSAU e SEMUSA/PVH.

Tabela 13. Recursos humanos existentes no controle da Malária, Porto Velho e Candeias do Jamari, RO, 2001. Fonte: DCV/SEMUSA/PVH.

Tabela 14. Recursos existentes e capacitados, Porto Velho e Candeias do Jamari, 2002. Fonte: Semusa/PVH e Semusa/ Candeias do Jamari.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIS- Ações integradas de Saúde

BIRD- Banco Interamericano de Desenvolvimento

CEM- Campanha de Erradicação da Malária

CEMETRON- Centro de medicina Tropical de Rondônia

CEPEM- Centro de Pesquisas em medicina Tropical de Rondônia

CES- Conselho Estadual de Saúde

CEV- Campanha de Erradicação da Varíola

CIB- Comissão Intergestores Tripartite

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CONASP- Conselho Nacional de Administração da Saúde e Previdência

CREMERO- Conselho Regional de Medicina de Rondônia

DAB/MS- Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DENERU- Departamento Nacional de Endemias Rurais

DENSP- Departamento Nacional de Saúde Pública

DETRAN- Departamento Estadual de Transito

ECD- Epidemiologia e Controle de Doenças

EFMM- Estrada de Ferro Madeira- Mamoré

EGCM- Estratégia Global de Controle da Malária

FA- Febre Amarela

FES- Fundo Estadual de Saúde

FSESP- Fundação Serviços de Saúde Pública

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

GE- Guardas de Endemias

GPAB- Gestão Plena da Atenção Básica

GPSM- Gestão Plena do Sistema Municipal

GVEA- Gerencia de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

IAPEPATRO- Instituto de Apoio as Pesquisas em Medicina Tropical

IBGE- Instituto Brasileiro de geografia e Estatística

IFA- Índice de *Falciparum* Anual

INCRA-Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IPA- Índice Parasitário Annual

LVC- lâmina de Verificação de Cura

MS- Ministério da Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

OI- Operação de Inseticidas

OPAS- Organização Pan Americana de Saúde

PAHO- Pan American Health Organization

PCCS- Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PCMAN- Programa de Controle da Malária na Bacia Amazônica

PDI- Plano Diretor de Investimentos

PEAa- Plano de Erradicação do *Aedes aegypti*

PECE- Programa de Erradicação da Equistossomose

PIACM- Plano Incremental de Controle da Malária

PPI- Plano Diretor de Investimentos

PSF- Programa Saúde da Família

RBM- Roll Back Malaria

SEFAZ- Secretaria do Estado da Fazenda

SEFIN- Sistema de Informação Financeiro

SEMSAU- Secretaria Municipal de Saúde de Candeias do Jamari

SEMUSA- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho

SEPLAD- Secretaria Estadual de Planejamento e Administração de Rondônia

SESAU- Secretaria Municipal de Saúde de Rondônia

SESP- Serviços Especiais de Saúde Pública

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SISMAL- Sistema de Informação da Malária

SNABS- Secretaria nacional de Ações Básicas de Saúde

SNM- Serviço de Malária do Nordeste

SNM- Serviço Nacional de Malária

SNPES- Secretaria Nacional de programas Especiais

SUCAM- Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS- Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TFECD- Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças

UBV- Ultra baixo Volume

WHO- World Health Organization

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Roteiro de entrevista

Anexo 2. Questionário I

Anexo 3. Questionário II

Anexo 3. Demonstrativo dos recursos do TFECD, Rondônia, 1999. Fonte: MS/FUNASA/BSB.

Anexo 4. Área urbana sem cobertura PACS/PSF

Anexo 5. Área urbana com cobertura PACS/PSF.

Anexo 6. Área Rural com Cobertura PACS/PSF.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1. O CONTROLE DA MALÁRIA	24
1.1. O controle da Malária no Mundo	24
1.2. O controle da Malária nas Américas	25
1.3. O controle da Malária no Brasil	25
1.4. O controle da Malária em Rondônia	30
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO: DESCENTRALIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS	35
2.1. Descentralização da política de saúde	35
2.2. A implementação da política	35
CAPÍTULO 3. METODOLOGIA	41
CAPITULO 4. DESCENTRALIZAÇÃO DA ECD	44

4.1. O processo de certificação do estado e dos municípios de Rondônia	44
4.2. Considerações a Portaria Ministerial 1.399, de 15 de dezembro de 1999	46
4.3. Definição do Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças -TFECD	48
4.4. Componente Recursos Humanos (RH)	50
4.4.1. Quantitativo de Recursos Humanos existente anterior à descentralização das ações de controle da Malária.	52
4.4.2. A “Força Tarefa” e a organização das ações de controle da Malária no estado de Rondônia.	52
4.4.3. Descentralização dos servidores da FUNASA-RO para o estado e municípios.	53
4.4.4. <i>Processo de seleção, tipo de contrato e capacitação dos recursos humanos após a descentralização</i>	54

CAPITULO 5. PORTO VELHO E CANDEIAS DO JAMARI 58

5.1. Caracterização dos municípios de Porto Velho e Candeias do Jamari.	58
5.1.1. Aspectos demográficos e sócio econômicos	58
5.1.2. Caracterização do sistemas locais de saúde	60
5.1.3. Perfil Epidemiológico nos municípios de Porto Velho e Candeias do Jamari	62
5.2. O processo de descentralização da epidemiologia e controle de doença -ECD	65
5.2.1. Participação na Programação Pactuada e Integrada (PPI) estadual e no Plano de Metas da ECD.	67
5.3. Recursos Financeiros	67
5.3.1. Montante de recursos disponibilizados	67
5.3.2. Despesas com o controle da Malária	67
5.3.3. Contrapartida financeira dos municípios	69
5.4. Recursos humanos	70
5.4.1. Quantitativo de recursos humanos	70
5.5. Ações estratégicas implementadas	72

CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO 77

6.1. O processo de descentralização no estado	77
6.2. Recursos financeiros	79
6.3. Recursos Humanos	81
6.4. Ações estratégicas	83

CAPÍTULO 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 87

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 91

ANEXOS 103

1. INTRODUÇÃO

A Malária representa no Brasil um dos mais importantes problemas de saúde pública, figurando ainda entre as grandes endemias que assolam o país (ALVES, RANGEL e SOUZA, 2000).

Dentre os países da América Latina o Brasil, no ano de 1996 notificou 426.510 casos de Malária, o maior número absoluto de casos da região (39,1%), seguido por Peru (19,1%) e Colômbia (12,35%) (FUNASA, 2000).

Em 1999, o Brasil apresentou aumento de 34,3% no número de casos de Malária, em relação ao ano de 1998, sendo 15% de infecções por *Plasmódium falciparum*. Incremento importante, também foi encontrado no número de internações hospitalares por Malária, que passaram de 19.263 em 1998 para 21.116 em 1999 (FUNASA, 2000a).

Dos casos de Malária registrados, no Brasil, em 1999, 99,7% ocorreram na Amazônia Legal. Destacaram-se pela intensidade de transmissão os estados do Pará, Amazonas e Rondônia, responsáveis por 76% dos casos relatados, prevalecendo as infecções pelo *Plasmodium vivax* (80,8%) sobre o *Plasmódium falciparum* (19,2%) (FUNASA, 2000).

No ano de 2001 o Brasil apresentou redução no número de casos de 36,4% em relação ao ano anterior; enquanto que na Colômbia, Suriname, Guiana e Peru houve aumento de casos (OPAS, 2002).

Constata-se, portanto, uma redução no número de casos de Malária no período de 1999 a 2001, no Brasil. Entretanto, esse decréscimo não ocorreu de forma homogênea entre os estados e os municípios da região. O maior percentual de decréscimo foi registrado no estado do Amazonas (71%) e Acre (67%). Os estados de Rondônia e Amapá não responderam da mesma forma, atingindo percentuais de redução de 9% e 15%, respectivamente (FUNASA, 2003).

Ainda havia, no Brasil, em 2002, 98 municípios considerados de alto risco para a Malária, com Incidência Parasitária Anual¹ (IPA) maior ou igual a 50 casos/1.000 habitantes. Destes, 49 (50%) apresentam IPA acima de 100 casos/1.000 habitantes, chegando a situações extremas como nos municípios de Cujubim/RO, Buritis/RO e Anajás/PA, onde o IPA atingiu 667, 727 e 923 casos/1.000 habitantes, respectivamente.

A incidência da Malária na Região Amazônica, em 2002, foi de 18,8/1.000 habitantes, taxa elevada que requer a implementação rigorosa de ações de controle da doença. Assim, a situação da Malária no Brasil se estende praticamente à toda Região Amazônica, com predominância da Malária por *Plasmódium vivax* (FUNASA, 2003).

O estado de Rondônia faz parte da Amazônia legal, ocupando 238.512,8 Km de extensão, com uma população de 1.431.777 habitantes (IBGE, 2000), distribuídos em 52 municípios. No que toca à situação da Malária, a partir da década de 60, com os projetos nacionais de integração e desenvolvimento da região, foram abertas fronteiras, construídas estradas e hidrelétricas, estruturados grandes programas de colonização agrícola e criadas grandes áreas de garimpo.

Além disso, os programas governamentais adotados na década 70,

¹ Cálculo do IPA = $\frac{\text{Número de casos de malária (vivax, falciparum e mista)} \times 1000}{\text{população residente}}$.

complementavam-se com a política de implantação de "Projetos de Assentamento Agrícolas", promovendo o deslocamento dos colonos da região sul e sudeste para a região norte do país (MARTINE, 1990).

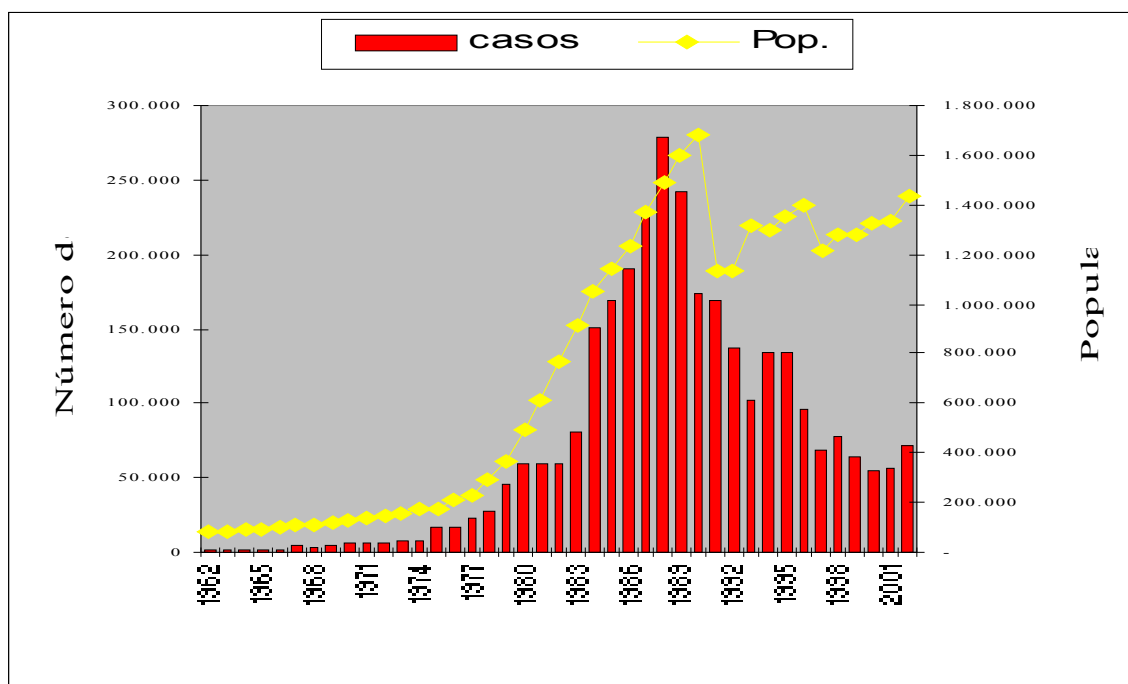
Toda essa dinâmica fez com que milhões de pessoas se dirigissem para a região amazônica. Neste período o estado de Rondônia registrou altas taxas de crescimento demográfico com 52,1% na década de 70 e 46,2% na década de 80 (IBGE, 1980).

Uma das conseqüências desse modelo desenvolvimentista e de ocupação foi a dispersão e ocorrência de epidemias de Malária, especialmente em garimpos, projetos de colonização e canteiro de obras. Pois, as características climáticas de altas temperaturas e ocorrência de chuvas em abundância somadas à degradação ambiental promovida pela implantação desordenada das habitações e das comunidades na região criaram as condições propícias para a proliferação dos mosquitos.

Além disso, os imigrantes vindos da região Sul e Sudeste, áreas onde a Malária já havia sido erradicada, não eram imunes à Malária e não detinham informação sobre as formas de prevenção. Logo após sua chegada e derrubada das árvores dos lotes para formação de áreas para plantio, estes imigrantes realizavam queimadas com assoreamento dos rios e expulsão de animais que serviam de repasto para os mosquitos, tornando-se cada vez mais expostos a picadas dos mosquitos. Estes fatores, somados a precárias condições de moradia e à alta mobilidade dos novos migrantes, resultou em condições extremamente favoráveis à transmissão da Malária na região (TAUIL, 1992).

O maior número de casos de Malária em Rondônia ocorreu em 1988, com 278.408 casos, quando a população era de 1.019.200 habitantes (IPA 271 casos/1000 habitantes). Nesse momento, 50% de todos os casos de Malária registrados no país ocorreu no Estado de Rondônia (MARQUES,1987) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Crescimento populacional no estado de Rondônia e os caso de Malária a partir 1970.



Fonte - GVEA/SESAU-RO e IBGE/RO.

A distribuição da Malária no estado de Rondônia

A distribuição de casos de Malária no estado era muito desigual e se concentrava em áreas de novos assentamentos rurais e garimpo. Nestes assentamentos agrícolas o grupo mais exposto era constituído por homens adultos que se expunham à infecção quando realizavam tarefas de trabalho (FERRARONI & HEYS, 1979; CAMARGO *et al* 1994).

O principal vetor que predominava era o *Anopheles darlingi*, com transmissão intradomiciliar e, em geral, era observada uma certa sazonalidade de transmissão, com pico após a estação de chuvas, ou mais tardiamente, durante a estação seca (CAMARGO *et al*, 1994; TADEI *et al* 1988).

Nesse período Sawyer & Sawyer (1988) observando a heterogeneidade do "perfil epidemiológico da Malária" na Amazônia, o caracterizou como:

1. "Malária de fronteira ou explosiva" que se caracteriza por alta densidade vetorial, intensa exposição da população à vetores, transmissão extradomiciliar, baixa imunidade, pouco conhecimento sobre a doença por parte da população, alta mobilidade, baixa mortalidade, alta proporção de Malária por *P. falciparum*, dificuldade de implementação de medidas de controle habituais e ausência de instituições (em especial de atenção à saúde) e;
2. "Malária residual" onde há a presença casos de Malária hipoendêmica, com surtos epidêmicos no período de seca. A baixa endemicidade e a alta mobilidade da

população não oferecem condições para a aquisição de imunidade e todos os infectados evoluíam com ataque malárico.

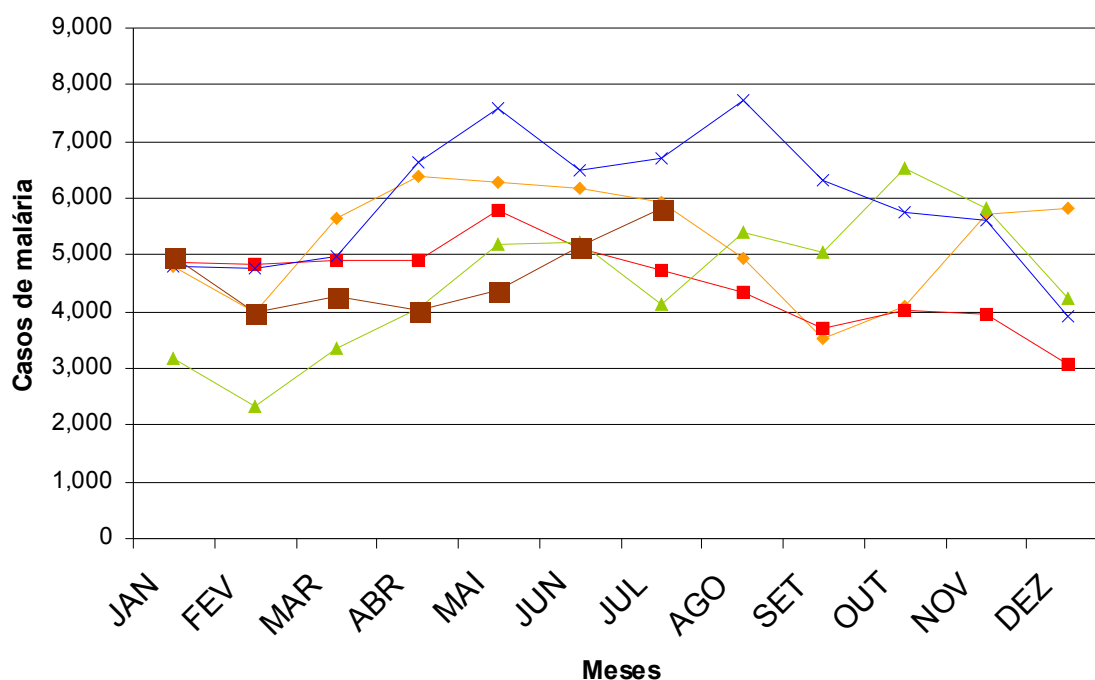
Em estudos posteriores realizados nas regiões de Candeias do Jamari e Machadinho, estado de Rondônia, CAMARGO *et al* (1994) e CAMARGO (1998) respectivamente, pesquisadores observaram o perfil caacterizado por Sawyer & Sawyer , em 1988.

Tauil (1987) ressalta que as condições ambientais sempre interferiram na transmissibilidade da Malária, mas que esta era mais observada entre os imigrantes pobres e autônomos, em geral, os agricultores e garimpeiros.

O perfil de "Malária de fronteira ou explosiva" apresentava como um dos fatores causais, ausência de medidas de prevenção e infra-estrutura, pois onde estas foram implementadas, como na construção da Hidrelétrica de Balbina na Amazônia, Rodovia Carajás-Itaiqui entre o estado do Pará e Maranhão, a incidência da Malária foi baixa.

No final da década de 80, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) de Rondônia, adotou algumas medidas de "Controle Integrado", antes mesmo da Conferência de Amsterdã (1992), que discutiu estratégias para o enfrentamento do aumento de casos de Malária no mundo, fato que associado a investimentos financeiros importantes, como o Programa de Controle da Malária na Bacia Amazônica (PCMAN) (1989-1996), a diminuição da migração desordenada de outras regiões e a melhoria das condições de vida da população residente promoveu uma tendência de redução dos casos. Esta tendência permaneceu até o ano de 2000, sendo que neste ano Rondônia ocupou, o 4º lugar em relação à distribuição de casos de Malária no Brasil (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição mensal de casos de Malária, Rondônia, 1999-2003.



Fonte: GVEA/SESAU-RO.

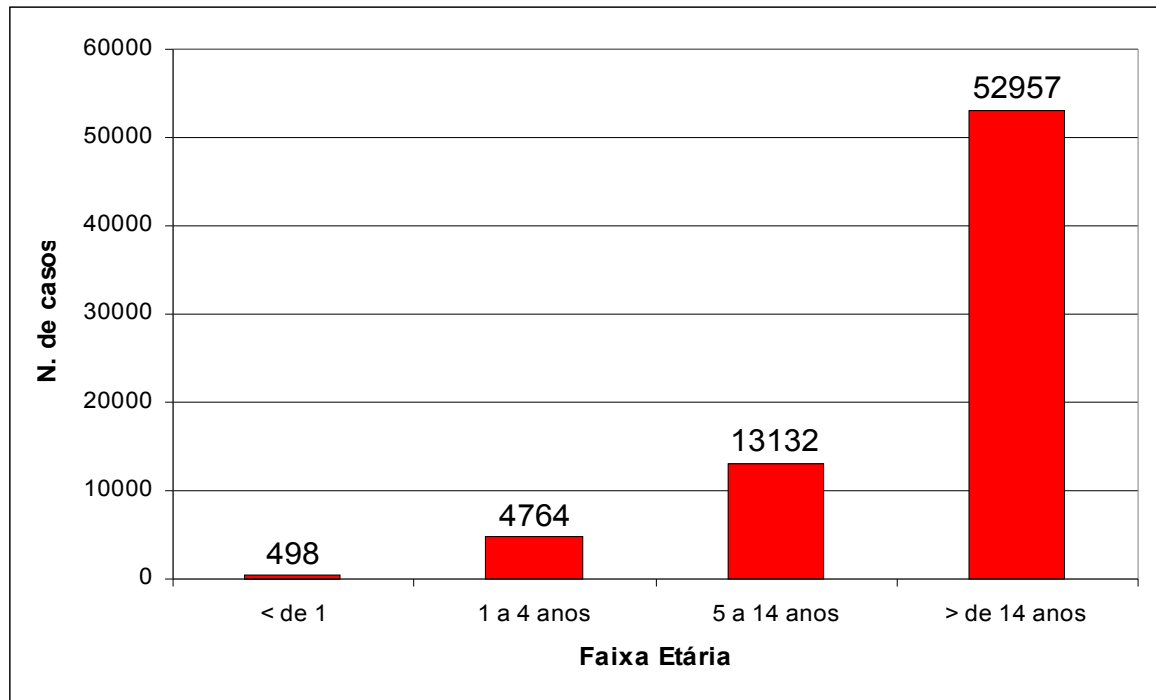
Atualmente, no século XXI, a situação da Malária no Brasil, ainda se define como de “Malária residual”. Entretanto, em estudos recentes relacionados à caracterização da Malária em populações nativas da Amazônia Brasileira evidenciam, em Rondônia, a prevalência de infecções assintomáticas em populações de áreas ribeirinhas e uma maior ocorrência de malária em crianças e adolescentes, indicando uma exposição intradomiciliar e imunização passiva dos adultos da região (CAMARGO *et al*, 1999; ALVES *et. al*, 2002; ALVES, 2002). Estes achados comprovam que:

....a Malária nestas áreas ribeirinhas é claramente distinta do perfil de Malária de fronteiras e da Malária residual descritas para o estado (...) pressupondo, a necessidade de implementação de medidas de controle diferenciadas para estas áreas (ALVES, 2002:86).

Estes estudos e pesquisas reforçam a necessidade de repensar o controle da Malária na região e trazem novos desafios à organização dos serviços locais de atenção à saúde.

Ao distribuímos os casos de Malária por faixa etária observamos que 74% dos casos ocorrem em grupos etários acima de 14 anos, 18% de 5 a 14 anos, 6,7% de 1 a 4 anos e apenas 0,7% dos casos ocorrem em menores de ano. Estes dados, ainda, apontam para uma tendência nacional de exposição ao parasita fora do domicílio e, conseqüentemente uma maior ocorrência em faixas etárias produtivas. (Gráfico 3).

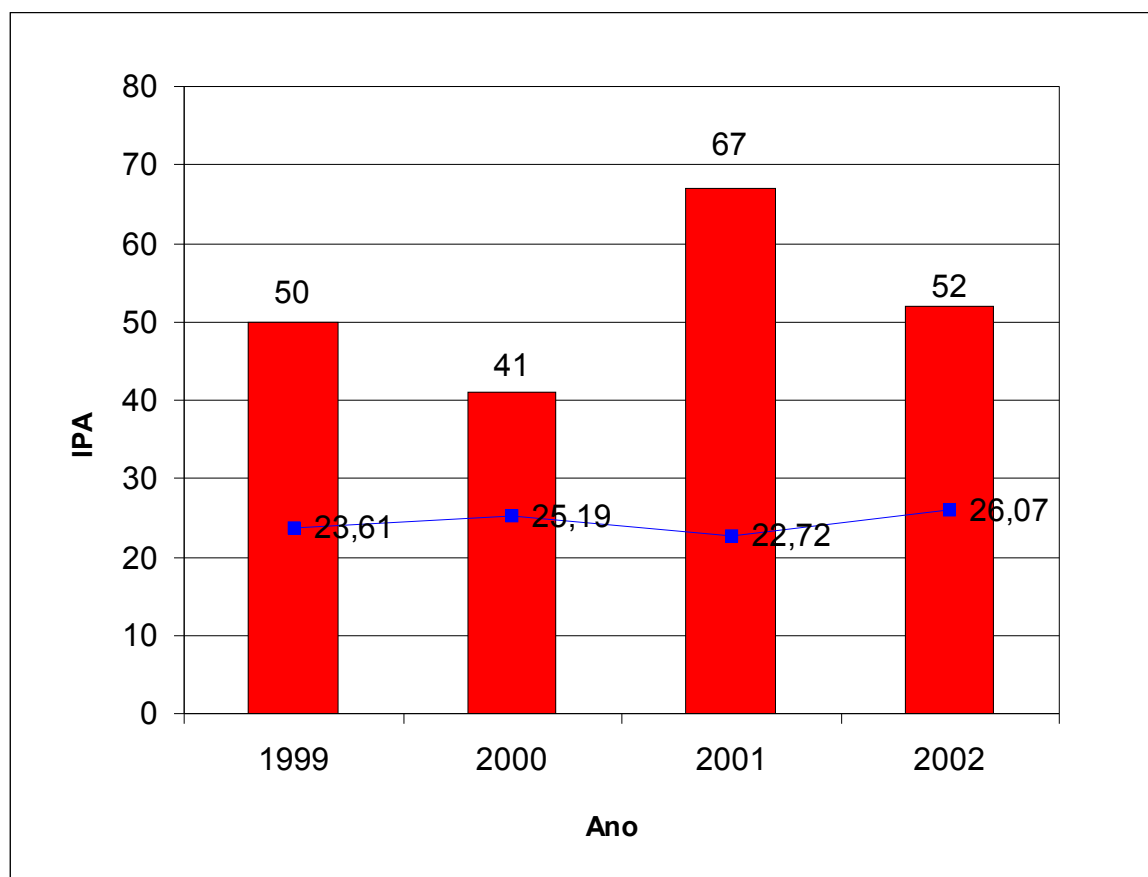
Gráfico 3. Distribuição dos casos de Malária por faixa etária, Rondônia, 2002.



Fonte: GVEA/SESAU-RO.

Em 1999, o IPA em Rondônia foi de 50/1.000 habitantes, caindo para 41/1.000 em 2000, aumentando para 67/1000 no ano de 2001, e 62/1000 em 2002. Esse aumento, também é observado nos casos de Malária por *P. falciparum*, que passou de 23,61%, em 1999 para 26,07% em 2002 (SESAU, 2002) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolução do Índice Parasitário Anual e da Malária, Rondônia, 1999-2002.



Fonte: GVEA/SESAU/RO.

Em 2002, además do aumento no número de municípios com índice anual elevado de casos de Malária por *Plasmódium falciparum* (IFA > 20/1.000), que passou de 28 para 30 municípios, incremento de 7,1% em relação a 1999. observou-se aumento do IFA de 25% em 2000 para 26% em 2002. Cuadro este que indica a deterioração do controle da doença.

Em relação as internações por Malária o estado de Rondônia teve uma diminuição importante no número de casos no período de 1999 a 2002, passando de 4.215 internações para 1.846, redução de 43%.

Os casos de Malária no Estado de Rondônia, a partir de 2001, estão distribuídos, principalmente, em 13 municípios, considerados prioritários para o controle da Malária por apresentarem IPA superior a 50 casos/1000 habitantes.

Esses municípios caracterizam-se pela forte migração populacional interna ocasionada pela busca de terra, apresentam áreas de invasão e assentamentos agrários² com infra-estrutura inadequada. Esta situação é agravada nas invasões, onde, legalmente, não há autorização para a prestação de serviços públicos, inclusive, assistência à saúde.

Em relação à organização dos serviços da atenção à saúde no estado de Rondônia, reitera-se que está diretamente relacionada à história de sua colonização, marcada pelo crescimento desordenado, pela expansão populacional vertiginosa na década de 70, devida à emigração promovida pela implementação dos projetos de colonização do INCRA, como mencionado anteriormente.

A implementação da política de saúde no estado de Rondônia

A implementação de políticas de saúde no estado sempre esteve a “reboque” dos problemas que surgiram com esse desenvolvimento caótico. Isto é, as medidas tomadas sempre foram posteriores ao aparecimento de novos agrupamentos humanos, povoados e assentamentos e do agravamento das condições de vida e saúde dessas populações. Esta prática se refletiu diretamente no planejamento e na definição de políticas de saúde no estado, marcadas pela necessidade de “apagar fogo”.

Essa dinâmica levou, de um lado, ao surgimento de uma rede pública de serviços de atenção básica de saúde espalhada por todo estado e, de outro lado, a uma extrema concentração dos serviços de média e alta complexidade na capital, gerenciados de forma centralizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU-RO).

² De acordo com a Lei nº 9396, art. 3º, I, e § 1º, de Imposto Territorial Rural, assentamento agrícola é um imóvel que apresenta título em nome coletivo, com exploração realizada por associação ou cooperativa de produção, apresenta uma fração ideal para a família assentada, não ultrapassa os limites da pequena gleba e, nenhum dos assentados possui outro imóvel. A definição das áreas para assentar a população e sua organização estão a responsabilidade do Incra (www.oglobo.com/infoglobo/quemlesabe/diversos/mast5.htm, capturado em 17/11/2004).

Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudaram-se os papéis e as competências dos níveis de governo e da Secretaria de Estado de Saúde.

O primeiro momento de implantação do SUS se deu numa lógica fortemente municipalista (TEIXEIRA, 2001; MENDES, 1999), o que contribuiu para que a SESAU-RO passasse por um processo de esvaziamento de funções, com participação restrita na gestão dos sistemas locais de saúde- definição da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), assessoria na implantação de alguns poucos programas e na execução das ações de média e alta complexidade da rede de serviços localizada na capital do estado.

Concomitantemente, o processo de municipalização promoveu um desenvolvimento heterogêneo dos municípios, sendo que os que já possuíam maior capacidade de implementação se adaptaram mais rapidamente à nova situação e os de menor capacidade administrativa continuaram extremamente dependentes do nível estadual.

Com a implementação das portarias regulamentadoras da descentralização, representada principalmente pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/1996), que favoreceu a redefinição da competência e papel das três esferas de gestão, buscou-se reverter essa tendência municipalista radical, preconizando-se a lógica da racionalização de recursos e de co-responsabilidade das três esferas de governo na prestação de serviços e no financiamento do sistema. Entretanto, na prática, as competências, especificamente de acompanhamento, assessoria e avaliação, que deveriam ser assumidas pelo nível estadual, continuaram restritas.

A SESAU-RO manteve sob sua responsabilidade a gestão das principais unidades de referência de média e alta complexidade. Entretanto, a oferta desses serviços não acompanhou as necessidades da população do estado nesse nível de atenção, mantendo-se extremamente concentrada na capital. Praticamente não há resolutividade para as ações de urgência e emergência fora da capital do estado. Por exemplo, apesar das principais causas de morte no estado, no ano de 2000, serem homicídio por arma de fogo (21,5%) e acidentes de trânsito (25,5%), os recursos assistenciais de traumatologia e ortopedia concentram-se, em sua maioria, na capital do estado, Porto Velho, e em menor número e complexidade nas cidades de Vilhena, Ji-Paraná, Ariquemes e Cacoal, localizadas ao longo da Br 364.

Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de radioterapia, quimioterapia e terapia renal substitutiva também estão concentrados na capital do estado (100%). Os procedimentos de hemoterapia, em sua grande maioria (94%), são realizados em Porto Velho, por unidades estaduais e conveniadas.

Não há consórcios intermunicipais, nem outros mecanismos de integração entre os municípios na área de saúde. A ausência desses esforços integradores no sentido de ampliação da oferta de serviços, no interior do estado, contribuiu para a distribuição inadequada da rede pública de média e alta complexidade.

A pesquisa de satisfação dos usuários do SUS, realizada pelo Ministério da Saúde em 2001, detectou os piores índices de satisfação de todo o País, no estado de Rondônia, que ficou em 26.º lugar, sendo que a capital, Porto Velho ocupou o 27.º (MS, 2001).

No momento em que se configurou um novo processo de reordenamento da gestão do SUS, com a proposta de descentralização das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para as Secretarias Estaduais da Saúde, o que se observa é que esta se deu em uma conjuntura setorial, marcada pela regulamentação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) que se caracteriza pela proposta de fortalecimento do papel do estado na definição da política estadual de saúde e pela lógica da regionalização dos serviços.

Em Rondônia, o processo de descentralização das ações da ECD foi implementado num momento de grave crise institucional do setor saúde, caracterizada por conflitos entre os diversos atores que atuam no SUS, em nível do estado, que culminou com uma “intervenção branca” por parte do Ministério da Saúde.

O relacionamento da SESAU-RO com o Conselho Estadual de Saúde (CES) e com o Ministério Público Federal era extremamente difícil. O Ministério Público Federal, promoveu pelo menos duas ações civis contra supostos atos de corrupção e incúria administrativa. Conflitos entre o governador do estado, o setor privado e o Conselho Regional de Medicina de Rondônia (CREMERO) agravaram o quadro (OPAS/MS/2001).

No período de 2 anos e 9 meses, anteriores à intervenção no estado, houve 4 diferentes secretários estaduais de saúde, configurando uma situação de grande instabilidade política e descontinuidade administrativa (MS, 2002).

A SESAU-RO não detinha o comando sobre os instrumentos indispensáveis à gestão do sistema de saúde, como o Fundo Estadual de Saúde (FES) e a política de recursos humanos. As funções de gestão orçamentária do FES estavam sendo desenvolvidas pela Secretaria do Estado de Planejamento e Administração (SEPLAD); e a gestão dos recursos financeiros estava sob a responsabilidade da Secretaria do Estado da Fazenda (SEFAZ).

Esse arranjo levava à lentidão nos processos de pagamento da SESAU-RO. Em alguns casos, o não cumprimento dos prazos previstos levou a não execução de obrigações assumidas pela SESAU-RO com os programas federais e conseqüentemente a devolução de recursos para a União.

A organização hierárquica era inadequada, estando praticamente no mesmo nível o secretário e os diretores das unidades estaduais de saúde. Não havia, na SESAU-RO, setor responsável pela coordenação e apoio às unidades de serviços estaduais e regimento interno que detalhasse a estrutura e as responsabilidades de seus dirigentes.

O Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) não era específico para os

trabalhadores da saúde e havia um déficit importante de recursos humanos para assumir funções de planejamento, controle e avaliação, gestão financeira, de pessoal e de material (OPAS/MS/SESAU-RO, 2001). Em janeiro de 1999 com a implementação da reforma administrativa no estado, a situação no setor saúde foi agravada com a demissão de 2.800 trabalhadores³. Como consequência a reforma promoveu a criação de um número excessivo de cargos denominados “comissionados de livre provimento” (gratificações), tornando a estrutura estadual extremamente vulnerável à mudança política e à descontinuidade administrativa. Segundo relatório do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde:

...mantinha-se os trabalhadores demitidos à frente de suas antigas funções, com base em expedientes provisórios. Verifica-se, ainda, uma falta de motivação generalizada entre os trabalhadores da SESAU (MS/OPAS/SESAU-RO, 2001: 34).

A descontinuidade administrativa, também era observada na rede assistencial do estado: por exemplo, no prazo de 4 meses, o Hospital João Paulo II teve 6 diretores e o Hospital de Base Ary Pinheiro, 8. Segundo o mesmo relatório, (OPAS/MS/SESAU-RO, 2001), o planejamento e a gestão dessas unidades estaduais, que constituíam os principais serviços de referência da média e da alta complexidade, era incipiente. E a SESAU-RO não estava estruturada para o desempenho das atividades relacionadas à gestão do sistema de Saúde. Essa crise levou o Ministério Público Federal a impetrar uma ação civil pública com solicitação de intervenção do Ministério da Saúde. Entretanto legalmente isso não é possível e toda essa dinâmica culminou com um acordo para estabelecimento de um Projeto de Cooperação Técnica, estabelecido entre o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Governo do Estado de Rondônia, vigente no período de setembro de 2001 a dezembro de 2002. Os principais objetivos dessa cooperação técnica foram a reorganização institucional e o fortalecimento da capacidade de gestão da SESAU-RO.

A cooperação técnica se desenvolveu em dois eixos principais de intervenção: 1) reestruturação administrativa da SESAU-RO, incluindo a implantação da nova estrutura administrativa do Fundo Estadual de Saúde e do setor de licitações; 2) reorganização da rede de serviços, com o apoio à elaboração do Plano Diretor de regionalização (PDR), da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI).

O primeiro produto desse projeto de Cooperação Técnica OPAS/MS/SESAU-RO foi o “Diagnóstico da Situação Política Institucional e Administrativa da Secretaria do Estado da Saúde de Rondônia (SESAU-RO)”. Esse diagnóstico constitui-se a base para o início dos trabalhos e teve como primeiro produto a revisão do anteprojeto de lei de reforma administrativa, preparado pela cooperação técnica à ser encaminhada

³ Em 1999, o Governador do Estado, José de Abreu Bianco implementou uma série de medidas referentes à reforma administrativa do estado. Dentre estas medidas estava: 1) retirada de gratificações; 2) de 1/3 de férias; 3) suspensão de férias e alteração de gratificações médicas; 4) paralisação do atendimento médico aos trabalhadores pelo Instituto de Previdência do Estado (IPERON); 5) pagamento mensal de trabalhadores parcelados por faixa salariais; 6) rescisão imediata dos contratos dos trabalhadores celetistas do Estado (3.800 trabalhadores); 7) centralização dos processos de licitação e das áreas de protocolo de processos; 8) revogação dos grupos de trabalho existentes instituídos para superar a falta de pessoal em atividades essenciais; 10) retorno de trabalhadores da educação e saúde, cedidos para os municípios, para o estado (www.rondonia.ro.gov/revistas, 23/01/2003).

à Assembléia Legislativa do Estado.

Como havia necessidade de rápida reestruturação da SESAU-RO, e isto dependia da provisão de recursos humanos, situação que só seria resolvida com votação na Assembléia Legislativa, do projeto de reforma administrativa, a estratégia proposta, foi a criação de 5 grupos técnicos de trabalho.

O conjunto de trabalhos dos grupos estava sob o comando de um único dirigente, definido pelo secretário de estadual de Saúde. As atividades principais dos grupos foram:

- 1) Elaboração do regimento interno da SESAU-RO;
- 2) Acompanhamento da agenda de metas;
- 3) Estruturação das novas áreas, a partir da nova estrutura;
- 4) Levantamento das necessidades de pessoal.

Em relação ao processo de descentralização da ECD, em 2000 foi constituído o grupo de trabalho que comporia a Comissão de Descentralização da ECD do estado de Rondônia. Essa comissão tinha como objetivo principal elaborar o Plano Estadual de implementação da descentralização da ECD no estado, principalmente da descentralização das ações de controle da Malária para os 19 municípios considerados prioritários pelo Plano Incremental de Ações de Controle da Malária (PIACM). Era composta por técnicos da Fundação Nacional de Saúde de Rondônia (FUNASA-RO), da SESAU-RO e representantes municipais. Em alguns municípios, como Ji-Paraná, Rolim de Moura e Pimenta Bueno, onde a organização permitia, foi realizada, lentamente, a integração dessas ações, primeiramente com o repasse da capacidade física e, posteriormente, de trabalhadores, mantendo-se o planejamento e financiamento centralizado na FUNASA-RO.

Este primeiro momento durou até dezembro de 2000, quando se percebeu claramente, a investida do governo federal para ativamente “estimular” os estados e municípios a assumirem definitivamente a gestão das ações de controle da Malária.

Ressalta-se que o processo de implementação da descentralização da ECD, no estado de Rondônia ocorreu paralelamente aos conflitos políticos e institucionais da SESAU-RO, descritos anteriormente. E apesar do Plano Estadual ser da Descentralização da ECD, na prática as propostas apresentadas englobavam ações pertinentes ao controle da Malária, pois as outras ações e programas, como o controle da Dengue, da Febre Amarela, de certa forma, estavam sendo executados, parcialmente, pelos gestores municipais.

Em consonância com a dinâmica apresentada e dados as características estruturais e

organizacionais dos serviços de saúde no estado, além do histórico manejo e controle de endemias realizado por estruturas construídas ao longo de vários anos, com características de planejamento e execução de ações verticais, hierarquizadas, e estruturas centralizadas de investimentos financeiros e de recursos humanos, conduzidas pela FUNASA-RO, o processo de descentralização das ações de controle da Malária, implicava no estabelecimento de parcerias e ações colaborativas, necessitando tempo, formação e desenvolvimento de capacidade de implementação para que as secretarias municipais pudessem assumir essas novas funções propostas.

Nesta perspectiva, torna-se importante refletir sobre os fatores que limitam ou facilitam a reorganização do sistema de serviços de saúde em nível local para a execução de ações descentralizadas, uma vez que apenas a decisão política, seja de nível federal, seja de nível estadual, e a existência de uma política nacional de saúde orientada para a descentralização constituem elementos necessários, mas não suficientes para a descentralização se tornar realidade.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o processo de implementação das ações de controle da Malária com a descentralização da ECD no estado de Rondônia, detectando suas fraquezas e fortalezas, contribuindo assim para a discussão de um modelo de controle da Malária articulado e adaptado às características locais.

Os objetivos específicos são:

- 1) Analisar os fatores que limitam e facilitam a organização descentralizada das ações de controle da Malária, no estado de Rondônia.
- 2) Documentar e analisar as mudanças institucionais e organizacionais implementadas para o controle descentralizado da Malária, com especial ênfase nos componentes financiamento, recursos humanos e ações estratégicas.
- 3) Identificar e analisar essas mudanças, a partir de dois estudos de caso: Porto Velho e Candeias do Jamari.

Faz-se também uma revisão histórica do controle da Malária no mundo, na América latina, no Brasil e em Rondônia.

Este estudo partiu dos seguintes pressupostos:

- 1) A efetividade do controle da Malária está associada ao grau de implantação dos serviços no nível local;
- 2) A implementação destas ações está condicionada à adaptabilidade institucional às mudanças e estratégias propostas;

- 3) Essa adaptabilidade depende da estrutura organizacional preexistente e da integração dos atores sociais envolvidos nessas atividades;
- 4) A coordenação de ações em nível nacional deve promover a interação dos diferentes níveis de governo, a clara definição de competências cooperativas e complementares, o redimensionamento e fortalecimento local dos diferentes níveis de atenção do sistema de serviços, o processo de financiamento regular e sistemático e a capacitação dos recursos humanos envolvidos.

CAPÍTULO 1 - O CONTROLE DA MALÁRIA

1.1. O controle da Malária no Mundo

No século XVII, antes mesmo da descoberta do ciclo da transmissão da Malária, um missionário jesuíta no Peru observou que os ameríndios utilizavam chá da casca de uma árvore conhecida como "quina" para tratamento de alguns tipos de febres. Mais tarde, a planta passou a ser comercializada na Europa com o nome de "chá dos jesuítas". Apesar do empirismo, esta pode ser considerada a primeira droga a ser utilizada no tratamento de Malária no Mundo Ocidental (DEANE, 1992 *apud* ALVES, 2002).

Laveran, em 1880, foi o primeiro a descrever o parasita causador da Malária nas células vermelhas do sangue de pacientes humanos.

O Major Ronald Ross, em 1897, verificou “cistos pigmentados” no trato digestivo de um anofelino (ROSS, 1897) e, em 1898, comprovou a transmissão da Malária aviária por culicídeos. No ano seguinte, Grassi e seus colegas comprovaram que a Malária humana era transmitida por anofelinos. Estava, neste momento, elucidado o ciclo da Malária (BRUCE-CHWATT, 1980; DEANE, 1992).

Com o esclarecimento do ciclo completo da transmissão da Malária, novas estratégias de controle foram implementadas como a utilização de larvicidas, telagem de casas, drenagens de águas e uso de quinino em larga escala.

O sucesso destas estratégias, somados à descoberta de novas drogas como a cloroquina (Alemanha, 1934), de inseticidas de ação residual como o DDT (Suíça, 1939), serviram para a realização de grandes campanhas de erradicação como na Itália de 1946 a 1950. Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde- OMS assumiu a coordenação da Campanha de Erradicação da Malária em escala mundial, no período de 1957-1969 (DEANE, 1992).

Neste período, acreditava-se que a erradicação era possível e que estaria subdividida em 4 fases: 1) preparatória, que consistia do reconhecimento geográfico da área e do

perfil epidemiológico; 2) ataque, caracterizado pelo controle vetorial através do uso de inseticidas, principalmente o DDT; 3) consolidação, onde as medidas de controle e vigilância são substituídas pelo ataque esporádico a possíveis surtos que viessem a ocorrer; e, 4) manutenção e vigilância, que são ações a serem realizadas rotineiramente pelos serviços de saúde locais (WHO, 1957).

Após 23 anos de campanhas de erradicação (1946-1969), a população mundial em risco para a Malária foi reduzida de 70 a 41%.

A partir da década 70, tendo em vista o elevado custo de manutenção das campanhas, a eliminação da Malária em largas áreas da Europa, América do Norte e Norte da África, além da impossibilidade de erradicação da Malária no mundo, as ações foram gradativamente sendo interrompidas, o que levou ao recrudescimento da Malária no mundo, com aumento do número de casos, da mortalidade associada diretamente a este evento e dos danos sociais dela decorrentes.

Em 1992, em busca de uma melhor resposta ao aumento do número de casos, foi realizada, em Amsterdã, a Conferência Ministerial de Malária, que teve como produto final a “Declaração Mundial para o Controle da Malária”. Propunha-se uma nova “Estratégia Global de Controle da Malária” (EGCM), baseada na detecção precoce dos casos, tratamento oportuno dos casos suspeitos ou confirmados, detecção rápida de epidemias, planejamento e implementação de políticas de controle regionalizadas. Padronizava, ainda, de acordo com as características locais, incrementar o fortalecimento da capacidade de pesquisa e de controle (WHO,1993; RBM, 2002).

A partir de então, os países membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) adotaram a Estratégia Global para o Controle da Malária (EGCM), embora com certas limitações para sua implementação.

A iniciativa estimulava, também o uso de estratégias de envolvimento comunitário e a ação conjunta efetiva entre os governos e organismos de desenvolvimento nacionais e internacionais. Reconhecia que o esforço continuado para retroceder a Malária requereria, inevitavelmente, o desenvolvimento do setor saúde. Incorporava esforços para rechaçar a doença com um conjunto de atividades prioritárias que deveriam ser desenvolvidas pelos países com risco de transmissão de Malária (OPAS//OMS, 2000).

Em 1997, em Dakar, no Senegal, reuniram-se vários cientistas e pesquisadores para estabelecer prioridades para um Programa Multidisciplinar de Controle de Malária, o MIM, hoje responsável por grande parte do financiamento dos estudos sobre Malária na África.

Outro momento importante foi a criação do programa *Roll Back Malária* (RBM), em 1998, em parceria com várias organizações internacionais. Este programa tem como meta principal incentivar o "Controle Integrado da Malária", proposto na Conferência de Amsterdã (1992) representado pela adequação das políticas, estratégias e ações de controle da Malária, em cada nível do sistema, principalmente o

envolvimento comunitário (GREENWOOD & MUTANBINGWA, 2002).

1.2. O controle da Malária nas Américas

A região das Américas endossou a Estratégia Global para o Controle da Malária (EGCM). O principal impulso da EGCM foi uma mudança da ênfase tradicional, centrada no controle de vetores, para um manejo adequado da doença em seres humanos. A integração do objetivo tradicional de erradicação da doença a um enfoque de expansão da cobertura dos serviços de saúde logrou o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da população sob risco.

A implementação dos componentes diagnóstico precoce e tratamento adequado na região das Américas resultaram numa significativa queda da taxa de mortalidade devida especificamente à Malária.

Em 1994, primeiro ano no qual há registros comparáveis entre os países, a taxa bruta de mortalidade por *P. falciparum* era de 8,3/100.000 habitantes expostos. Em 1998, a taxa caíra para 3,0/100.000 habitantes, decréscimo de 62% no número total de mortes registradas.

A implementação da EGCM demonstrou que priorizar o manejo de doenças em nível dos seres humanos afetados constituía um investimento mais efetivo, em termos de custo-benefício, do que o tradicional enfoque no controle de vetores, particularmente onde há maior prevalência da Malária por *P. falciparum*. Contudo, em regiões e países onde o *P. vivax* é a espécie prevalente, assim como em regiões onde a transmissão de *P. falciparum* está controlada, a prevalência e a incidência do *P. vivax* é menos afetada pela implementação das ações de controle. Esse efeito se deve a diversos fatores, desde as características biológicas do próprio parasita até as características sócio-econômicas das populações sob risco.

Os serviços de saúde que realizaram a inclusão do controle da Malária na rede de Agentes Comunitários (colaboradores voluntários) na região demonstraram alta eficiência diagnóstica, confirmando 11,2% dos casos suspeitos, enquanto que a vigilância ativa, de alto custo operacional, continua mostrando baixa eficiência diagnóstica, confirmando 3,4% dos casos de “febre recente” (PAHO/OMS, 2000).

1.3. O controle da Malária no Brasil

Em 1898, Adolfo Lutz antecipou, de forma empírica, a veiculação da Malária por anofelinos, quando atribuiu a mosquitos *Anopheles cruzi* o “surto de paludismo” entre trabalhadores da estrada de ferro São Paulo - Santos, então em construção (SILVEIRA & REZENDE, 2001).

Carlos Chagas, em 1905, comprova ser intradomiciliar a transmissão e adota o uso de imagocidas pela queima de enxofre no interior das habitações.

Sob o fomento da Fundação Rockefeller/Rio de Janeiro, a partir de 1922, os estudos da Malária no Brasil incorporaram uma lógica programática na pesquisa, uma vez que, até aquele momento, se desenvolviam trabalhos com caráter temporário e casual. A integração entre a investigação e o controle efetivo da doença passaram então a ser objeto de maior interesse dos estudiosos.

Em 1923, através do decreto Presidencial 16.300, de 31/12/1923, foi aprovado um novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública- DENSP, que no artigo 5.888 previa: a coleta de sangue para diagnóstico de casos suspeitos, necessidade de determinação de índice endêmico, execução de medidas antilarvárias, proteção das habitações contra os anofelinos adultos, inquérito epidemiológico, tratamento e prevenção de doença, através da distribuição de quinino aos indivíduos sãos (OPAS/OMS, 1998).

No ano de 1930 foi detectada na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, a presença do mosquito da espécie *Anopheles gambiae*, fato de grande importância, pois a capacidade vetorial e o risco de expansão para o continente eram maiores, devido às limitadas exigências de adaptação deste mosquito. Mas, apesar disso, passou-se quase uma década para que fosse tomada alguma providência, havendo dispersão do vetor pelos estados do Ceará e outras cidades do Rio Grande do Norte.

Em 1939, iniciam-se as operações de controle do vetor através da criação do Serviço de Malária do Nordeste (SMN), com apoio da Fundação Rockefeller, cuja meta era erradicar a Malária no país. Para tanto, mobilizou-se um volume importante de recursos financeiros, logrando a erradicação do *Anopheles gambiae* no Nordeste, num período de tempo inferior a dois anos.

Na década de 40, o controle da Malária era desenvolvido por três instituições que atuavam em espaços diferenciados: o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) da região Amazônica; o Serviço Estadual de Malária de São Paulo e o Serviço Nacional de Malária (SNM), criado em 1941, responsável pelas demais regiões do país. A partir de 1950, o SNM passou a atuar também na Amazônia, em conjunto com a SESP. Naquele momento, a Malária predominava, dispersava-se pelo país, e a maior parte dos casos era identificada na região extra-amazônica, nas zonas litorâneas e nas bacias dos grandes rios.

O entusiasmo suscitado pela experiência de erradicação da Malária na região Nordeste criou a expectativa do completo controle da doença no país, principalmente, com a descoberta do DDT e o uso da cloroquina em substituição à Atebrina.

Em 1956, foi criada a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), tornada uma agência autônoma, para substituir o SNM, oriunda do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU). A nova instituição foi criada para o cuidado exclusivo da Malária e como resultante de recomendação da XIV Assembléia Mundial da Organização Mundial da Saúde, em 1955.

Conforme Silveira & Rezende (2001), o modelo de organização campanhista

centralizado encontrava seus limites não apenas na sua inadequação a determinados padrões ou condições de transmissão, mas, especialmente, porque não admitia adaptações para situações diferentes, ou seja, não dava espaço para a decisão técnica local.

Não se admitia revisão do modelo organizacional, de suas práticas, metas e objetivos, como afirma Barata (1998: 66):

O modelo é reduzido a seus componentes mais esquemáticos a fim de delimitação de um objeto, ajustados às necessidades e características de uma intervenção padronizada, tecnicamente desenhada, que almeja a produção de um produto sempre idêntico (interrupção da transmissão) por meio de uma rotina regular de trabalho e da renúncia às soluções particulares.

Em 1970, ocorreu a incorporação da CEM, do DENERU e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) a uma nova instituição - a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), vinculada ao Ministério da Saúde. Apesar da nova vestimenta, pouco ou nada mudou na forma de operacionalização dos diferentes programas verticais, que foram então reunidos numa mesma instituição, mas não houve integração entre eles, nem no nível federal, nem nos sistemas locais de saúde. Conforme relata Silveira & Rezende (2001: 106): *as campanhas foram reunidas, mas não integradas.*

Paralelamente a este processo, em meados dos anos 70, o país passava por um debate sobre o sistema de serviços de saúde. Sob liderança de intelectuais e políticos do “Movimento Sanitário” o processo culminou com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (SCOREL, 1998). A reforma propunha a reorganização do sistema de serviços de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, hierarquizado, com assistência integral e descentralizado, em oposição ao modelo vertical e centralizado vigente à época.

Neste mesmo período, define-se no país, para fins de controle, a divisão das áreas endêmicas de Malária: 1) áreas de erradicação em curto prazo, ao se constatar que nem todas as áreas respondiam da mesma forma, caracterizada como a região extramazônica; e 2) área de erradicação de longo prazo na região da Amazônia legal (OPAS,1998:45).

A década de 80 vivenciou transformações profundas no sistema de saúde brasileiro, determinadas pelas mudanças político-institucionais do país. Esta conjuntura foi marcada pela crise e os estertores finais do regime militar, pela transição democrática, e pela promulgação da nova Constituição de 1988, a qual incorporava as mais amplas garantias democráticas e sociais (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Cria-se então o Conselho Nacional de Administração da Saúde e Previdência (CONASP) em 1981, sendo a partir dele estruturadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes no sistema de saúde. As AIS criaram a infra-estrutura

fundamental da rede física de cuidados básicos de saúde, essencial ao posterior desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização, dando impulso político aos níveis subnacionais que reaparecem em cena como atores fundamentais na construção de um sistema de saúde descentralizado (NORONHA & LEVCOVITZ, 2001).

Os primeiros momentos das AIS foram marcados por dificuldades conjunturais, advindas da crise da Previdência Social e da completa incompetência do governo militar de reorganizar sua base de sustentação política. Neste período, as AIS proporcionaram a base técnica e princípios estratégicos para momentos posteriores. Foi criado então o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), para contribuir com a consolidação e desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde.

No ano de 1986, 60 técnicos pertencentes ao setor saúde, universidades, instituições de pesquisa e de outros órgãos, discutiram a participação dos programas de controle das grandes endemias nas Ações Integradas de Saúde. Este grupo reconheceu, por unanimidade, que a SUCAM precisava realizar algumas mudanças para atender os compromissos propostos pelas Ações Integradas de Saúde. Por outro lado, preocupava-se com o fato de que grande parte das Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios não dispunham ainda da infra-estrutura e capacitação adequada para a cobertura das ações de controle. O grupo então considerou a necessidade de estudos detalhados e apontou nove recomendações à Comissão de Reforma Sanitária, que havia sido criada em 1985:

- 1) Assegurar a extensão dos serviços básicos de saúde a todos os municípios;
- 2) Assegurar o funcionamento dos serviços municipais de saúde existentes e criar outros no futuro;
- 3) Manter no nível central órgão de estudo, análise e formulação de normas para orientação das atividades dos órgãos regionais e periféricos;
- 4) Assegurar avaliação contínua no nível municipal , regional e estadual;
- 5) Informatizar os serviços de saúde com qualificação profissional;
- 6) Mudar a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, com mudanças na formação dos recursos humanos (currículo) com ênfase na medicina preventiva e na educação em saúde;
- 7) Entrosamento dos diferentes níveis do sistema de saúde;
- 8) Descentralização dos serviços, com distribuição de recursos financeiros e de poder de decisão, compatíveis com as responsabilidades que se pretende descentralizar e integrar em nível periférico;

- 9) Crescimento dos recursos globais para a saúde em proporção com o custo requerido para a execução do programa de integração das ações e de extensão à totalidade da população (MS, 1986).

Com a Constituição de 1988 inicia-se no país um processo de reforma do sistema de saúde, sendo a descentralização de saúde para estados e municípios o eixo central da nova política. Mas no que tange às ações de controle da Malária pouco ou nada pode ser observado neste período, uma vez que se mantiveram centralizadas na SUCAM.

Em 1989, com apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) elabora-se um novo projeto de caráter especial chamado “Programa de Controle da Malária na Bacia Amazônica” (PCMAN), que tinha como objetivos: 1) reduzir a prevalência da Malária no Brasil; 2) promover o desenvolvimento institucional visando incrementar a eficiência para responder às mudanças nas condições locais mediante a incorporação de novas tecnologias; e 3) realizar o controle da Malária (e de outras endemias) em comunidades indígenas.

Com o novo projeto é iniciado um trabalho de fortalecimento do nível local, através de capacitações dos técnicos das secretarias municipais e estaduais de saúde. Este fato que contribuiu para a implementação das operações descentralizadas ou, pelo menos, desconcentradas, de controle da Malária.

Em 1991, cria-se a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passa a congrega em nível federal, no Ministério da Saúde, todas as instituições relacionadas com a Epidemiologia e Controle de Doenças: Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS), Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNPES) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Embora esta fusão tenha sido feita numa perspectiva racionalizadora de diminuição do gasto e enxugamento da máquina estatal, não veio acompanhada de nenhuma proposição que indicasse alguma intenção integradora.

A fusão de culturas institucionais tão diferenciadas trouxe, também resistências, conforme relatam Silveira & Rezende (2001), representada, principalmente, pelos trabalhadores da antiga SUCAM, que detinham uma prática autoritária e rígida, com padronização e condutas para todos os locais, estrutura fortemente hierarquizada e tarefas para cada trabalhador (de nível universitário, técnico ou braçal) perfeitamente definidas e decompostas em mínimos detalhes técnicos nos manuais de instrução. O sistema permanente e minucioso de registros e a supervisão contínua possibilitavam também a utilização racional dos recursos humanos, materiais e financeiros, maximizando e potencializando seus efeitos (BARATA, 1998).

No processo de descentralização do SUS, com a edição da Norma Operacional Básica de 1993, a definição das novas condições de gestão, a transferência de recursos federais e a criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), propõe-se o resgate do relacionamento entre os gestores dos níveis federal, estadual e municipal, na tentativa de redimensionar o poder de interferência dos estados na condução da política de saúde. Mas não se conseguiu apontar soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, nem foram

definidos e garantidos os recursos e instrumentos necessários à descentralização das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Em 1999, em Brasília, o projeto de Vigilância do SUS (VIGISUS-SUS), considerando muitas das recomendações do "Seminário Nacional de Discussão sobre o Controle da Malária", ocorrido em Brasília em 1996, estabelece convênio com a FNS para desenvolver propostas de ações no controle da Malária. Ao mesmo tempo é implantado no país o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM), que objetivava a redução da morbidade e mortalidade em níveis de controle sustentáveis, evitando o surgimento de epidemias localizadas, reduzindo a sua gravidade e, conseqüentemente, o número de internações e óbitos. A meta implantar o plano em 254 municípios no quadriênio 2000-2003.

O plano foi executado, a partir de junho de 2000, como apoio à estruturação dos sistemas locais de saúde, através do estabelecimento de compromissos políticos entre as três esferas de gestão. Os municípios deveriam ser capacitados para:

- 1) Coordenação e execução das ações do programa de controle da Malária e, desta forma, fortalecer o processo de descentralização;
- 2) Realização de ações específicas em áreas indígenas onde há uma alta incidência e, em sua maioria, localizadas em municípios considerados de Alto Risco;
- 3) Articulação de ações com os distritos indígenas e o Departamento de Saúde Pública da FUNASA, para apoiar os municípios e estados na utilização de critérios epidemiológicos na seleção das áreas e medidas a serem adotadas;
- 4) Definição de estratégias de controle seletivo de vetores, com ações previamente selecionadas de aplicação de inseticidas, obras de saneamento ambiental e outras;
- 5) Ampliação da rede de diagnóstico e tratamento, manutenção e ampliação de treinamentos para médicos;
- 6) Fortalecimento da implementação e implantação do Sistema de Informação em Malária-SISMAL; implementação e desenvolvimento de um sistema de vigilância e monitoramento do Sistema de Informações geográficas (SIG);
- 7) Articulação com o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para desenvolver ações do PIACM (MS/FUNASA, 2001: 07).

1.4. O controle da Malária em Rondônia

A história e evolução do controle da Malária no estado de Rondônia estão

relacionadas diretamente à história de sua colonização, podendo ser identificados 3 momentos distintos e importantes, seja para o aparecimento de casos de Malária, seja para a organização dos serviços de controle.

O primeiro momento caracteriza-se pela construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (EFMM), iniciada no ano de 1872 e inaugurada em 1º de agosto de 1912.

Três empresas participaram na construção desta ferrovia, sendo que as 2 primeiras fracassaram, pelas péssimas condições do lugar, grande distância, longos períodos de chuva, falta de firmeza do terreno na época das chuvas, presença constante dos índios e principalmente doenças como a Febre Amarela, Beribéri, Diarréia e Malária.

Em 1910, por solicitação da Madeira Mamoré *Railway* foi providenciada a vinda do sanitarista Oswaldo Cruz, procedente do Rio de Janeiro, que durante vinte e oito dias analisou a situação epidemiológica local e escreveu:

...o mal da região, toda a sua insalubridade e o que torna estas paragens verdadeiramente inóspitas é o impaludismo e só ele é responsável pelas vidas e pelo descrédito crescente que infelicitava esta região (OSWALDO CRUZ, 1910).

A partir desta observação propôs várias medidas para minimizar os problemas levantados, tais como profilaxia da Malária com sais de quinino para todos os trabalhadores e ações de cunho sanitário, como aterragens e limpeza de igarapés.

O segundo momento começou em 1936, quando, durante a Segunda Guerra Mundial, a destruição dos mais importantes seringais do mundo na Malásia valorizou o extrativismo de seringa na região amazônica.

No período entre 1936 e 1960 a Malária manteve-se estável.

No início da década de 60 existia ao longo da Estrada de ferro Madeira Mamoré vilas, povoados e acampamentos de trabalhadores da ferrovia, seringueiros, contratistas de lenha e lenhadores, sitiantes e outras categorias de moradores que, apesar do tempo haver passado, ainda encontravam nas doenças endêmicas, o maior problema para subsistir naquele espaço territorial. Dessa forma, tornava-se urgente, a necessidade da presença na área de um órgão de saúde pública, como a Campanha de Erradicação da Malária - CEM, para viabilizar evidentemente o controle destas doenças e assim, propiciar aos moradores, condições adequadas para trabalhar e viver

(SILVA, 1999: 51).

Em 1960, a abertura da BR-364 acelerou o processo de imigração, inaugurando o terceiro momento de eclosão de casos de Malária. O episódio persistiu até a década de 90. Neste período a implementação de vários programas de assentamentos rurais,

favoreceu o fluxo migratório de pequenos produtores das regiões Sul e Sudeste para a Amazônia.

Em relação ao controle da Malária, desde 1943 as ações eram desenvolvidas pela FSESP. A principal estratégia de controle da doença na época era a distribuição do medicamento Atrebina à toda população do vale amazônico (BASTOS, 1996: 290). A *Rubber Development Corporation* (empresa que operava na compra da borracha na região) contribuiu na distribuição em larga escala desse medicamento, na expectativa que isso impediria o adoecimento de seus trabalhadores e, assim, manteria o aumento da produção da borracha (FSESP, 1945).

O controle da Malária era a atividade fundamental dos distritos sanitários da FSESP, que além de distribuir Atebrina usava os guardas sanitários na promoção de medidas de ataque ao vetor da doença. Entretanto, a abertura e limpeza de valas, aterros e pântanos, e a aplicação de antilarvários, como o "Verde de Paris", eram ações desenvolvidas, de forma assistemática.

O território de Rondônia e a FSESP, em 1946, firmaram convênio de cooperação para o desenvolvimento do projeto experimental de combate à Malária nas sedes distritais de Porto Velho e Guajará-Mirim. Em 5 de julho desse ano, inicia-se o primeiro ciclo de aplicação de DDT nos municípios de Porto Velho e Guajará-Mirim. Posteriormente foram incluídas outras localidades como Ariquemes, Presidente Médici, Pimenta Bueno e Vilhena (BASTOS, 1996).

Para o desenvolvimento das ações de controle da Malária a FSESP não dispunha dos recursos necessários para o custeio total das ações, que eram complementados parcial ou mesmo totalmente pelos governos estadual, municipal ou mesmo por particulares. Em alguns lugares, a dedetização era praticada por voluntários (BASTOS,1996: 302)

No período de 1949 a 1960, os serviços de controle da Malária passaram a ser desenvolvidos pelo Serviço Nacional de Malária (SNM), vinculados ao Ministério da Saúde.

Em março de 1960, a Campanha de Erradicação da Malária-CEM assume as ações de controle da doença no estado de Rondônia. Nos primeiros meses as ações foram realizadas em Porto Velho e eram caracterizadas especialmente pela aplicação de inseticidas com borrifação intradomiciliar (SILVA, 1999).

No mês de janeiro de 1963 a equipe de controle foi dividida em diferentes turmas: de reconhecimento geográfico, operação de inseticidas e epidemiologia. Esta divisão tinha como objetivo o desenvolvimento de ações de controle de forma sistemática ao longo da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré.

Uma segunda reorganização da equipe expandiu as ações de controle às áreas ribeirinhas dos rios fronteiros Mamoré, Guaporé e afluentes da margem brasileira. As atividades se iniciavam na cidade de Guajará-Mirim e terminavam no município

de Cabixi, divisa com o estado do Mato Grosso, perfazendo um total de 600 Km.

A partir do segundo semestre de 1963 (dezembro), foram incluídas nas ações de epidemiologia o detalhamento dos grupos etários, tipo de habitação (material e acabamento) e características locais, como abastecimento de água e coleta de lixo. As informações recolhidas seriam importantes para o posterior planejamento das ações.

As ações de controle da Malária, ao longo desses anos, foram executadas exclusivamente pelos trabalhadores da CEM e, a partir de 1970, passaram para a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

Segundo Silva (1995: 95), os trabalhadores da SUCAM eram capacitados e preparados para executar as atividades sob:

...um forte instrumento de repressão, desenvolvendo suas ações movidas mais pelo terror do que pela consciência do dever, trabalhavam sob constante pressão, pois sabiam que por menor que fosse a falha não escapariam da punição.

Agregado a isto, a realização de uma imensa quantidade de cursos e capacitações contribuíram para que esses trabalhadores fossem altamente especializados.

Em relação à organização dos serviços, a coordenação regional da SUCAM de Rondônia, antes mesmo das indicações de "controle integrado" propostas pela Conferência de Amsterdã, em 1992, iniciou um processo de mudança de estratégias de controle. Esta mudança em parte contribuiu para a redução dos casos na segunda metade dos anos 80, estendendo os componentes diagnóstico e tratamento para a rede estadual do estado, principalmente para a rede hospitalar, e envolveu alguns municípios de maior porte.

Esse processo previa a necessidade de participação dos serviços públicos de saúde no controle das grandes endemias, compreendida como "co-participação", que deveria apresentar duração variável e dependeria da viabilização de estratégias alternativas que conduzissem à consecução dos objetivos comuns de ambas as partes, da SUCAM e dos serviços locais de saúde (SUCAM, 1980).

A integração dos programas de controle das grandes endemias significava, então, "horizontalizar" as ações, anteriormente "verticais" e contar com o apoio da comunidade (MS/SUCAM/RO, 1980). Entretanto, preconizava que na fase de ataque dos programas prioritários predominariam as ações "verticais" e que estas deveriam ser executadas pelo nível federal:

....estas atividades, todas de natureza "vertical" habitualmente não podem ser feitas pelas secretarias de saúde, visto que não dispõem de estrutura adequada nem recursos

2).Na fase de vigilância, a participação dos serviços locais de saúde constituiria um apoio indispensável aos programas de controle das grandes endemias:

.....na vigilância das doenças endêmicas deve haver uma associação harmoniosa entre o órgão específico e os serviços de saúde; posteriormente as estruturas regulares de saúde poderão se encarregar inteiramente desta missão, após estarem efetivamente capacitados para cumpri-la

(MS/SUCAM/RO, 1980: 03).

Em 1984, a coordenação regional da SUCAM/RO realizou o primeiro planejamento de integração das medidas de controle da atividades antimaláricas envolvendo a comunidade e as instituições governamentais e privadas. A estratégia era promover a inclusão da comunidade e de outras instituições na realização de medidas de controle, devido ao fracasso das medidas de erradicação tomadas até aquele momento.

Os principais motivos que levaram a coordenação da SUCAM a propor este plano foram: 1) tendência da SUCAM de trabalhar isolada, sem procurar a participação de outras instituições e da própria comunidade; 2) desconhecimento das atividades da SUCAM pela comunidade e por outras instituições; 3) carência de educadores em saúde; e 4) dificuldade de implementar rotinas padronizadas de diagnóstico e tratamento em outras instituições do setor saúde.

A partir destas constatações as estratégias propostas foram: 1) deliberação de passar da estratégia de erradicação para o de controle da doença; 2) reconhecimento da necessidade de adoção de medidas complementares fora do alcance da SUCAM, por exemplo de saneamento, e ampliação de medidas tradicionais como o controle de criadouro e tratamento de pacientes, através da participação da comunidade e de outras instituições; 3) envolvimento da FSESP-RO e da SESAU-RO na implementação de ações de saneamento, tratamento de casos graves e educação em saúde.

Constata-se, então, que a implementação da estratégia de "controle integrado" foi importante, pela ampliação dos conhecimentos técnicos das ações de diagnóstico e tratamento para o nível hospitalar e ambulatorial da rede estadual e municipal. Mas não houve real integração do estado e dos municípios no planejamento das ações, especialmente, as ações de operação de campo.

As ações e atividades relativas à Malária desenvolvidas pelos médicos da rede pública estadual ou municipal e outros trabalhadores estavam restritas ao componente diagnóstico e tratamento. As outras ações relacionadas ao controle vetorial e manejo ambiental eram executadas e definidas, exclusivamente, pelo nível central. Quando havia necessidade de informações mais completas (número de casos, localização e outros dados) eram solicitadas aos distritos sanitários ou para a coordenação regional

da FUNASA-RO.

O gestor estadual e o municipal pouco ou nada sabia sobre a organização das ações de controle. Ressalta-se que, embora existissem convênios entre os municípios e o órgão federal responsável pela execução das ações, os trabalhadores contratados pelo município eram colocados à disposição da SUCAM-RO, não existindo "vínculo" com o órgão de origem.

Nesta mesma época, a FSESP-RO iniciou um processo gradual de descentralização das ações de controle de Tuberculose, Hanseníase e das gerências de suas unidades mistas e ambulatoriais para os municípios, através de assinaturas de convênios de cooperação mútua entre a FSESP, os municípios e o estado.

Neste período foram realizadas capacitações pela FSESP-RO, principalmente dos médicos e enfermeiros lotados no estado e nos municípios. Esta ação contribuiu, em certa medida para a organização das ações de controle na rede pública estadual e municipal e, favoreceram a criação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose e da Hanseníase.

Os municípios de maior porte e com melhor infra-estrutura foram os primeiros a assumir as ações de controle da Hanseníase e Tuberculose, com inserção dos trabalhadores médicos e enfermeiros nas unidades ambulatoriais da FSESP-RO.

A FSESP-RO mantinha, ao longo da BR 364, 18 escritórios regionais que se caracterizavam por serem unidades financeiras e orçamentárias, ou seja, apresentavam um certo grau de autonomia na descentralização dos recursos e experiência no planejamento local, com agilidade administrativa. Enquanto isso, a SUCAM-RO detinha a experiência e o conhecimento prático no controle da Malária. Quando da fusão das duas instituições, a FSESP e a SUCAM na Fundação Nacional de Saúde (FNS) em 1999, optou-se por manter essa mesma organização, contribuindo para a agilização das ações de controle da Malária no estado.

Em relação, ao controle da Dengue e Febre Amarela, implementada, a partir de 1995, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, de formalização de convênios com os estados e municípios, a formulação do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) e a criação da Secretaria Executiva Nacional do PEAa, vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde, favoreceram a descentralização da política e das ações de controle do vetor da Dengue e da Febre Amarela (FUNASA, 2001).

Em resumo, em relação ao controle de doenças endêmicas no estado, a Malária foi a única que, ao longo dos anos, manteve grande parte das ações de controle executadas, exclusivamente, pelo nível federal.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Descentralização em um Estado federativo

Vários são os conceitos adotados para definir a descentralização. Na Reforma Sanitária Brasileira, a descentralização foi adotada com um caráter político-administrativo, como uma proposta de planejamento e de administração dos serviços de saúde, a partir de bases epidemiológicas e de modelos organizacionais já adotados anteriormente por organismos internacionais. Foram também assumidos pelo Projeto os conceitos de integração, hierarquização e regionalização (Campos, 1991).

A ênfase na descentralização dos serviços para os municípios significou o reconhecimento da sua responsabilidade com a saúde de seus cidadãos, possibilitando, de acordo com os formuladores dessa estratégia, maior racionalidade e transparência na organização do sistema de saúde, uma vez que o processo decisório é deslocado para instâncias mais próximas dos problemas a serem enfrentados. Ou seja, de uma maneira geral, reconhece-se que a descentralização favorece a

democratização das políticas e a ruptura com os processos de intervenção social centralizados. A descentralização passa, então, a ser concebida como a estratégia básica da conformação da cidadania (MENDES, 1999).

Segundo Mello (1991) a palavra descentralização vem sendo empregada como sinônimo de desconcentração, e refere-se ao processo administrativo pelo qual as atividades até então centradas em uma área, são transferidas para áreas periféricas, utilizando tanto critérios funcionais como espaciais. Muitas vezes a desconcentração é confundida com descentralização administrativa por ter esta última um cunho político-jurídico. A descentralização não significa apenas transferência de poder aos municípios, mas a capacidade de exercê-lo.

Já para Mills (1990) descentralização é a transferência de autoridade ou de poder, para os níveis subnacionais de governo e que, na prática, os sistemas de saúde podem apresentar diferentes formas dependendo não somente de políticas governamentais, estrutura administrativa e objetivos, mas também da organização dos serviços nos diferentes países onde esta ocorre, podendo ser classificadas em 4 diferentes formas:

- 1. *Devolução*: Para este autor *devolução* é entendida como a criação ou o fortalecimento de níveis sub-nacionais de governo, comumente chamados de governo local ou autoridade local, que possuem uma autonomia em relação ao governo central com respeito a um conjunto de funções bem definidas. Este nível, além de ter reconhecido suas fronteiras geográficas, possui uma personalidade jurídica clara, autoridade estatutária para conseguir fundos e incorrer em gastos, e a concessão de várias funções. Nos países desenvolvidos este modelo de descentralização pode ser empregado na área de saúde, requerendo uma importante participação financeira do Estado e uma cooperação entre as autoridades locais na prestação de serviços mais especializados (Mills, 1990).**
- 2. *Desconcentração*: Este é o tipo de descentralização, mais empregado pelos países em desenvolvimento. É considerado o mais moderado, por implicar na transferência de autoridade administrativa, mas não da autoridade política. Ela pode ser dada de forma vertical ou integrada. Na forma vertical de administração local a responsabilidade do ministério é atribuída ao pessoal local, podendo haver um coordenador que articule com as diversas organizações ministeriais locais para que as mesmas não atuem independentemente. Na desconcentração integrada um representante dependente do governo central (ministérios do interior ou de administração local) assume a responsabilidade por todas as questões rotineiras, ficando para o órgão central a responsabilidade de supervisão técnica. De acordo com o tipo de governo este representante pode ser o prefeito ou governador. Na saúde este modelo pode dar-se pela fusão dos serviços de saúde do governo central e local dentro de uma nova organização distrital, permitindo um melhor planejamento e gestão dos serviços de saúde, de acordo com um critério de integração no distrito. (Mills, 1990).**

3. **Delegação** é a transferência de responsabilidades administrativas, para organizações que não fazem parte da estrutura central do governo (paraestatais) mais sendo, no entanto, indiretamente controladas por ele. O órgão que transfere competências não perde o poder. Mesmo tendo estas organizações liberdade para exercer suas funções e deveres específicos, a responsabilidade ainda continua sendo do governo delegação de competências sem deslocar o poder de decisão. Significa transferência de algum poder de delegação.
4. **Privatização:** envolve a transferência de funções governamentais para organizações não governamentais voluntárias ou privadas. Neste caso, pode apresentar vários graus de regulação estatal.

A distinção entre os 4 tipos de descentralização são baseados essencialmente em seu status legal. Na realidade há outros fatores intervenientes importantes para determinar os tipos de descentralização como: financiamento, poder e representatividade popular

Para Gawryszewski (1993) para que ocorra efetivamente a descentralização, isto é a distribuição do poder, é necessário aumentar a capacidade de autonomia local e o controle pela participação social. O modelo de descentralização empregado tem influencias sobre a autonomia que uma organização sanitária possa exercer no nível local, não determinando, entretanto a relação entre o nível central e a periferia.

Segundo Arretche (2000), descentralização significa genericamente a institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais. A noção de “local” é referida à unidade de governo para a qual se pretende transferir atribuições, podendo ser caracterizada por municipalização ou estadualização.

Orban (1990), ao definir descentralização referiu que num Estado federalista, descentralização pode compreender diversos significados, e que estes variam segundo os autores que o utilizam e o contexto em que estes estudos se aplicam. Podendo ocorrer uma descentralização administrativa e uma descentralização política.

A descentralização administrativa corresponde a descentralização de tarefas a unidades localizadas abaixo do controle de nível central, mantendo-se uma certa articulação e adaptação nos níveis mais periféricos. Compreendida como uma situação em que as tarefas administrativas são confiadas a agentes e serviços administrativos não ligados a administração central, tratando-se assim, de uma descentralização territorial, a qual implica existência de um governo.

A descentralização política ocorre quando há uma divisão de poderes entre os níveis de governo, de forma dinâmica e interativa como um processo. Um movimento perpétuo que oscila entre os dois polos - descentralização e centralização. Dois extremos opostos, mas não mutuamente excludentes.

Ou seja, a descentralização muito dificilmente se encontra em estado puro, mas

aparece como centralização em desenvolvimento, não existindo um sistema político-administrativo que esteja exclusivamente orientado para a otimização de uma ou de outra (MILLS, 1990; ORBAN, 1990; BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO, 1993).

Entretanto, segundo Kugelmas & Sola (2000) quando das diversas análises realizadas sobre o tema das relações intergovernamentais, estas apontam para uma certa convergência e identificam três grandes períodos marcados por uma dinâmica de tensão: um primeiro, de alto centralismo, característico do regime militar, outro orientado para a descentralização e, um terceiro, indefinido, mas com traços de recentralização e ausência de mecanismos cooperativos. E que estas características não descartam a existência de alguns aspectos de continuidade entre eles. Ou seja, apontam para um movimento de oscilação entre centralização-descentralização, um *continuum* institucional, visto que aspectos da dinâmica institucional que antecedem às novas orientações não são de todo anulados quando esta entra em vigor

Rui-Gallegos (1990). afirma ainda que, é necessário articular relações entre os níveis descentralizados com um certo nexo de natureza não hierárquica. Pois, se existe hierarquia, pode estar entre a desconcentração ou funções delegadas e, no caso da descentralização, pelo contrário, o ente descentralizado deverá exercer competências próprias, gozando de uma personalidade jurídica que o diferencia da administração central

Segundo ainda, este autor, a descentralização pode perfeitamente assumir diferentes pontos de vistas, sendo importante, além, definir claramente seu contorno político, sua natureza, seus fins, suas limitações e os meios para conduzir a unidade de atuação dos entes descentralizados, seja administrativa ou política, a fim de que o interesse geral da nação não seja prejudicado.

No Brasil a promulgação da constituição de 1988 iniciou mudanças significativas na prestação dos serviços de saúde no Brasil, onde a década de 1990 foi marcada por um intenso processo de descentralização do setor saúde. Isto ocorreu, especialmente, em virtude da descentralização na gestão dos recursos federais, que passaram a ser transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde, através da implementação das gestões semiplenas na primeira metade daquela década e sua expansão mais ao final, com a edição da NOB 96, onde definiu as gestões plena da atenção básica e plena do sistema municipal de saúde

Entretanto, apesar dos avanços reconhecidos, é necessário, no entanto, considerar as inúmeras contradições que acompanharam sua implementação. Se por um lado cumpriu-se um preceito constitucional do SUS de transferir recursos financeiros e poder de decidir sobre sua aplicação aos atores locais - conselhos de saúde e governantes -, por outro é importante considerar que isto foi acompanhado de inúmeros constrangimentos e dificuldades. Em síntese, os governantes locais assumiram novas responsabilidades na área da assistência sem contrapartida suficiente de recursos financeiros e também sem um adequado planejamento que lhes permitissem gerenciar a transição para o novo modelo assistencial.

Desta maneira, o processo de descentralização do setor saúde apresentou uma variada

gama de diferentes graus de descentralização: política, administrativa ou gerencial, disso resultando distintos formatos ou arranjos na prestação de cuidados médicos e sanitários municipais (ARRETCHE, 2000).

Dessa heterogeneidade depreende-se que, cada situação local, embora submetida aos mesmos ditames normativos do SUS, foi se configurando segundo as particularidades políticas e organizacionais de seu contexto específico, bem como conforme o peso dos fatores ligados às condições prévias da estrutura, capacidade instalada, funcionamento da rede de saúde e dos programas existentes no momento de se proceder a descentralização.

A gestão local é, então considerada, a única possibilidade de incorporar sujeitos ao processo decisório e ampliar as possibilidades de poder local interferindo no direcionamento das políticas de saúde, principalmente, através da incorporando sujeitos populares - usuários e trabalhadores de saúde dos Conselhos de Saúde. O seja, o processo de decisão é, por si só, um avanço. Além disso, os governantes locais passam a responsabilizar-se por elaborar planos de saúde viáveis e factíveis, pois, caso contrário, teriam dificuldades de ter seu poder legitimado perante as outras instâncias de governo e perante a própria população.

Os gestores devem se adaptar às novas regras e buscar novos instrumentos de planejamento e de gerência que permitam identificar os problemas a serem enfrentados prioritariamente.

Dentro desta concepção, os municípios, com suas novas atribuições e com autonomia, necessitam promover processos articulados de políticas locais de saúde, de gerenciamento dos recursos e das instituições voltadas à prestação da atenção, reorganizando os serviços e práticas de saúde na perspectiva de um novo modelo assistencial, capaz de controlar danos, riscos e causas dos problemas (TEIXEIRA, 1999; PAIM, 1993). Esta progressiva responsabilização dos níveis sub-regionais do governo pela gestão dos serviços de atenção à saúde em nível local, tem sido o cerne do processo de descentralização no setor saúde.

No Brasil, o longo período de tempo em que a execução das ações de saúde e o processo decisório ficaram centralizados no nível federal contribuiu para que as outras esferas do governo apenas atuassem como meras executoras. Esse despreparo constitui-se empecilho para a descentralização, pois o exercício efetivo da autonomia política e administrativa está condicionado à capacidade técnica dos atores e das instituições envolvidas; decisão política; definição de funções em cada nível que se quer descentralizar e adaptação, de maneira gradual e ajustada, às particularidades de cada realidade (ARRETCHE, 2000).

O processo de descentralização deve então, estar adaptado às características demográficas, geográficas, epidemiológicas, econômicas, sociais e culturais de cada país e região, assim como aos sistemas locais de saúde existentes e à participação social da comunidade na discussão e na cobrança destas ações. Deve, ainda, apresentar oportunidades para que os processos de reforma permitam a geração de novos modelos de atenção à saúde, papéis e funções, modalidades de capacitação,

sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, representando fator condicionante importante na mudança das práticas sanitárias.

Segundo ainda, Oslak (1990), descentralização é a estratégia de um processo de modernização estatal, podendo provocar mudanças na qualidade dos serviços ofertados, mudar a cultura administrativa ao incorporar novos atores, realizar a distribuição financeira e fortalecer a capacidade de pressão social sobre o setor público. E por mais que no nível local haja uma aparente incapacidade, imaturidade ou falta de experiência para tomar decisões, esta não deve ser utilizada pelo nível central como argumento para frear ou retardar a descentralização.

A gestão dos sistemas de saúde passa então a ser fator determinante para atingir os objetivos propostos, mediante planejamento, coordenação, direção e controle, requerendo habilidades e conhecimentos na dimensão técnica, administrativa e psicosocial.

2.2 A implementação da política

A implementação constitui uma das fases do *policy making*, que corresponde ao momento de execução de atividades e de ações com objetivos e metas definidas no processo de formulação de políticas (MENY, 1996: 26):

A implementação designa a fase de uma política durante a qual geram-se atos e feitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos e de discurso (...). Colocar em prática, executar, dirigir, administrar é parte integrante de um processo onde é de fundamental importância ter uma visão estratégica dos problemas decorrentes desta implementação.

Faz-se necessário incorporar, portanto, questões críticas como a viabilidade política das políticas e os problemas de coordenação interorganizacional que possam vir a surgir, fazendo uma distinção entre a concepção de uma política e sua execução, fornecendo assim subsídios para a análise crítica que apreende em que medida as metas estão sendo alcançadas, podendo retroalimentar o sistema de produção de políticas (LINDBLUM, 1980; HOGWOOD E GUNN, 1984; VIANA, 1996).

Esta diferenciação entre a formulação e implementação da política decorre de inúmeros fatores, tais como: a natureza da própria política, a pressão de grupos com interesses divergentes, as redes de interesses que se formam para potencializar os recursos de poder; as regras do jogo existentes para tomar decisões; o contexto internacional; as condições internas e, não menos importante, eventos inesperados que podem incidir não somente nos rumos que se previa seguir como no sucesso ou fracasso final da política implementada.

Na análise de políticas se distinguem cinco fases: 1) o surgimento de uma questão que afeta a sociedade; 2) inserção dessa questão na agenda do governo; 3) formulação ou tomada de decisão propriamente dita; 4) implementação da política aprovada; e 5) avaliação dos resultados alcançados. Quando uma política segue esse curso, é normal

que haja grandes distâncias entre as propostas iniciais, a política finalmente decidida e o que de fato está sendo executado.

Hogwood & Gunn (1984) e Meny & Thoenig (1996), entre outros, questionam a idéia de que existiria uma “implementação perfeita”. Esses autores, em particular os primeiros, argumentam que, no mundo real, a “implementação perfeita” é inatingível por razões como as que se seguem:

- 1) Circunstâncias externas impõem constrangimentos que os administradores não controlam;
- 2) Política ou programa não dispõe do tempo necessário para sua cabal execução e/ou os meios financeiros são insuficientes;
- 3) Combinação de recursos requerida (humanos, materiais, financeiros, tecnológicos) não está disponível no momento que se precisa;
- 4) Pressupostos de causalidade (se X então Y) estavam equivocados;
- 5) Excesso de elos causa-efeito, dos quais depende a política ou de dependências em relação a agentes externos;
- 6) Entendimento pouco claro ou mesmo desentendimento a respeito dos objetivos buscados;
- 7) Seqüência lógica das tarefas engessa a liberdade de ação dos administradores;
- 8) Problemas de coordenação e de comunicação;
- 9) Dificuldade das autoridades de obter a necessária concordância dos subordinados para conseguir que os objetivos ou as tarefas sejam efetivados.

Constata-se então que, ao passarmos o plano/programa do campo teórico para a intervenção o inscrevemos em outros campos, que o condicionam e o determinam, representados pela realidade, alterando e modificando sua rota, pois estão submetidos a tensões de interesses, pontos de vistas e valores que vão interagindo no dia-a-dia da sua realização.

Desta forma, os padrões, ou seja, metas, objetivos, serão readaptados, alterados diante da realidade concreta em que se inserem compreendendo-se que, por mais que o programa/plano tenha suas linhas gerais bem delimitadas, será influenciado pela forma como socialmente está organizado.

Segundo Schraiber (1999), o programa/plano está inserido no campo da política pública e passará a responder pelas vertentes de necessidades: a produção de serviços em escala social; o modo de produção e o processo de trabalho, reflexo dos modelos assistenciais existentes nestas organizações.

A avaliação de programas e de políticas governamentais tem sido objeto de preocupação, nos últimos anos, principalmente devido às dificuldades dos governos em atingir os objetivos propostos no desenho das políticas públicas. Essa constatação, realizada a partir de estudos existentes na literatura acerca da intervenção estatal, tem chamado a atenção para a questão da avaliação da implementação de políticas como sendo crucial para o aperfeiçoamento da ação governamental.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

A escolha da técnica de Estudo de Caso ocorreu por essa apresentar-se como a mais indicada para abordar o objeto de estudo, pois permite uma pesquisa abrangente em profundidade da singularidade de cada município com exploração intensa a partir

de fontes diversificadas, com metodologia tanto quantitativa como qualitativa e diversas técnicas de observação e de obtenção de dados e análise (ESCOREL et al, 2002: 104).

O estudo de caso pode ter quatro diferentes campos de aplicação: 1) explicar as relações causais; 2) descrever contextos da vida real; 3) avaliar descritivamente; e 4) explorar situações em que a intervenção a ser avaliada não seja clara (YIN, 1994 *apud* HARTZ, 1999) permite conhecer o processo em curso, cobrindo uma variedade maior de métodos e técnicas e facilitando a investigação de um fenômeno, que dificilmente poderia ser analisado fora de seu contexto. Essa aproximação só é possível pela facilidade com que esta técnica possibilita avaliar as variações intra-sistema, isto é, as variações que se reproduzem naturalmente em um dado meio (HARTZ, 1997).

Segundo Becker (1999) *apud* Escorel (2002:22):

Os vários fenômenos revelados pelas observações do investigador têm que ser todos incorporados ao seu relato do grupo e em seguida receber atribuição de relevância teórica. A meta abrangente do estudo de caso, mesmo que não seja alcançada, prepara o investigador para lidar com descobertas inesperadas e, “força” o a considerar , as múltiplas inter-reações dos fenômenos específicos que observa.

Esta pesquisa é constituída por dois Estudos de Caso realizados no estado de Rondônia, nos municípios de Porto Velho e Candeias do Jamari, os quais foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

- 1) Apresentar diferentes características demográficas: um de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes) e outro de grande porte (315.000 habitantes), o que permitiria a análise da forma como os municípios com distintas capacidades administrativas implementaram as ações de controle da Malária;
- 2) Existência de assentamento agrícola rural;
- 3) Existência de região rural terrestre e ribeirinha e áreas de difícil acesso;
- 4) Concentração de áreas de exploração florestal e um número importante de serrarias;
- 5) Existência nos dois municípios de estudos epidemiológicos locais anteriores sobre o controle da Malária, que facilitariam a compreensão e análise comparativa com a situação atual dos serviços locais e possível modelo técnico gerencial existente ou em processo de estruturação;

- 6) Serem ambos integrantes dos 13 municípios prioritários com IPA > 50 casos/1000 habitantes;
- 7) Apresentarem Malária autóctone urbana; e,
- 8) Apresentarem história de organização que pode ser análoga a outras localidades do estado.

Ressalta-se que a escolha do município de Porto Velho levou em consideração, também, o fato de ser a capital do estado, apresentar casos de Malária autóctone e historicamente contribuir com o maior número de casos de Malária no estado, o que torna seu estudo estratégico para os objetivos propostos. No caso do município de Candeias do Jamari teve importância o fato de termos acesso administrativo e facilidade de transporte, o que contribuiu para o levantamento das informações e acompanhamento do processo *in loco*.

A pesquisa se desenvolveu em duas fases. Na primeira, foi realizado o levantamento documental sobre o processo de descentralização das ações de controle da Malária no Estado de Rondônia na sede da SESAU-RO e da FUNASA-RO.

Para avaliar o grau de autonomia política dos representantes legais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho e Candeias do Jamari utilizou-se o resultado das entrevistas realizadas junto ao gestor municipal de saúde e aos gerentes locais de endemias e de controle da malária. Foram também analisadas na avaliação desta dimensão de autonomia as atas do Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde, ocorridas (CMS) durante o ano de 2000 e o primeiro semestre do ano 2001.

Em relação aos recursos financeiros, aqui entendida como a capacidade de investimento de recursos financeiros provenientes das transferências fundo a fundo do Sistema Único de Saúde e das receitas fiscais do município, analisou-se o grau de compromisso do município nas implementações das ações de controle da malária.

As informações foram obtidas através da análise dos fatos descritos nos documentos analisados e entrevistas semi-estruturadas com os principais atores e informantes-chaves envolvidos no processo de descentralização das ações de controle da Malária. Nesta fase foram realizadas 9 (nove) entrevistas: 2 (dois) com os coordenadores da GVEa/SESAU-RO, o atual e o que estava em exercício no momento da descentralização, 2 (dois) entrevistas com os coordenadores do Programa Estadual de Controle da Malária, 1 (hum) entrevista com o coordenador da Comissão Estadual de Descentralização da ECD, 1 (hum) entrevista com o coordenador do setor financeiro da FUNASA e 03 (tres) entrevistas com trabalhadores da FUNASA-RO que participaram do processo de descentralização.

As informações coletadas nesta fase foram complementadas com relatos dos Secretários Municipais de Saúde nas duas reuniões de avaliação do PIACM no estado, em Março e Setembro de 2002. Os documentos analisados foram os relatórios

institucionais da SESAU-RO, SEPLAN-RO, atas da CIB-RO e do CES-RO no período de Março de 1999 a junho de 2002.

A segunda fase da pesquisa foi realizada nos dois municípios selecionados. Nesta fase foram realizadas 8 (oito) entrevistas com os principais informantes chaves dos dois municípios: 2 (duas) entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde, 2(duas) entrevistas com os gerentes municipais de endemias e de controle de vetores, 4 (quatro) entrevistas com trabalhadores.

Os principais documentos analisados foram os relatórios técnicos institucionais das SMS e da Secretarias de Fazenda no caso do município de Candeias do Jamari, pois não possui Fundo Municipal de Saúde estruturado.

O questionário semi estruturado e a entrevista estão, respectivamente, nos anexos 1 e 2.

Outra técnica utilizada foi a observação participante, contínua e sistemática em reuniões da CIB-RO, de avaliação do PIACM e simpósios sobre o tema. Estas reuniões foram acompanhadas e gravadas⁴ para complementar informações relativas ao processo de descentralização no estado .

As informações relativas as principais receitas públicas destinadas aos municípios, recursos financeiros do nível federal (setor saúde) destinados aos estados e municípios, recursos financeiros do nível estadual destinado as ações de controle da malária no estado, recursos financeiros municipais destinados ao setor saúde e às ações de controle da ECD em cada município foram obtidas, respectivamente, nos seguintes documentos e endereços eletrônicos: www.ibge.gov.br/receitas, www.datasus.gov.br, www.rondonia.gov.br, www.sefaz.ro.gov.br, www.siops.datasus.gov.br, planilhas da Secretaria de Fazenda Municipal de Candeias do Jamari e do Fundo Municipal de Saúde de Porto Velho.

Outras informações complementares foram obtidas no portal da FUNASA (www.funasa.gov.br), do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br e www.saude.gov/cit/sit/cit.htm) e do CNS (www.conselho.saude.gov.br), além de materiais divulgados na imprensa local⁵.

No momento da realização da coleta de informações enfrentou-se algumas dificuldades tais como:

- 1) Falta de relatórios completos e documentos extraviados;
- 2) Incineração há 3 anos, pela coordenação FUNASA/DF de alguns documentos

⁴ Excessão das reuniões da CIB-RO, pois são registradas sistematicamente em atas e da Reunião de Avaliação do PIACM realizada em março de 2002, na capital Porto Velho.

⁵ Os sites consultados foram, respectivamente: www.funasa.gov.br; www.saude.gov.br; www.rondonoticias.com.br; www.rondoniagora.com.br; www.portovelhonetnews.com.br.

dificultando a confirmação de alguns dados referenciados em conversas informais e entrevistas.

- 3) Dificuldade de acesso a muitos documentos tendo em vista a mudança física interna da sede da SESAU-RO;
- 4) Dificuldade para encontrar os antigos coordenadores que participaram do processo de descentralização da ECD no estado;
- 5) Dificuldade dos técnicos da FUNASA-RO em acessar as informações solicitadas, devido: 1) o Sistema de Informação ser estruturado, especialmente, para a prestação de contas, o que significa que os recursos destinados a uma mesma atividade estão separados segundo os diferentes programas, não permitindo relatórios por atividades e; 2) existência de poucos técnicos habilitados para operá-lo;
- 6) Muitas informações sobre os gastos com Malária estarem, ainda, com registros manuais e de forma inacessível;
- 7) Estrutura antiga e desorganizada de arquivamento dos dados na FUNASA-RO.

CAPITULO 4 - DESCENTRALIZAÇÃO DA ECD

4.1 O processo de certificação do estado e dos municípios de Rondônia

No final de 2000, com a avaliação da tendência de incremento de casos de Malária na Região Amazônica, o Ministério da Saúde, através da FUNASA-DF, decidiu iniciar um processo nacional de sensibilização dos técnicos das coordenadorias regionais da FUNASA para que tentassem estruturar comissões técnicas estaduais de descentralização da ECD.

No estado de Rondônia, desde abril de 2000, havia sido criada a Comissão de Descentralização da ECD. Nesse ano, os dados epidemiológicos apontavam uma redução de casos de Malária no estado, diferente do que acontecia nas outras áreas da Região Amazônica.

A referida Comissão era composta por técnicos da SESAU-RO e da FUNASA-RO, e estava sob a coordenação da Gerência Estadual de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (GVEA).

Em Julho do 2000, a comissão formalizou na CIB, o “Plano de Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças”, o qual foi aprovado no dia 07 de outubro de 2000 com as seguintes propostas estruturantes:

- 1) Realização de reuniões regionalizadas com secretários municipais

de saúde e respectivos técnicos, para dar conhecimento e discutir a Portaria Ministerial 1.399/99 de dezembro de 1999, que Regulamenta a NOB-SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças.

- 2) Elaboração de materiais técnicos e didáticos.
- 3) Descentralização para os municípios melhor estruturados, a partir do mês de setembro/2000.
- 4) Aprovação pela CIB da manutenção das ações de entomologia sob a responsabilidade da FUNASA-RO, devido a complexidade e especificidade de suas ações e a falta de infra-estrutura do estado (SESAU/FUNASA, 2000).

Neste mesmo ano, a Comissão realizou várias reuniões de sensibilização com os secretários de saúde e prefeitos municipais para discutir a Portaria Ministerial 1.399 e a Instrução Normativa 950, de 23 de dezembro de 1999.

Nos municípios onde os prefeitos e secretários foram sensibilizados e apresentavam melhor capacidade administrativa, algumas ações, mais no campo assistencial (diagnóstico e tratamento) foram descentralizadas, mantendo-se a coordenação técnica e financiamento centralizados na FUNASA-RO.

A crise institucional do setor saúde, anteriormente referida, e a sobrecarga de tarefas dos técnicos da SESAU-RO contribuíram para uma implementação incipiente do Plano Estadual de descentralização da ECD.

Este primeiro momento durou até janeiro de 2001, quando o governo federal passou a "estimular ativamente" a descentralização das ações de controle da ECD. A investida dos técnicos da FUNASA do nível federal acelerou o processo de implementação da descentralização.

Da análise dos relatos dos gestores municipais de saúde, das discussões em encontros e seminários, e das reuniões da CIB-RO, não havia por parte dos gestores municipais, interesse em assumir as ações de controle da ECD.

Mas no momento em que os secretários municipais de saúde foram informados da possibilidade do gestor estadual assumir a gestão da ECD nos municípios decidiram pela certificação.

Esta decisão estava fundamentada na desconfiança generalizada na real capacidade administrativa do estado, como podem ser observadas nos relatos a seguir:

...nós só aceitamos cuidar da Malária porque o nível central nos falou que se nós não assumíssemos, a gestão seria entregue a Sesau. Isto nós não queríamos....

(Entrevista com um Secretário Municipal de Saúde).

...“eles” (os secretários municipais) não queriam assumir a responsabilidade com a Malária. Mas a possibilidade do estado assumir influenciou e como influenciou...”

(Entrevista com Inspetor do distrito da Malária de Porto Velho)

Alguns técnicos integrantes da Comissão de Descentralização da ECD, tanto da FUNASA-RO como da SESAU-RO também, não concordavam com a certificação do estado e dos municípios naquele momento. Primeiro, julgavam que o estado não detinha condições de assumir a gestão da ECD, devido à grave crise política e institucional que atravessava. E segundo, que os municípios, principalmente, os 19 considerados de risco naquele momento para a Malária apresentavam características que expressavam baixa capacidade administrativa como: municípios de pequeno porte, recém emancipados, localizados fora do eixo BR-364, com áreas de difícil acesso, ocorrências de invasão de terras e presença de assentamentos rurais sem infra-estrutura. De acordo com os técnicos esses atributos poderiam desestabilizar o controle da Malária no estado.

Esses técnicos fizeram oposição constante à proposta de descentralização do Ministério da Saúde na Comissão Intergestores Bipartite de Rondônia (CIB-RO). Entretanto, essa oposição foi insuficiente para afetar o ritmo da descentralização da ECD imposta pelo nível federal ao estado.

Importante ressaltar, que o nível estadual não se sentia apto para assumir a responsabilidade com as ações de controle da ECD. Em reunião da CIB, no dia 07 de fevereiro o gestor estadual solicitou aos representantes da FUNASA-RO:

O Sr. Secretario perguntou a FUNASA se o repasse da descentralização das endemias poderia ser enviada na sua totalidade para os municípios ficando com a Sesau somente a fiscalização dos recursos financeiros, e aqueles municípios que na primeira fiscalização não estivessem aplicando conforme as determinações do Ministério da Saúde seria dado um prazo para as devidas adequações e dentro do prazo determinado senão cumprissem(...). o repasse passaria para a Sesau.

A partir do momento em que o Ministério da Saúde, através de seu órgão executor, a FUNASA, decidiu pela descentralização das ações de ECD em Rondônia, imprimiu ao processo uma dinâmica acelerada: no período de 3 meses foram certificados os 52 (100%) municípios. Esse ritmo não foi observado em nenhum outro estado da Região Amazônica ou mesmo do país.

A entrega dos planos municipais e dos documentos pertinentes às certificações dos municípios foram encaminhadas a partir do mês de dezembro de 2000. Em março de 2001, 100% dos municípios e o estado estavam descentralizados.

As certificações ocorreram em três etapas: 1): certificação do estado e de 4 municípios (7,7%); 2) certificação de 22 municípios (42,3%); e, 3) certificação dos outros 26 municípios (50%) (Quadro 1).

Quadro 1. Etapas da descentralização da ECD, Rondônia, 2001.

Etapas	Municípios
1ª Etapa: 02/2001	O estado e 4 municípios: Pimenta Bueno, Cacoal, São Felipe e Rolim de Moura.
2ª Etapa: 02/2001	<u>Guajará-Mirim</u> , Ji-Paraná, Primavera de Rondônia, Cabixi, Vale do Paraíso, Espigão do Oeste, Teixeiraópolis, Vilhena, Cacaupândia, Presidente Médice, Urupá, Novo Horizonte, cerejeiras, Alto Alegre, <u>Machadinho</u> , <u>Colorado do Oeste</u> , Ouro Preto, Corumbiara, Chupinguaia, <u>Buritis</u> , Governador Jorge Teixeira, <u>Itapuã</u> .
3ª Etapa: 03/2001	<u>São Miguel do Guaporé</u> , Theobroma, <u>Nova Mamoré</u> , Alvorada, <u>Alto Paraíso</u> , <u>Campo Novo de Rondônia</u> , <u>Vale do Anary</u> , <u>Cujubim</u> , Seringueiras, Santa Luiza, <u>Rio Crespo</u> , <u>São Francisco</u> , Nova União, Mirante da Serra, <u>Porto Velho</u> , Nova Brasilândia, Jarú, <u>Candeias do Jamari</u> , <u>Monte Negro</u> , <u>Costa Marques</u> , Ministro Andreazza, <u>Alta Floresta</u> , Alto Alegre, <u>Ariquemes</u> , Pimenteiras e Castanheiras.

Fonte - GVEA/SESAU-RO.

a): Os 19 municípios sublinhados foram definidos pelo PIACM em 1999 como de risco para o controle da Malária por apresentarem o IPA naquele ano superior a 50 casos/1.000 habitantes. A partir de 2001 houve uma redução de 19 para 13 municípios considerados de risco: Porto Velho, Ariquemes, Buritis, Candeias do Jamari, Nova Mamoré, Costa Marques, Vale do Anary, São Francisco do Guaporé, Itapuã, Cujubim, Rio Crespo e Alto Paraíso.

4.2. Considerações a Portaria Ministerial 1.399, de 15 de dezembro de 1999

Ao regulamentar as atribuições das três esferas de gestão, a sistemática e a composição do financiamento, o estabelecimento do fluxo de envio dos recursos do Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), direto e mensal, do fundo nacional para os fundos municipais e estaduais de saúde, e ao definir os valores de cálculo para o incentivo à descentralização, aspectos não previstos nas Normas Operacionais Básicas anteriores, esta portaria forneceu a base legal, não prevista nas NOB's anteriores, para impulsionar o processo descentralização da Epidemiologia e Controle de Doenças, no país.

As competências da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal são estabelecidas no capítulo I da Portaria, o qual prevê a elaboração da Programação Pactuada e Integrada da ECD, sendo este um dos critérios estabelecidos para a certificação dos municípios. Define, também a responsabilidade do nível federal no estabelecimento de indicadores epidemiológicos e operacionais para a realização da programação e do planejamento no nível estadual e municipal.

Segundo esta portaria os municípios e os estados, a partir da certificação assumem a responsabilidade com as ações de controle da Dengue, Malária, Febre Amarela e Filariose.

Além da apresentação da PPI-ECD, a portaria define outros critérios importantes a serem formalizados pelos municípios e pelos estados, tais como:

- 1) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- 2) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- 3) Comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao TFECD.

Em relação à distribuição do TFECD entre as Unidades Federadas foi definido que estas seriam estratificadas em áreas de risco e, como parâmetro de cálculo seriam utilizados os indicadores, per capita e área geográfica, acrescido do IPA.

Desta forma, os estados com IPA igual ou superior a 50 casos/1.000 habitantes foram considerados de alto risco; de 10 a 49,9 casos/1.000 habitantes de médio risco; e 0,1 a 9,9 casos/1.000 habitantes, de baixo risco. Desta estratificação os estados foram divididos em 3 grandes blocos a saber:

- 1) Estrato I - **alto risco** - composto por 7 estados: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins. Para este estrato cada estado receberá R\$ 2,88 per capita e R\$ 2,04 por quilometro quadrado;
- 2) Estrato II - **médio risco** - composto por 15 estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe. Cada estado receberá R\$ 2,88 per capita e R\$ 1,20 por quilometro quadrado;
- 3) Estrato III - **baixo risco** - composto por 4 estados: São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Cada estado receberá R\$ 1,80 per capita e R\$0,80 por quilometro quadrado.

A forma de cálculo, a partir da estratificação é estabelecida no Art. 15 da Portaria

Ministerial, o qual define que:

...observado o estrato a que pertença, os estados obterão os seus recursos para o TFECD mediante o somatório das seguintes parcelas: valor per capita multiplicado pela população de cada região, valor por quilometro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação e contrapartidas do estado e dos municípios ou do distrito federal, conforme o caso.

Para o nível estadual propõe a organização do sistema estadual de vigilância epidemiológica, ambiental e das ações de operação de controle. Ressalta-se como papel fundamental deste nível a responsabilidade pela implementação de ações de capacitação e formulação de estratégias de controle adaptadas aos níveis locais.

Enfatiza ainda, a necessidade de inserção das ações de controle de endemias na Atenção básica e aposta no Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia estruturante dos serviços de saúde nos municípios.

Administrativamente avança no sentido de definir a sistemática de descentralização dos equipamentos, das instalações e dos recursos humanos da FUNASA para os estados e municípios.

Em relação ao componente recursos humanos a Portaria prevê, no parágrafo 1º. do Art. 26 que:

....passados 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, analise da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do caput deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos: a) aposentadoria de trabalhadores; b) incorporação de atividades ao PACS e PSF; c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

E que, dependendo da comprovação da redução quantitativa do pessoal, inicialmente alocado, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho garantindo a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

No que concerne à organização das ações de epidemiologia e controle de doenças trouxe avanços importantes, principalmente, ao definir a forma e sistemática de transferência dos recursos financeiros entre as Unidades Federadas, as competências dos 3 níveis de gestão; o fortalecimento do poder regulador do nível estadual e a inserção das ações de controle de endemias na Atenção básica, contrapondo-se ao

modelo assistencial vigente, de ações fragmentadas, centralizadas e de caráter campanhista, e apontando para um modelo de atenção voltado para a assistência à família e à coletividade.

4.3 Definição do Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD

Até março de 2001, as ações de controle da Malária no estado de Rondônia, foram mantidas com recursos do governo federal e executadas pela FUNASA. Com o processo de descentralização da ECD a responsabilidade pela execução passou a ser dos municípios e a responsabilidade financeira compartilhada entre as três esferas de governo.

No período anterior a descentralização, de 1992 a 2001, a análise da série histórica de recursos gastos com o controle da Malária em Rondônia evidencia uma diminuição constante de investimentos do nível federal e importante contribuição dos recursos advindos de grandes projetos de investimentos, com recursos internacionais como o Plano de Controle da Malária na Bacia Amazônica (PCMAN, 1992-1995) e do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM, 1999-2002).

De 1992 a 1993 houve uma diminuição importante de recursos próprios da União, com aumento importante em 1995 e, pequena diminuição em 1996, tendência esta que se manteve até o ano de 1999. No ano de 200 com a perspectiva da descentralização da ECD e a proposta de fortalecimento da sua gestão, houve um aporte de recursos financeiros proveniente do nível federal.

Em 2001, os recursos próprios da União para a Coordenação Estadual da FUNASA-RO foram reduzidos e há um aporte maior de recursos do PIACM, principalmente, para a capacitação de pessoal e aquisição de equipamentos como bombas aspersoras e barcos para serem adquiridos pela coordenações da FUNASA e entregues aos municípios certificados (Tabela 1).

Tabela 1. Evolução histórica de recursos federais gastos com o controle da Malária, Rondônia, 1992-2001⁽¹⁾ R\$ 1,00

Ano	Recursos federais		Convênios		Total
	R\$	%	R\$	%	R\$
1992	14.952.395,	100,	-	-	14.952.395,27
1993	1.975.509,7	26,6	5.481.571,90 ^a	73,4	7.468.081,61
1994	1.594.059,0	12,6	11.057.203,1 ^a	87,4	12.651.262,21
1995	7.330.446,0	44,6	9.179.567,53 ^a	55,6	16.510.013,55
1996	7.294.729,1	76,5	1.753.515,65 ^a	23,5	9.048.244,82
1997	7.528.605,4	100,	-	-	7.528.605,45

1998	7.595.800,8	100,	-	-	7.595.800,82
1999	6.161.221,4	100,	-	-	6.161.221,48
2000	8.168.504,8	100,	-	-	8.168.504,86
2001	5.835.032,5	94,6	333.077,96 ^b	5,4	6.168.110,46

Fonte - SEFIN/ CORE-RO/ FUNASA.

* Para fins de análise os dados foram deflacionados com ano base 2002. Nos anos de 1992 e 1993 foi realizada a conversão da moeda de cruzeiro real para real.

a) Recursos provenientes do Plano de Controle da Malária Bacia Amazônica (PCMAN).

b) Recursos provenientes do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Região Norte (PIACM).

Os recursos federais destinados ao TFECED para o estado de Rondônia foram estabelecido em R\$ 6.629.201,76 e o processo de negociação para a sua distribuição foi iniciado em dezembro de 2000 e votado na CIB-RO no dia 7 de março de 2001 (Anexo 2).

As negociações foram realizadas junto à CIB-RO com a participação da Comissão Estadual de Descentralização da ECD e os secretários municipais de saúde. Os critérios de seleção definidos foram os mesmos designados pela Portaria Ministerial 1399/1999, *per capita* e geográfico (quilômetro quadrado), excluindo-se entretanto o indicador IPA e agregando-se o critério “porte municipal”, ou seja, os municípios que apresentassem menos de 15.000 habitantes receberiam 100% do teto previsto e aqueles com população acima de 15.000 habitantes, 60% do TFECED.

No momento da negociação dos tetos municipais da ECD foi sugerido por vários técnicos e gestores municipais o uso do IPA, como indicado na Portaria Ministerial 1399/1999, como um critério complementar. Integrantes da equipe de descentralização da ECD julgaram que o uso deste indicador poderia privilegiar a doença e os municípios que não organizavam seus serviços, em detrimento de outros mais organizados (SESAU, 2001).

Em fevereiro de 2001, os municípios de Porto Velho e Ariquemes solicitaram aumento do TFECED municipal. Em julho de 2001 a CIB-RO autorizou aumento para 90% do valor do teto financeiro para o município de Porto Velho e 70% para o município de Ariquemes.

Após a certificação os municípios ficaram em média 3 meses aguardando o recebimento dos recursos do TFECED.

Esse atraso foi devido a duas falhas, consecutivas, cometidas pelo nível federal. A primeira ocorreu quando foram transferidos os recursos do TFECED para a conta estadual ao invés de transferência fundo a fundo setorial, como previsto na Portaria Ministerial 1399/1999, sem a prévia comunicação aos municípios e ao estado; a segunda, aconteceu ao estornar os recursos para o Fundo Nacional de Saúde e realizar a nova transferência para as contas municipais, contas essas diferentes das encaminhadas pelos municípios quando da concretização das certificações. Estas duas

irregularidades provocaram nos primeiros meses após a certificação dificuldade de manutenção das ações de controle.

Em relação à contrapartida estadual, de acordo com o Plano Estadual de Descentralização da ECD, não foi definida contrapartida financeira, mas a disponibilização de estrutura física e recursos humanos (SESAU, 2000).

4.4 Componente Recursos Humanos (RH)

4.4.1 *Quantitativo de Recursos Humanos existente anterior à descentralização das ações de controle da Malária.*

Da análise dos documentos anteriores a descentralização, as estratégias de organização das ações de controle da Malária foram conduzidas de forma a minimizar os efeitos negativos do déficit de Recursos Humanos existentes. Pois, detectou-se que já havia um déficit de RH em torno de 45%. Ressalta-se, entretanto, que este déficit não foi calculado a partir de parâmetros que estabelecessem a necessidade real desses recursos para uma boa organização das ações (CEM, 1970; SUCAM, 1980; SUCAM, 1981; SUCAM, 1986; SUCAM, 1985; SUCAM, 1988; FNS, 1992; FUNASA, 1999).

O cálculo da necessidade de recursos humanos variava de acordo com a ocorrência dos casos, da região onde estes ocorriam e das ações estratégicas de controle a serem implementadas. Esta estrutura organizacional pode ser melhor explicado, em parte, pela característica epidemiológica da Malária na região de:

...alta instabilidade e permanente ameaça de desenvolvimento de surtos epidêmicos com possibilidade de alastrar-se, provocar metástases focais em outras regiões e estar sujeita a largas oscilações em função de variáveis climáticas, demográficas ou socioeconômicas

(PEREIRA DA SILVA & OLIVEIRA, 2002:51)

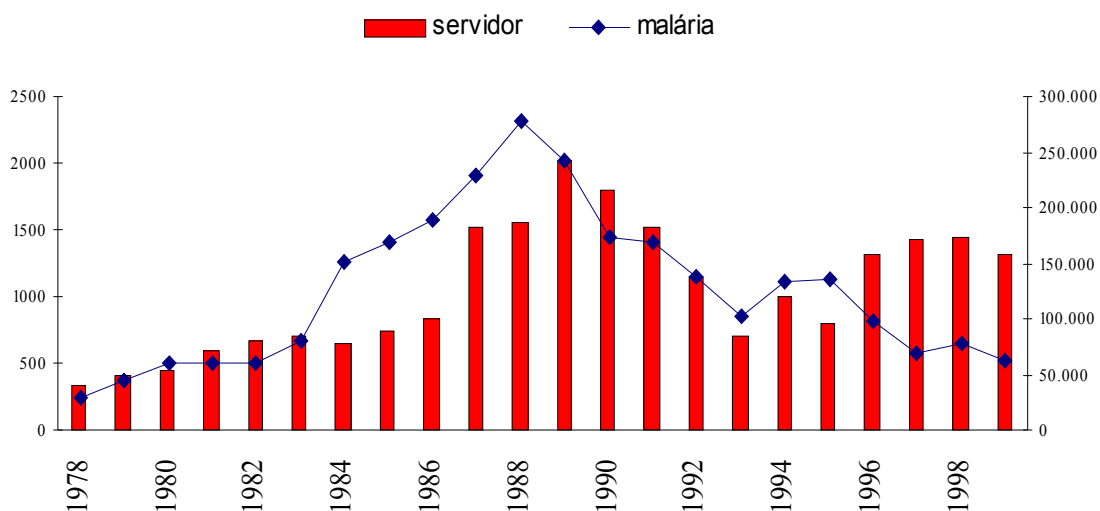
Essa característica somada à concepção de que o controle das doenças endêmicas poderia ser realizado através de ações "campanhistas" contribuiu para que o quantitativo de recursos humanos fossem definidos de acordo com: 1) as possibilidades de supervisão da região; 2) as condições das vias de acesso; 3) os meios de transporte disponíveis; 4) a área a ser coberta (extensão e característica geográfica); 5) o tipo de ação/estratégia a ser desenvolvida (busca ativa ou passiva de casos, ações de operação de inseticidas); e 6) a ocorrência de casos esporádicos ou possibilidades de surtos ou áreas de alta endemicidade.

Desta forma, a composição a distribuição de trabalhadores e de equipes em campo foram organizadas ao longo dos anos, de acordo com as necessidades de uma determinada área, num determinado período de tempo, não apresentando conformações fixas. E que, apesar de ser caracterizada por uma gerencia centralizada no que concerne a distribuição de RH era adaptada às características regionais e locais.

Essa característica organizacional pode ser melhor observada, quando analisamos o quantitativo de recursos humanos, no período de 1975 a 1995, que variou mais ou menos de acordo com a flutuação da incidência de casos de Malária, isto é, o quantitativo de RH foi sendo contratado de acordo como número de casos de Malária (SUCAM, 1980; SUCAM, 1988). Entretanto, desde 1996, verifica-se uma diminuição de pessoal, apesar da incidência da doença se manter.

As necessidades de RH eram supridas total ou parcialmente, pela possibilidade de seleção e contratação de pessoal através de contratos emergenciais (Tabelas Especiais), em grande maioria para o controle da Malária. A outra parte dos contratos existentes, na época, eram destinados aos trabalhadores que desenvolviam ações de controle do Programa de Erradicação da Esquistossomose (PECE) apesar de não haver relatos de casos e grande parte deste pessoal atuar nas ações de controle vetorial da Malária e Febre Amarela (MS/SUCAM,1978 -1991).

Gráfico 5. Evolução do quantitativo de trabalhadores e de casos de Malária, Rondônia, 1978 a 1999.



Fonte - DIRERH/ FUNASA/ CORE-RO.

A importância desses contratos na organização das ações de controle da Malária pode ser demonstrado com dados: no ano de 1978 dos 578 trabalhadores que realizavam ações de controle de endemias no estado de Rondônia, 499 (47%) eram trabalhadores com contratos emergenciais e, destes 83,3% estavam destinados a realização das ações de controle da Malária (SUCAM, 1978).

A partir de 1988, com a impossibilidade de contratação, via governo federal, e a diminuição gradual dos recursos humanos destinados ao controle da Malária, a coordenação regional da Fundação Nacional de Saúde de Rondônia (FNS-RO) propôs convênios de Cooperação Técnica com as secretarias municipais e a SESAU-RO, o que explica, em parte, o aumento de recursos humanos neste ano.

Estes convênios previam a contratação, principalmente, de microscopistas. Os trabalhadores contratados, tanto pelos municípios como pelo estado eram colocados à disposição da FNS-RO.

Essa estratégia, entretanto, apresentou limites operacionais importantes, tais como (FNS, 1992; FUNASA, 1999):

- 1) Restrição financeira dos municípios, principalmente, aqueles recentemente emancipados e de pequeno porte;
- 2) Descontinuidade dos contratos, com troca constante de trabalhadores, muitas vezes recém capacitados pela instituição;
- 3) Falhas e atraso no pagamento.

Em síntese a oscilação dos contratos dos recursos humanos, até 1988, está relativamente relacionada a flutuação dos casos de Malária. Posteriormente, detecta-se uma tendência de diminuição com elevação em 1994-1995, como resultado dos convênios com os municípios, e diminuição de novo, a partir de 1996. Essa redução foi importante, pois de 2.800 trabalhadores, em 1988 passou a 1.600 trabalhadores, em 2001, ou seja, uma diminuição de 42%.

4.4.2 A “Força Tarefa” e a organização das ações de controle da Malária no estado de Rondônia.

Importante resgatar algumas estratégias operacionais existentes anteriormente ao processo de descentralização da ECD para compreender seus efeitos na organização dos serviços em nível local.

A estruturação de equipes conhecidas como “Força Tarefa” para realizar as ações de operação de campo foi implementada nos anos 70, com origem no modelo "campanhista", e mantida, ao longo dos anos, com o objetivo de minimizar a insuficiência de recursos humanos e acomodar as constantes flutuações de surtos epidêmicos na região.

Essa estratégia caracterizava-se pela lotação de trabalhadores por região, no caso do estado de Rondônia, nos 5 escritórios regionais localizados ao longo da BR 364. Esses escritórios eram responsáveis por várias localidades, chamadas de "subdistrito".

Todas as localidades pertencentes aos subdistritos da Malária tinham equipes fixas, que desenvolviam ações rotineiras como os Guardas de Endemias (GE) que percorriam, de forma sistemática, as linhas, travessões, rios e centros urbanos, realizando busca ativa de casos; os microscopistas que realizavam os exames nos postos de coleta e as equipes de borrifação, compostas pelos operadores de inseticidas⁶ (OI) que realizavam o controle vetorial (nebulização residual e espacial).

Entretanto, na eminência de um surto ou com o aumento no número de casos em localidades específicas, que indicasse a necessidade de deslocamento pessoal, os chefes dos sub-distritos, distritos ou a própria coordenação regional, organizavam equipes de trabalhadores que eram deslocados para essas localidades, onde permaneciam, às vezes, dias, semanas ou até meses, segundo o necessário. Essa estratégia operacional, de certa forma, conferia sustentabilidade às ações de controle, pois, em curto espaço de tempo, as chefias podiam realizar deslocamentos de trabalhadores de uma região para outra, atenuando as deficiências de RH existentes em diferentes área do estado.

4.4.3 Descentralização dos trabalhadores da FUNASA-RO para o estado e municípios.

Com o processo de descentralização da ECD, em conformidade com a Portaria Ministerial 1399/1999, a coordenação estadual da FUNASA-RO realizou a descentralização de 1.292 trabalhadores: 1.253 (96,98%) foram lotados nas secretarias municipais de saúde e 39 (3,01%) na Secretaria Estadual de Saúde (FUNASA/CORE-RO, 2001).

Dos 39 trabalhadores da FUNASA descentralizados para a SESAU-RO, 15 (38,5%) ficaram na sede da SESAU-RO em Porto Velho e 24 (61,5%) foram distribuídos entre as 4 delegacias regionais de saúde do estado (FUNASA, 2003). Com essa lotação a Gerencia de Vigilância Epidemiológica e Ambiental do Estado (GVEA/SESAU-RO) ficou com um quadro total de 72 trabalhadores, os quais eram responsáveis pelas ações de coordenação, assessoria técnica, acompanhamento, supervisão e avaliação de todas as doenças que compõem a ECD no estado, e não somente as descentralizadas pela Portaria Ministerial 1399/1996 (Dengue, Malária, Filariose, Febre Amarela e Esquistossomose).

Para a coordenação estadual da Malária foram designados dois trabalhadores de nível médio e um de nível superior. No decorrer do processo de descentralização, em

⁶ A operação de campo é definida como: *unificação das atividades de inseticida e busca de casos, em uma operação única. Reunem-se, sob uma única chefia, todas as operações da atual Operação de Inseticida (OI) e mais as atividades ligadas a obtenção de informações sobre a existência de casos de Malária, ou sej, busca de casos e microscopia, procurando com isso, tornar mais econômicos, funcionais e dinâmicos os serviços da CEM, realizadas no campo* (MS/CEM/1970:5).

setembro de 2001, por problemas internos na SESAU-RO, o único servidor, de nível superior retornou para a Coordenadoria Regional da FUNASA-RO.

Até setembro de 2002, o Programa Estadual de Controle da Malária não tinha nenhum responsável técnico de nível superior e a gerência se mantinha sob a responsabilidade dos dois técnicos de nível médio, sendo 1 de Agente de Saúde Pública (ASP) e 1 microscopista. Nenhum desses dois trabalhadores realizaram, anterior ou posteriormente ao exercício da gerência de endemias, capacitações na área de planejamento e gestão. Esta mesma realidade é encontrada nas Delegacias Regionais de Saúde (DRS), as quais tem como papel fundamental apoiar os municípios adscritos na organização dos serviços de controle da Malária (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos trabalhadores que executam ações de controle da Malária na sede da SESAU e nas delegacias regionais de saúde, RO, 2001.

	Gerencia Estadual da Malária		DRS		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Médico	-		-	-	-	-
Enfermeiro	-		01	4,1	01	3,7
Entomologia	-		01	4,1	01	3,7
Microscopistas	01	50,0	00	0,0	01	3,7
Agente Administrativo	00		06	25,1	06	23,0
GE	00		06	25,1	06	23,0
ASP	01	50,0	10	41,6	11	45,9
Total	02	100,0	24	100,0	26	100,0

Fonte - GVEA/SESAU-RO.

No final do primeiro semestre de 2002, com o aumento no número de casos de Malária e de óbitos pela doença, a Coordenação Estadual constatou que não apresentava condição técnica para assumir as ações de supervisão e assessoria aos municípios. Naquele momento foi formalizada na CIB-RO a equipe de assessoria estadual para a Malária, composta por técnicos da SESAU-RO e da FUNASA-RO. Esta equipe é responsável pela supervisão e assessoria aos municípios do estado, principalmente os 13 considerados prioritários.

Ressalta-se, como mencionado anteriormente, que as ações de controle da Malária, ao longo dos anos foram desenvolvidas, exclusivamente, por trabalhadores da FUNASA-

RO, ou por trabalhadores estaduais ou municipais colocados a disposição desta instituição. A exceção eram os outros trabalhadores médicos e de enfermagem que atuavam junto à rede hospitalar. A base do conhecimento era diagnóstico e tratamento, restrito às unidades ambulatoriais e hospitalares de referência para o tratamento da Malária. Eram poucos os trabalhadores não pertencentes ao quadro da FUNASA-RO que detinham conhecimentos sobre malária, principalmente sobre as ações de controle vetorial.

4.4.4. *Processo de seleção, tipo de contrato e capacitação dos recursos humanos*

Com excessão dos trabalhadores da FUNASA, os quais foram selecionados via concurso público e apresentam uma situação contratual regular (estatutário federal), os outros trabalhadores que exercem ações de controle apresentam uma certa flexibilização das suas relações trabalhistas com existência de diferentes formas de remuneração.

Os trabalhadores de nível médio que desenvolvem ações de operação de campo, da Malária e da Dengue, são selecionados via prova técnica específica e análise curricular..

O tipo de contrato é o temporário, 12 meses, o qual pode ser prorrogado por mais 12 meses, dependendo da comprovação de sua necessidade- comprovação de situação emergencial. Essa modalidade de seleção e contratação não confere instabilidade funcional e repercute diretamente na oferta de serviços públicos.

Este tipo de contrato, também, é formulado para os recursos humanos que compõem os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, propostos como estratégicos para a inserção das ações de controle da malária na atenção básica.

Outro dado importante é a fonte de pagamento, enquanto os agentes que desenvolvem ações de controle da Dengue são pagos com os recursos do TFEC, no valor de 2 salários mínimos, os ACS têm como fonte de pagamento os recursos provenientes do incentivo PACS e PSF, e recebem em sua maioria, 1 salário mínimo.

Esta situação gera dois problemas importantes para a manutenção das ações: primeiro, a instabilidade contratual, com a dificuldade de manutenção das ações, pois quando os trabalhadores detêm conhecimentos suficientes para o desenvolvimento das ações propostas, o tempo de contrato expira. Segundo, as diferenças salariais importantes, entre os diferentes trabalhadores: da FUNASA, Agente de Endemias da Dengue, os ACS e os de nível médio da rede pública que desenvolvem ações de controle levam à conflitos internos importantes.

Em relação aos trabalhadores de nível superior, no caso de Porto Velho, 95% dos profissionais são concursados. No município de Candeias do Jamari os profissionais

que compõem a rede de serviços são os mesmos que atuam em Porto Velho. Desta forma apresentam apenas contratos temporários.

As faixas salariais dos trabalhadores envolvidos no controle, entre os municípios estudados são diferenciadas, dependendo do local de trabalho e do tipo de programa os quais estão vinculados(Tabela 3).

Tabela 3. Faixa salarial dos trabalhadores médicos e enfermeiros do PSF e PACS, Porto Velho e Candeias do Jamari - RO, 2000.

		Porto Velho		Candeias do Jamari	
		Salário base	Gratificação	Salário base	Gratificação
Médico ^(a)	Rede	1.400,00	-	3.500,00	-
	PSF	1.400,00	3.350,00 (urb.) 2.250,00 (rural)	3.500,00	-
Enferm.	Rede	700,00 ^(b)	-	2.000,00	-
	P	700,00	1.460,00 ^(c)	2.000,00 ^(c)	-
	S Urb				
	F Rural	700,00	900,00 ^(d)	2.500,00	-
PACS	700,00	1.080,00	2.500,00	-	

Fonte: DSCI/SEMUSA/Porto Velho e Semsau/Candeias do Jamari.

Nota.: Até dezembro de 2002, o município de Candeias do Jamari, possuía uma equipe do PSF cadastrada na área rural, no distrito de Triunfo. Seus integrantes eram remunerados com recursos do governo do estado, no caso do enfermeira, e bolsa de doutorado, no caso do médico. Os dois trabalhadores são pesquisadores do CEPEM-RO, integrantes de um Projeto piloto de Vigilância epidemiológica em áreas de assentamento agrícola” apoiado pelo CENEPI-MS e pelo IPEPATRO-RO.

(a) dois contratos de 20 horas/semanal.

(b) 1 Contrato de 30 horas/semanal.

(c) 1 Contrato de 40 horas/semanal, pago com recursos dos incentivos PACS e PSF.

(d) Gratificação por viagem realizada à área rural do município: grande parte das localidades são visitadas 2x/ mês, sábado e domingo, outras 3x/mês, o que correspondende a R\$ 600,00 e R\$ 900,00, respectivamente.

Os trabalhadores envolvidos no controle de doenças, com o processo de descentralização, em parte, foram capacitados pela coordenação estadual em parceria com a FUNASA-RO. Para isto foi estruturado um programa mínimo de capacitação profissional que tinha como objetivo preparar os municípios para implantar as ações de controle da Malária na rede básica de saúde nos municípios. Essa capacitação foi realizada no ano de 2001, com 8 cursos e envolveu 1.562 trabalhadores, sendo 1.427 (91,36%) de nível médio e 135 (8,6%) de nível superior, principalmente dos 19 municípios considerados de risco naquele momento (Quadro 2).

Quadro 2. Programa de Capacitação para o controle da Malária, Rondônia, 2001.

Capacitação	Ch	Clientela	
		NM	NS
Curso de formação de facilitadores	40	-	25

Curso de formação de multiplicadores em prevenção e controle de Malária para trabalhadores de nível superior do PACS/PSF e inspetor de endemias	40	21	22
Oficina de avaliação da primeira etapa do curso de multiplicadores em diagnóstico e tratamento de Malária grave e complicada para médico e enfermeiros da rede SUS	24	02	28
Curso de prevenção de Malária para agentes comunitários de saúde e agentes de controle vetorial.	40	1.295	35
Treinamento para guardas de entomologia	80	34	02
Treinamento para auxiliar de entomologia	28	10	02
Curso para digitadores do Sistema de Informação da Malária (SISMAL)	40	28	02
Atualização para digitadores do SISMAL	16	28	02
Oficina para multiplicadores de educação em saúde e mobilização social	40	07	15
Atualização para microscopistas (técnico de laboratório, laboratorista, auxiliar de laboratório, etc.)	40	22	02

Fonte - MS/FUNASA/PIACM/RO.

O foco da capacitação, estava voltado para a inserção das ações de controle da Malária na atenção básica de saúde, através da integração das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) nas ações de controle da Malária.

Ressalta-se que, com exceção das áreas de entomologia e sistema de informação, os cursos não proporcionaram aulas práticas. Além disso, não foram programados cursos na área de gestão e planejamento.

Tabela 4. Comparativo entre os Recursos humanos cadastrados no PACS e PSF e os capacitados nas ações de controle da Malária, Rondônia, 2001.

	Médico		Enfermeiro		ACS		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Cadastrado	180		186		1260		1626	

Capacitados	1	0,5	19	10,2	425	33,7	445	27,3
-------------	---	-----	----	------	-----	------	-----	------

Fonte: GVEA/SESAU-RO.

Dos RH capacitados detectamos que 425(33,7%) eram ACS, 1(0,5%) era de médico e 19 (10,2%) enfermeiros, ambos do PSF e PACS (Tabela 4).

A coordenação estadual de controle da Malária, até julho de 2002, não detinha informações referentes ao repasse dessas capacitações pelos trabalhadores aos seus respectivos municípios e o quantitativo de equipes que haviam implementado algum tipo de ação de controle da Malária na atenção básica. Os entrevistados relataram que as únicas experiências de treinamento conhecidas no estado eram as realizadas pelo município de Candeias do Jamari, em convênio com o Instituto de Pesquisas em Medicina Tropical de Rondônia-IPEPATRO-RO e o Projeto de Inserção das Ações de Controle de Endemias na Atenção básica, em fase de implantação no município de Porto Velho, em convênio com a FUNASA-DF.

A partir desta capacitação os principais entraves listados pela coordenação estadual para a continuidade do processo de capacitação e formação de RH para o controle de endemias no estado foram:

- 1) Alta rotatividade dos médicos e enfermeiros e dos responsáveis pela digitação do SISMAL. Sendo que, dos 30 capacitados na operacionalização do referido sistema de informação, em 2001, 22 (73,3%) não estavam mais atuando junto ao programa, em 2002 (SESAU, 2002);
- 2) Não cumprimento da carga horária nos cursos ofertados, principalmente, pelos médicos e enfermeiros. Em decorrência dos múltiplos empregos que estes apresentam;
- 3) Poucos trabalhadores capacitados realizando o repasse dos treinamentos para os trabalhadores do seu município;
- 4) Incerteza dos contratos trabalhistas e diferenças salariais entre os ACS, os Guardas de Endemias (GE) da Dengue, os trabalhadores da FUNASA-RO e os trabalhadores municipais e estaduais que atuam no controle das endemias, levando-os a não querer atuar no controle.

CAPITULO 5 - PORTO VELHO E CANDEIAS DO JAMARI

5.1 Caracterização dos municípios de Porto Velho e Candeias do Jamari

5.1.1 Aspectos demográficos e sócio econômicos

O município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia, pertencente à região

norte, foi criado em 02 de outubro de 1914. Dista da capital federal 2.589 Km. Apresenta os seguintes limites geográficos: ao Norte com o Estado do Amazonas; ao Sul, com Nova Mamoré e Buritis; a Leste, com Candeias do Jamari e Alto Paraíso; e a Oeste, com Nova Mamoré, República da Bolívia e Estado do Acre.

Ocupa a maior extensão territorial do estado, cerca de 35.928,5 Km², onde se distribui uma população de 334.661 habitantes (IBGE, 2000), com predominância do sexo feminino (50,2%) e grande parte da população residente na zona urbana (81%) (Tabela 5). Apresenta densidade demográfica de 9,82 hab/Km² e taxa de crescimento de 3,27% (IBGE, 2002).

O segundo município de estudo, Candeias do Jamari, dista 20 Km da capital, Porto Velho. Possui uma área geográfica de 6.839,20 Km²(IBGE-2000) e foi emancipado em 13 de fevereiro de 1992. Apresenta os seguintes limites geográficos: ao Norte, Porto Velho, ao sul, Alto Paraíso e Itapuã do Oeste, ao leste, Porto Velho e Itapuã do Oeste, a oeste, Porto Velho.

A população residente é de 13.107 habitantes com predominância do sexo masculino (53,7%) e com grande parte da população residente na zona urbana (71%). O incremento populacional foi de 5,37%, em 2000, em relação ao ano de 1996 (Tabela 5).

Tabela 5. População residente em Porto Velho e Candeias do Jamari - RO, 2000.

Área	Sexo	Porto Velho		Candeias do Jamari	
		N.º	%	N.º	%
Urbano	Mulher	134.647	82,81	4.825	74,73
	homem	139.062	81,79	4.529	71,37
	Total	273.709	82,43	9.354	73,05
Rural	Mulher	32.090	19,25	2.220	31,51
	homem	28.862	17,89	1.533	25,29
	Total	60.952	17,57	3.753	29,95
Total		334.661	100,00	13.107	100,00

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE/2000.

A área rural dos dois municípios estudados está dividida em rural terrestre e rural ribeirinha(área adjacentes aos rios da região). A área rural terrestre do município de Porto Velho está distribuída em sete distritos e a área rural ribeirinha em 03 distritos e em várias localidades espalhadas ao longo dos 945 Km do Rio Madeira. A área rural terrestre de Candeias do Jamari tem apenas 1 distrito e várias pequenas comunidades espalhadas ao longo do Rio Candeias.

Porto Velho apresenta economia de característica urbana, com predomínio do comércio varejista. O município de Candeias do Jamari caracteriza-se por ser uma região de produção agrícola (plantio de café, mandioca, arroz e banana) e pecuária, com a criação, principalmente, de gado leiteiro.

No que toca ao saneamento básico, os dois municípios tem baixa cobertura de água potável, principalmente na área rural, onde mais de 90% da população faz uso de poço cacimba. Na área urbana o município de Porto Velho apresenta uma cobertura melhor com 80 % dos domicílios com acesso a água potável, e Candeias do Jamari com 68% dos domicílios (IBGE, 2000)

Com relação à capacidade de autonomia do município, os dados referentes à participação da receita tributária e das principais receitas provenientes de transferências constitucionais federais revelam que, no caso de Porto Velho 81,71 % dos recursos disponíveis no município são provenientes de transferência federal, enquanto que no município de Candeias do Jamari, a importância das transferências públicas constitucionais representam 97,56% dos recursos disponíveis (Tabela 6).

Tabela 6. Transferências constitucionais e arrecadação própria, Porto Velho e Candeias do Jamari-RO, 2000.

Fonte	Porto Velho		Candeias do Jamari	
	N.º	%	N.º	%
Transferência Federal	58.613.840,15	87,71	2.961.110,64	97,56
Arrecadação própria	13.118.126,18	18,29	63.977,00	2,44
Total	71.731.966,23	100,00	2.625.087,94	100,00

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional-STN.

Na tabela 6, observamos que nos dois municípios estudados os recursos provenientes do governo federal são importantes, sendo que o FPM representa mais de 60% do total de recursos federais. Ressalta-se que, apesar do município de Porto Velho ser de grande porte, a dependência financeira do governo federal é importante, principalmente no setor saúde, pois 11% do total dos recursos federais destinados ao município são recursos deste setor.

A baixa arrecadação dos municípios reflete também a sua baixa capacidade de autogestão e fortalece a importância (dependência) dos recursos públicos federais, principalmente, no setor saúde (PIOLA & BIASSOTO JR., 2001:227).

Tabela 7. Transferências constitucionais (federal), Porto Velho e Candeias do Jamari-RO, 2001.

Fontes	Porto Velho		Candeias do Jamari	
	N.º	%	N.º	%
Fundo de Participação Municipal- FPM	39.408.255,90	67,23	1.604.727,23	62,56
Imposto territorial Rural- ITR	63.179,20	0,11	2.035,55	0,08
Imposto Orçamento Financeiro	85.120,97	0,14	-	
Fundo de Desenvolvimento Municipal- FUNDEF	12.602.422,26	21,50	912.564,45	35,63
Saúde	6.454.861,72	11,02	41.782,81	1,63
Total	58.613.840,05	100,00	2.561.110,94	100,00

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional-STN.

5.1.2 Caracterização do sistemas locais de saúde

Os dois municípios estudados estão habilitados na **Gestão Plena da Atenção básica-GPAB, conforme a NOB-SUS/96, deste 2000.**

Porto Velho apresenta uma situação peculiar. No ano de 1996 foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB-SUS/96, até 1999. A indefinição, na rede pública de saúde estadual e municipal, sobre o nível governamental que seria o responsável pela gestão das unidades de média e alta complexidade e a dificuldade de negociação entre o nível estadual e o município gerou conflitos intensos entre o gestor municipal e o gestor estadual. Esta discussão perdurou por vários meses na CIB-RO, sem definição, em meados de 2000, o município foi desabilitado da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e habilitado na Gestão Plena da Atenção básica (GPAB), conforme a NOB-SUS/96.

No que se refere à territorialização, Porto Velho está dividido em segmentos territoriais, áreas e microáreas, conforme o normatizado pelo Programa de Agentes

Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família, e em 5 regiões para o desenvolvimento das ações de controle vetorial.

O município de Candeias do Jamari, no momento, não apresenta uma definição territorial precisa, estando em fase de implementação das equipes do PSF e, portanto em fase de delimitação dos seus territórios de abrangência. No que se refere à atenção à Malária está dividido em 3 regiões, rural terrestre, rural ribeirinha e urbana, subdivididas em 71 localidades.

A rede de serviços de saúde no município de Porto Velho está composta de 24 postos de saúde localizados na zona rural, 08 unidades básicas de saúde na zona urbana, 13 unidades do PSF (3 na zona urbana e 10 na zona rural), 5 policlínicas municipais, 1 unidade de vigilância sanitária e 29 unidades de apoio diagnóstico (Tabela 8).

Tabela 8. Estabelecimentos de Assistência à Saúde Porto Velho - 2001

Estabelecimentos	N.º	%
Unidade de Saúde da Família	13	12,74
Posto de Saúde	24	23,53
Centro de Saúde/ Unidade Básica	08	7,84
Policlínica	05	4,90
Unidade Móvel Terrestre	01	0,98
Clínica Especializada/ Amb. de Especialidade	04	3,94
Unidade de Vigilância Sanitária/Epidemiologia	01	0,98
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	29	28,43
Pronto Socorro Geral	01	0,98
Pronto Socorro Especializado	01	0,98
Hospital Geral	13	12,74
Hospital Especializado	02	1,96
Total	102	100,0

Fonte - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CPMED – Consultoria.

Além disso, o município concentra a maior rede de média e alta complexidade pública do estado, sob a gestão da SESAU-RO, representada pelo Pronto Socorro João Paulo II, Hospital de Base Dr Ary Pinheiro, Hospital CEMETRON, Policlínica Oswaldo Cruz, Hospital de Guarnição e o Hospital Cosme e Damião. Quando necessário, os municípios do estado encaminham os pacientes para a capital do estado, Porto Velho para atendimento nesse nível de atenção.

Em relação aos leitos, Porto Velho possui 385 (37,2%) leitos públicos, 145 (50,52%)

leitos privados conveniados com o SUS e 503 leitos privados (36,48%). A taxa de leitos por habitantes habitantes é correspondente à 3,08 leitos/1000 habitantes

Tabela 9. Distribuição dos leitos existentes , Porto Velho, 2001.

Estabelecimentos	Porto Velho		Candeias do Jamari	
	N.º	%	N.º	%
Público	385	37,27	13	100,00
Convênio/SUS	145	14,03	-	-
Privados	503	48,69	-	-
Total	1.033	100,00	13	100,00

Fonte - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CPMED - Consultoria.

O município de Candeias do Jamari tem 2 unidades básicas de saúde, sendo 1 localizada na zona urbana e 1 na zona rural; 1 ambulatório de controle da Malária na Br 364 e 2 unidades de apoio diagnóstico conveniadas para a realização de exames bioquímicos. Não tem estabelecimento privado de internação ou de prestação de atendimento ambulatorial. Não tem sala de parto, centro obstétrico, pronto socorro e internações em clínica especializada. Conta com 13 leitos em clinica básica, o que corresponde a 0,9 leitos/1000 habitantes, taxa abaixo da padronizada pelo Ministério da Saúde que é de 4 leitos para cada 1000 habitantes (Tabela 9).

5.1.3 Perfil Epidemiológico nos municípios de Porto Velho e Candeias do Jamari

No município de Porto Velho as ações de controle da Malária foram divididas em regionais, de acordo com a população existente e o perfil epidemiológico. No momento da descentralização o município estava subdividido em 5 grandes regiões. Em decorrência da piora da situação epidemiológica da Malária na 3ª região e de sua grande extensão territorial foi subdividida, totalizando 6 regiões a saber:

1ª Região: Zona Urbana;

2ª Região: Zona Peri-Urbana

3ª Região: Cachoeira do Teotônio até a Linha 105;

4ª Região: Balsa do Abunã até o distrito de Nova Califórnia;

5ª Região: Área Ribeirinha, correspondente as localidades localizadas ao longo do

Rio Madeira;

6ª Região: Linha 105 até divisa do distrito de Abunã até a balsa.

As ações são gerenciadas a partir da coordenação municipal de controle de vetores composta de 1 coordenador geral e de 6 supervisores técnicos responsáveis pelo acompanhamento, supervisão e avaliação das ações.

Estas regiões contam em média com: 1 inspetor, 1 chefe de turma, 2 a 10 guardas de epidemiologia, 2 microscopistas, 2 coletores de Lâmina, 2 a 4 guardas de operação inseticida (OI), 1 motorista e 1 condutor de lancha (nas áreas ribeirinhas).

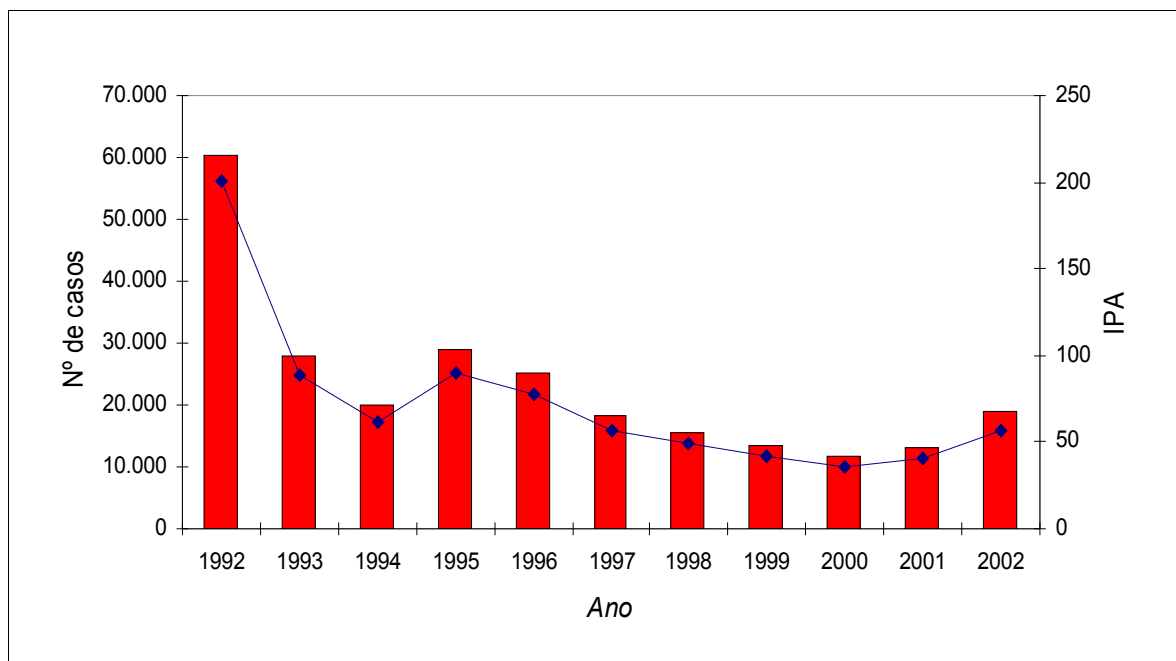
A rede assistencial de Porto Velho, no que cabe ao controle da Malária, excetuando-se a área rural, em sua grande maioria não atende pacientes suspeitos. Há uma tendência de encaminhamento dos casos para as Policlínicas Municipais e para o hospital estadual de referência em infectologia-CEMETRON.

Historicamente, o município de Porto Velho contribui com o maior percentual de casos detectados de Malária no estado.

De 1992 a 1994, o número de casos por Malária no município apresentou tendência de queda. No ano de 1995, teve incremento com posterior diminuição até 2001. A partir de março de 2001, houve um incremento de 12,1% em relação ao ano anterior. Neste ano 24,3% do total de casos de Malária registrados no estado foram provenientes do município de Porto Velho (Gráfico 6).

Em 2002, foram registrados 23.222 casos de Malária, 32,5% do total de casos de Malária notificados no estado, representando um aumento de 82,5% em relação à meta prevista pelo PIACM, também registrou aumento no número de casos por *P. falciparum* para 27,78%, dado que indica falhas nas ações de controle.

Gráfico 6. Casos de Malária e Índice Parasitário Anual, Porto Velho, 1992 a 2002.



Fonte - Sistema de Informação da Malária//SEMUSA/PVH.

Com relação à distribuição dos casos de Malária por sexo, há uma leve predominância de casos no sexo masculino (67,28%).

A faixa etária mais atingida é a maior de 14 anos, seguida de 1 a 4 anos, 5 a 14 anos e menores de 1 ano, com 72,3%, 20,3%, 6,8% e 0,7% dos casos, respectivamente.

Os dados entomológicos, pesquisa larvária, realizada no primeiro trimestre de 2002, que 38,47% dos pontos pesquisados foram positivos. As espécies capturadas foram *Anopheles albitarsis*, *Anopheles brazilienses*, *Anopheles darlingi* e *Anopheles nunztovari*. A espécie mais encontrada foi o *Anopheles darlingi* (83,14%), confirmando seu importante papel na cadeia de transmissão da Malária em Porto Velho.

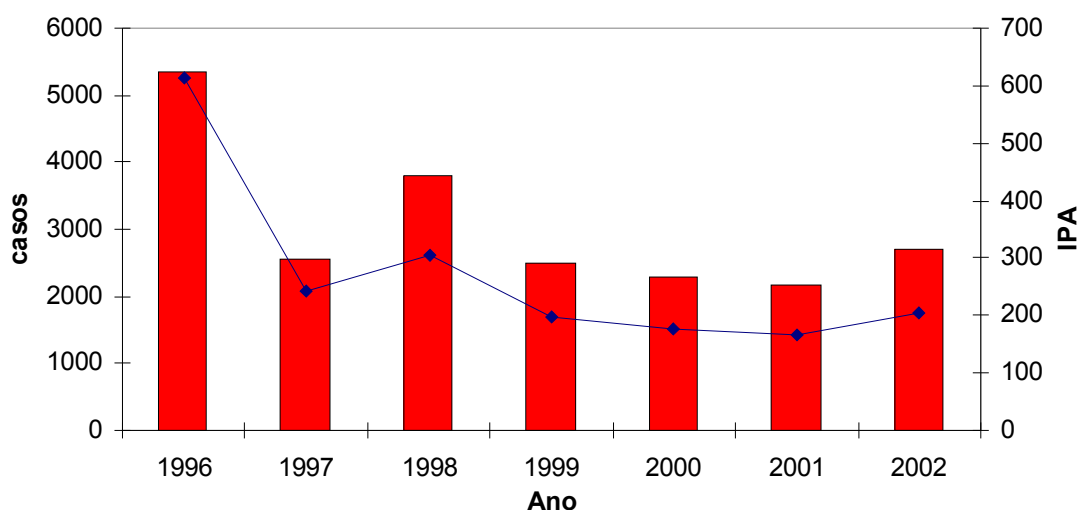
Em relação à distribuição dos casos de Malária identificados entre as regiões, a 3ª região (rural terrestre) foi a que apresentou o maior número de casos, com 34,1%, seguida da 5ª região (zona rural ribeirinha-Rio Madeira) com 22,32%, 1ª região (urbana) com 21,73%. As regiões de menor incidência foram a 2ª região e a 4ª região, com 13,90% e 7,92%, respectivamente.

O município de Candeias do Jamari/RO, de 1999 a março de 2001, apresentou uma diminuição no número absoluto de casos de Malária. A partir de março de 2001 houve uma inversão desta tendência, percebida no incremento de casos de Malária e de casos por *P. Falciparum*, indicando deteriorização das ações de controle (Gráfico 7).

No ano de 2002, o município apresentou aumento do número de casos nos meses de março a abril e julho a agosto. Após este período, ocorre nova tendência de redução

do número de casos, com o IPA de 8,7/1.000 habitantes, valor próximo ao observado no ano de 2000 (IPA de 7,7/1.000 habitantes).

Gráfico 7: Distribuição dos casos de Malária, Candeias do Jamari, Rondônia, 1999-2002.



Fonte - GE/SEMSAU/CANDEIAS DO JAMARI/RO.

A distribuição dos casos de Malária por faixa etária obedece a tendência estadual e nacional de uma porcentagem maior na faixa etária maior de 14 anos, seguida de 5 a 14 anos, 1 a 4 anos e menor de 1 ano com 69,9%, 21,3 %, 8,7% e 0%, respectivamente.

Em relação a distribuição dos casos no território municipal, apresenta 3 (três) áreas geográficas, caracterizadas pela presença de perfis epidemiológicos distintos. Entender essa caracterização se torna importante para a implementação de medidas de controle e prevenção:

- 5) **Zona urbana:** Os casos de Malária estão dispostos nas periferias dos bairros localizados próximos ao Rio Candeias, principalmente, no bairro satélite, o qual faz limite com o município de Porto Velho. O limite de Porto Velho com Candeias do Jamari tem as chamadas “áreas de banho” que apresentam condições ambientais favoráveis à transmissão de Malária, como a alta densidade anofelínica e a existência de mata fechada. O fluxo intenso de banhistas para essas áreas, em geral provenientes do município de Candeias do Jamari e do município de Porto Velho, contribuem para a manutenção de casos, dificultando o planejamento das ações e o controle da Malária na região.
- 6) **Zona rural ribeirinha:** Está dividida em 11 localidades, distribuídas ao longo do Rio Candeias, caracterizadas por suas habitações precárias. A principal atividade econômica é a pesca. Em relação ao controle da Malária, possui uma equipe volante que percorre este trecho durante 07 (sete) dias no mês. A equipe é composta de 02 (dois) trabalhadores, 01 (um) microscopista e 01 (um) guarda de epidemiologia, os quais realizam ações de busca ativa, nebulização seletiva e termonebulização. O ACS contratado para atuar na área ribeirinha do município reside na zona urbana e realiza de

forma esporádica visita domiciliar às famílias. Como o ACS não apresenta meio de transporte adequado (barco), aproveita o deslocamento da equipe de controle da Malária. Neste caso específico, há problemas para as ações de controle da Malária, pois além de não morar na área o ACS não tem capacitação específica para lidar com a situação.

7) **Zona rural terrestre** : Está dividida em 19 localidades. Para o controle da Malária, as localidades estratégicas por apresentarem IPA elevado são as seguintes:

- Linha 45: apresenta IPA de 811,92. Localizada a 45Km do núcleo urbano, tem áreas de difícil acesso e grande extensão territorial. No momento, apresenta áreas de assentamento de colonos pelo INCRA. Há 05 meses foi inaugurado um posto de notificação, construído com recursos da própria comunidade, para o diagnóstico da Malária, tendo 01 (um) microscopista, 02 (dois) guardas de epidemiologia, 01(um) guarda de nebulização, 01 (um) auxiliar de laboratório e 01 (um) auxiliar de serviços diversos. As ações de controle vetorial são realizadas por uma equipe de borrifação residual volante que atende toda a área rural terrestre.
- Distrito de Triunfo: dividido em 10 localidades rurais e um núcleo urbano. Apresenta áreas de difícil acesso e assentamentos rurais irregulares (invasões), com instalações precárias e próximas à mata. Das 10 linhas existentes no distrito destacam-se a linha 10 e os travessões II e III, por apresentarem IPA acima de 100 casos/1000 habitantes.

5.2. O processo de descentralização da epidemiologia e controle de doença -ECD

Os dois municípios estudados encaminharam, em janeiro de 2001, à CIB/RO, o Plano de Descentralização da ECD e todos os documentos pertinentes à formalização do pleito previsto na Portaria Ministerial 1399/1999. No dia 31 de março de 2001 foram certificados para a execução das ações de controle da ECD. E, no dia 01 de abril de 2001, todas as ações estavam sob a coordenação dos referidos municípios.

No período posterior à certificação, tanto no município de Porto Velho como de Candeias do Jamari, as ações de controle da Malária sofreram solução de continuidade importante, pois além do atraso no repasse do TFECD, acrescenta-se:

- 1) No caso do município de Candeias do Jamari, três das cinco viaturas da FUNASA disponibilizadas ao município para o desenvolvimento das ações de controle da Malária estavam com problemas. Como o município não possuía a mesma estrutura administrativa da FUNASA para manutenção ou conserto, os veículos foram paralisados no final de 2001, e até janeiro de 2003, ainda, não haviam sido reparados. Esta demora deve-se a três problemas distintos: o primeiro está relacionado à carência de recursos financeiros para o custeio do conserto dos automóveis, orçado em mais de R\$7.000,00, valor este superior ao teto financeiro mensal da ECD; o segundo, deve-se

à impossibilidade do município financiar os referidos consertos pois, até agosto de 2002, ainda não havia sido regularizado o repasse oficial (termo de comodato) desses carros para os municípios; e terceiro, o não cumprimento, por parte do estado, do acordo de conserto dos veículos, sendo que até janeiro de 2003 não havia sido autorizado o pagamento das duas viaturas reparadas anteriormente, prontas há mais de 8 meses;

- 2) No caso de Porto Velho, no dia 01 de abril de 2001, todas as despesas pagas anteriormente pela coordenação regional da FUNASA-RO foram interrompidas: os telefones foram cortados, os contratos de aquisição de combustível, passagens terrestres e fluviais, serviços de vigilância foram suspensos. O município não havia programado a manutenção dessas ações com recursos próprios, o que levou à interrupção de várias atividades de rotina do programa, por um período de mais de 30 dias.
- 3) Outro problema, levantado pelos gestores dos dois municípios, foi a interrupção das ações de supervisão e de comando direto, logo após a descentralização exercidas pelos inspetores e pelo chefe do distrito, que tinham papel fundamental na distribuição das equipes, definição de ações, rotinas e supervisão.

No caso de Candeias um antigo inspetor da FUNASA assumiu a coordenação do controle da Malária, enquanto que o controle das demais endemias ficou sob a coordenação do setor de epidemiologia. Apesar de acumular experiência profissional como chefe de operação de campo, o mesmo não tinha o manejo das atividades pertinentes à gerência de serviços de saúde, tais como, planejamento, programação e avaliação. Portanto, constatou-se a dispersão da equipe e a realização de ações descoordenadas conforme a vontade ou capacidade de cada um.

Em Porto Velho, o gestor municipal colocou à disposição da gerência de controle de vetores 3 técnicos de nível superior para executar as funções dos 2 técnicos da FUNASA que optaram pela sua permanência na coordenação estadual da FUNASA.

Nos dois municípios não há gerência de controle de endemias. As ações pertinentes a esta coordenação estão divididas entre a gerência de controle de vetores que integra as ações de controle da Malária, Dengue e Febre Amarela; e a gerência de epidemiologia, que congrega todas as outras doenças que compõem a epidemiologia.

No dois municípios estudados estas gerências não foram criadas formalmente, sendo que os dois gerentes recebem gratificações pertinentes a outros setores.

Quando solicitados a responder sobre a existência de integração entre a gerência de controle de vetores e a gerência de vigilância epidemiológica, os gerentes responderam que:

- 1) No município de Porto Velho esta integração é ruim. Primeiro, porque a gerência de vigilância epidemiológica fica em prédio separado e distante, o que dificulta a comunicação entre os dois setores; segundo, como os sistemas de informação estão implementados em lugares diferentes - o Sistema de Informação dos Agravos- SINAM

e o Sistema de Informações de Óbitos na epidemiologia e o SISMAL na gerência de controle de vetores - as informações não são compartilhadas em tempo hábil, dificultando a programação e o planejamento local.

- 2) No caso do município de Candeias do Jamari, o gerente referiu que a integração é boa, e que, apesar de, estarem em prédios separados e com os sistemas implantados em lugares diferentes, como no caso do município de Porto Velho, o gerente de epidemiologia repassa as informações e trabalha em conjunto.

No caso do município de Porto Velho, a gerência de controle de vetores participou de 2 cursos específicos sobre o controle da Malária⁷. Nenhum deles estava relacionado a programação e planejamento. Já no município de Candeias do Jamari, o gerente referiu que o único encontro que participou nos últimos anos foi a reunião de sensibilização, em Março de 2001, com os gerentes e secretários municipais de saúde.

5.2.1. Participação na Programação Pactuada e Integrada (PPI) estadual e no Plano de Metas da ECD.

Os dois municípios pesquisados referiram ter participado na negociação e na elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) e do Plano de Metas no estado. No caso de Candeias do Jamari, o gestor municipal referiu que a participação na PPI-ECD não foi muito ativa pois:

...os municípios grandes acabam tendo mais facilidade para negociar, a gente não...

(Entrevista com o gestor municipal).

Quando perguntado se, no momento da elaboração do Plano de Metas da ECD, o município havia participado, os dois municípios referiram que sim. Apesar do município de Candeias do Jamari ter referido que os indicadores pactuados são inatingíveis, principalmente para os municípios de pequeno porte.

Nenhum dos dois municípios pesquisados referiu realizar planejamento com outros setores da secretaria municipal. No caso de Porto Velho, como estão em fase de implementação do projeto de inserção das ações de controle da Malária, Dengue e Febre Amarela na Atenção básica, através da capacitação dos integrantes do PACS e PSF há um maior contato com a Divisão de Saúde da Comunidade e do Interior (DSCI).

Os dois municípios referiram realizar atividades de supervisão, treinamento e análise de dados. No caso de Candeias do Jamari, o gerente referiu que, em relação à supervisão manteve as antigas atividades realizadas pelos inspetores e chefes de

⁷ Os Cursos específicos sobre Malária referidos pela gerência de controle de vetores do município de Porto Velho foram: 1) Oficina de sensibilização sobre a inserção das ações de controle de endemias na Atenção básica; e 2) Capacitação de técnicos de nível superior no controle da Malária.

turma e que os treinamentos são realizados de acordo com a capacidade técnica da gerência, que não tem nível superior. Acrescentou que a gerência tem muita dificuldade para “interpretar” os dados levantados pelo SISMAL.

No caso de Porto Velho, a gerência realiza todas as ações, pois apresenta um grupo técnico composto de 4 trabalhadores de nível superior. O ponto de estrangulamento está na análise dos dados, pois não há integração entre a gerência de controle de vetores e a de epidemiologia, fato que limita uma análise mais abrangentes.

5.3. Recursos Financeiros

5.3.1. *Montante de recursos disponibilizados*

A partir da redistribuição do Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) em Rondônia, o município de Porto Velho foi contemplado com um teto financeiro correspondente a 75% do TFECD previsto pela Portaria Ministerial 1399/1999 e o município de Candeias do Jamari o correspondente a 100%.

Em fevereiro de 2001, Porto Velho solicitou aumento do teto justificando que os recursos disponibilizados não eram suficientes para cobrir as despesas, principalmente com o controle da Malária e Dengue. Em julho do mesmo ano, a CIB-RO aprovou o aumento para R\$ 114.870,59/mês, valor correspondente a 90% do TFECD previsto pela Portaria Ministerial 1.399/1999.

5.3.2 . *Despesas com o controle da Malária*

Quando da análise dos gastos realizados no ano de 2001 para o controle da Malária, observamos que:

- 1) No município de Porto Velho, em 2001, a maior despesa foi com a aquisição de combustível (25,87%); seguido do pagamento dos Guardas de Endemias da Dengue (18,98%); diárias (14,17%); e serviços de segurança dos prédios (12,19%). Em 2002, os dados confirmam a tendência dos gastos com 27,27% utilizados para a aquisição de combustível e lubrificante, 21,19% pagamento da folha de trabalhadores da Dengue 12,89 segurança dos prédios e 10,0% com outros serviços. Portanto, nos dois anos pesquisados, as despesas com a aquisição de combustível e folha de pagamento foram as que absorveram a maior parte dos recursos (48,46%). Por outro lado, as despesas de pagamento de serviços de vigilância e aluguel de prédios conforme os termos da pactuação, deveriam ser de responsabilidade municipal. Pois, a contrapartida municipal acordada, era de disponibilização de recursos humanos e infra-estrutura (Tabela 10).

Tabela 10. Demonstrativo das gastos, Porto Velho, 2001- 2002

R\$ 1,00

Despesas	2001		2002	
	N.º	%	N.º	%
Segurança	183.466,82	12,19	220.160,16	12,82
Aluguel	51.263,91	3,41	61.140,00	3,56
Folha FNS	285.552,83	18,98	363.762,00	21,19

Fonte: FMS/SEMUSA/PVH.

- 2) No município de Candeias do Jamari, em 2001, 100% dos recursos do TFECD foram aplicados no controle da Malária. Do total de despesas, 96,51% foi gasto com material de consumo, sendo que 81,40 % foi para a aquisição de combustível.

Tabela 11. Demonstrativo dos gastos, Candeias do Jamari, 2001-2002.

Discriminação	2001		2002	
	N.º	%	N.º	%
Material de consumo	28.147,11	96,51	51.329,89	77,61
Outros serviços	1.017,77	3,49	9.382,05	14,18
Diárias	0	0	2.400,00	3,62
Permanente	0	0	3.034,76	4,59
Total	29.164,88	100	66.146,70	100

Fonte - Setor de Contabilidade. Fundo Municipal de Saúde de Candeias do Jamari/Secretaria de Fazenda.

Em 2002, o município passou a realizar uma melhor distribuição dos gastos. Dos 14,18% gastos com outros serviços, 10,92% foram para pagamento das taxas do Departamento de Trânsito (DETRAN), destinados à regularização das motos e dos carros; 3,62% para pagamento de diárias referentes à vacinação anti-rábica canina; e 4,59% para a aquisição de equipamentos para o controle da Dengue e da Malária. O gasto com a aquisição de combustível ainda mantém-se elevado, representando 77,61% do total dos gastos. A análise comparada dos gastos no município de Candeias do Jamari-RO, no ano de 2001 e 2002, sugere um melhor desempenho do gestor da saúde no uso dos recursos tendendo à otimização dessa distribuição para além das ações de Malária (Tabela 11).

Ressalta-se que, a Gerência Administrativa do Fundo Municipal de Saúde no município de Candeias do Jamari, diferente do que acontece em Porto Velho, mantém-se sob a responsabilidade do Secretário da Fazenda, assim como a Comissão de Preços e Licitações (CPL). O Secretário Municipal de Saúde apenas formaliza o pedido de compra, o que gera morosidade na aquisição dos pedidos. O gerente de endemias não detém conhecimento sobre os recursos existentes para a ECD.

Para cumprir pelo menos parte do plano de metas proposto pelo Ministério da Saúde e pela Agenda da Saúde pactuada no estado, os dois municípios em questão, estão

priorizando as ações de controle da Malária, através de dois critérios: urgência e importância. Outras, como a aquisição de uniformes e manutenção de viaturas, são postergadas para resolução em um segundo momento.

5.3.3. Contrapartida financeira dos municípios

Como podemos observar na Tabela 11, apesar dos dois municípios estudados não terem proposto contrapartida em recursos financeiros no momento da elaboração do Plano Municipal de Descentralização da ECD no decorrer do processo foram "levados" a investir recursos próprios para dar continuidade às ações de controle, principalmente, do controle da Malária.

No município de Candeias do Jamari, a partir de setembro de 2001, a inserção dos ACS no controle da Malária e a necessidade de manutenção dos dois laboratórios para o Malária, levaram o gestor municipal a investir R\$ 1.734,08/mês dos recursos próprios na contratação de cinco trabalhadores e na gratificação de hora extra para os ACS que desenvolviam ações de borrifação residual, incremento financeiro este de 8,55% no valor do teto recebido (Tabela 12).

No caso de Porto Velho, desde o primeiro momento do processo de descentralização o município destinou recursos próprios para a execução das ações de controle de vetores, com um incremento sobre o teto financeiro de 9,19% em 2001 e 12,45% em 2002.

Tabela 12. Recursos próprios municipal e do TFECD, Porto Velho e Candeias do Jamari, 2001-2002.

	Porto Velho		Candeias do Jamari	
	2001	2002	2001	2002
TFECD	1.378.447,08	1.378.447,08	69.363,20	81.096,00
Contrapartida	126.773,62	337.888,13	-	6.936,32
Incremento (%)	9,19	12,45	0,0	8,55

Fonte: Secretaria municipal de saúde de Candeias-SEMSAU e SEMUSA/PVH.

5.4. Recursos humanos

5.4.1. *Quantitativo de recursos humanos*

A análise documental e as entrevistas realizadas no município de Porto Velho, referem que, anteriormente ao processo de descentralização havia um déficit de pessoal em torno de 29,6% (45 trabalhadores). As categorias mais deficitárias eram os microscopistas, os guardas de endemias (GE) e os operadores de inseticidas (OI). As ações de controle na área de diagnóstico estavam sendo desenvolvidas de forma insatisfatória.

Em 2000, havia 11 laboratórios de diagnóstico da Malária fechados por falta de RH e a gerência de controle de vetores enfrentava dificuldades para realização de controle vetorial, borrifação residual e termonebulização em várias áreas do município

Anterior a descentralização existiam 196 trabalhadores da FUNASA-RO trabalhando nas ações de controle da malária no município de Porto Velho.

Com o processo de descentralização da ECD, 165 (99,4%) trabalhadores foram disponibilizados para o município de Porto Velho, 1(0,6%) de nível superior e 165 (99,4%) de nível médio. Os outros trabalhadores de nível superior que eram responsáveis pelas ações de programação e planejamento continuaram trabalhando na sede da FUNASA-RO. Ou seja, com o processo de descentralização o município teve um déficit no quantitativo de trabalhadores de 14,8% e de 10% em relação aos trabalhadores de nível superior .

Em relação ao município de Candeias do Jamari, alguns trabalhadores da FUNASA-RO, apesar de lotados no município de Porto Velho, residiam naquele município. Quando da descentralização, 30 (12,87%) trabalhadores optaram por continuar em Candeias do Jamari. O déficit de trabalhadores ficou então em torno de 35%, sendo que em relação aos trabalhadores de nível superior esta perda foi mais significativa, pois 100% daqueles que realizavam ações de planejamento e supervisão mantiveram-se lotados na sede da FUNASA-RO (Tabela 13).

Tabela 13. Recursos humanos existentes no controle da Malária, Porto Velho e Candeias do Jamari, RO, 2001.

Categorias	Porto Velho			Candeias do Jamari		
	Antes ¹	Depois	%	Antes	Depois	%
ASP	66	59	10,6	17	10	42,0
Aux. Lab.	10	9	10,0	1	1	0,0
GE	53	46	13,2	12	12	0,0
Motorista	14	12	14,28	4	4	0,0
Serviços diversos	14	12	14,28	1	1	0,0
Agente administrativo	3	1	33,3	1	1	0,0
Microscopista	6	5	16,6	0	0	0,0
Aux. Marítimo	5	5	0,00	0	0	0,0
Aux. Enfermagem	4	2	50,00	0	0	0
Aux. Serv. Gerais	2	2	00,0	3	1	66,6
Artífice de mecânico	1	0	100	0	0	0,0
Agente de portaria	3	1	33,3	1	0	0,0
Aux. Adm.	1	3	33,3	0	0	0,0
Laboratorista	4	3	25,0	0	0	0,0
Enfermeiro ²	1	0	100,0	1	0	100,0
Educador(nível superior) ²	1	0	100,0	1	0	100,0
Tec. Laboratório ²	6	6	00,0	0	0	0,0
Biólogo ²	1	1	0,00	1	0	100,0
Médico ²	1	0	100,0	1	0	00,0
Total	196	167	14,8	44	30	35,0

Fonte: DCV/SEMUSA/PVH.

- (1) Todo esse pessoal eram trabalhadores da FUNASA-RO.
- (2) Os trabalhadores de nível superior eram responsáveis pelos dois municípios em questão, após a descentralização foram lotados na sede da coordenação da FUNASA-RO.

Para tentar minimizar esta redução o município de Porto Velho realizou a nomeação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA-PVH), principalmente de nível superior, para comporem a gerência de endemias: 2 malariologistas (1 Biomédico, 1 Médico Veterinário), 2 entomologistas (1 Biólogo e 1 Médico Veterinário). Entretanto, no caso do município de Candeias do Jamari por ser de pequeno porte e historicamente apresentar déficit de recursos humanos especializados, não teve a mesma facilidade para superar os problemas.

Outro dado importante levantado, nos dois municípios em questão, foi a ausência de capacitação dos técnicos no sentido de repasse de informações sobre a rotina, fluxo e ações desenvolvidas nos municípios relacionadas ao controle da Malária.

Nos relatos dos coordenadores, é referido que não houve tempo para que estes se apropriassem de conhecimentos mais detalhados da organização interna do setor, o que gerou descontinuidade na execução dos trabalhos no primeiro momento.

Com a descentralização, os dois municípios perderam os técnicos de nível superior, responsáveis pelo planejamento e programação das ações de controle da Malária, ao mesmo tempo essa ausência não foi substituída por trabalhadores com capacitação adequada para o desenvolvimento das atividades de controle.

Os principais problemas, relatados pelos gerentes de controle de vetores são decorrentes da falta de capacitação específica para a execução das ações de coordenação de campo, os quais sejam:

- 1) dificuldade de avaliação e planejamento de ações, deixando de realizar atividades como busca ativa de casos e borrifação seletiva em tempo hábil;
- 2) ausência de análise de dados e, conseqüentemente subutilização do Sistema de Informação da Malária- SISMAL;
- 3) manutenção, por longos períodos de tempo de problemas administrativos.

5.5. Ações estratégicas implementadas

As principais ações estratégicas implementadas pelos municípios estudados foram no sentido de inserir as ações de controle da Malária na atenção básica, através da capacitação dos integrantes das equipes do PSF e PACS.

No município de Porto Velho a proposta foi ampliada e a capacitação das equipes inseriu não apenas as ações de controle da Malária, mas as ações de controle pertinentes as doenças endêmicas de controle vetorial- Malária, Dengue e Febre Amarela.

No município de Candeias do Jamari a proposta foi limitada a uma região- o distrito de Triunfo, resultante do convênio de cooperação técnica com o Instituto de Apoio as Pesquisas em Medicina Tropical (IAPEPATRO).

Este convênio prevê, entre outras atividades: disponibilização de técnicos capacitados para compor a equipe do PSF no distrito de Triunfo; prestação de assessoria técnica com o propósito de fortalecimento da gestão municipal; realização de pesquisas científicas, de novas tecnologias e instrumentos para o controle de doenças; prestação de assistência à população, através de consultas de enfermagem e médica; e realização de treinamentos e capacitações para os ACS.

Para a concretização desta proposta os dois municípios realizaram Oficinas de Inserção das Ações de Controle de Endemias na Atenção básica, onde foram capacitados no município de Porto Velho 752 (90,2%) trabalhadores e no município de Candeias do Jamari 29 (31,5%) trabalhadores pertencentes a rede básica (Tabela 14).

Tabela 14. Recursos existentes e capacitados, Porto Velho e Candeias do Jamari, 2002.

R.H	Porto Velho			Candeias do Jamari		
	existente	capacitado	%	existente	capacitado	%
Coord. de Endemias	01	01	100,0	01	00	0,0
Coord. do PACS/PSF	02	01	50,0	01	00	0,0
Coord. Do NIEMSUS	01	01	100,0	00	00	0,0
Supervisor Técnico	05	05	100,0	00	00	0,0
Entomólogo	01	01	100,0	00	00	0,0
Médico	49	00	0,0	06	01	16,7
Enfermeiro	47	47	0,0	03	01	33,3
Bioquímico/Biomédico	32	00	0,0	01	00	0,0
Inspetor de End.	06	06	100,0	03	02	66,7
Chefe de Turma	08	08	100,0	04	04	100,0
Agente de Endemias	89	89	100,0	12	04	33,3
ACS	362	362	100,0	37	15	40,5
Auxiliar de Enf.	100	100	100,0	23	01	4,34
Aux. de Entomologia	06	06	100,0	00	00	0,0
Aux de lab. microscopia	87	87	100,0	00	00	0,0
Coletor de lâminas	16	16	100,0	00	00	0,0
Motorista	16	16	100,0	0	00	0,0
Condutor de Lancha	06	06	100,0	01	01	100,0
Total	833	752	90,2	92	29	31,5

Fonte: Semusa/PVH e Semusa/ Candeias do Jamari.

Nos dois municípios foram adotadas estratégias padronizadas de organização para dar sustentabilidade à inserção das ações de controle de endemias na atenção básica, tais como:

- 1) Divisão das diversas áreas em micro-áreas, compatibilizando-as, dentro do possível, com as áreas e microáreas do PACS e PSF;
- 2) Adaptação das diferentes atividades realizadas pelos diferentes trabalhadores;
- 3) Adaptação das fichas do sistema de informação do SIAB e do Sistema de Informação da Malária (SISMAL), sistema de informação atual e do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica (SIVEP), em fase de implantação no país, utilizadas pelos ACS e GE, possibilitando a construção de fluxogramas de atenção.

O principal objetivo das duas propostas de capacitação em ambos municípios foi a ênfase na vigilância epidemiológica dos casos febris, a busca ativa e passiva de casos, a detecção precoce e a pré-investigação realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias.

No caso de Porto Velho como envolveu uma rede de atenção mais complexa e uma proposta mais abrangente de inserção das ações de controle das doenças endêmicas, não só da Malária foram criados fluxos de atenção diferenciados, dependente da existência do PACS ou do PSF, conforme os fluxogramas de atenção resumidos nos anexos 3, 4, 5 e no quadro 3.

Quadro 3. Organização da atenção aos casos suspeitos de Malária de acordo com a cobertura do PACS e PSF, Porto Velho, 2002.

Situação	Área urbana		Área rural	
	Sem cobertura do PACS/PSF	Coberta PACS/PSF	Coberta PACS	Coberta PSF
Negativo	Presença em área de transmissão nos últimos 15 dias - retorno para repetição de lâmina. Novo Resultado negativo orientado para consulta.	Sintomatologia característica ou presença, nos últimos 15 dias, em área de transmissão, orientado retorno para nova lâmina. Resultado negativo agendado consulta.	Sintomatologia característica ou presença, nos últimos 15 dias, em área de transmissão, orientado retorno para nova lâmina. Resultado negativo orientado para consulta.	Sintomatologia característica ou presença, nos últimos 15 dias, em área de transmissão, orientado retorno para nova lâmina. Novo resultado negativo agendado consulta.

Positivo (sem complicação)	Orientação e tratamento específico para a espécie de Malária. Agendado LVC para 14 dias.	Orientação e tratamento específico para a espécie de Malária. Tratamento supervisionado pelo ACS: 02 visitas/semanal. Retorno para LVC em 14 dias.	Orientação e tratamento específico para a espécie de Malária. Tratamento supervisionado pelo ACS, através de 02 visitas/semanais. Retorno para LVC em 14 dias.	Orientação e tratamento específico para a espécie de Malária. Tratamento supervisionado pelo ACS: 02 visitas/semanal. Retorno para LVC em 14 dias. Paciente é acompanhado pelo médico enfermeiro do PSF.
Positivo (com complicação)	Encaminhado para as Policlínicas municipais ou para o hospital CEMETRON.	Agendado consulta com médico do PSF. Caso necessite de internação é encaminhado pela equipe, para o hospital CEMETRON.	Encaminhado para as Policlínicas Municipais ou o para o hospital CEMETRON.	Agendado consulta com enfermeiro ou médico do PSF. Caso necessite de internação é encaminhadas pela equipe para o hospital CEMETRON.

Fonte: GE/SEMUSA/PVH.

Os principais fatores limitantes referidos pelos gerentes de endemias para dar sustentabilidade a proposta foram:

- 1) diferença salarial significativa entre os ACS, AE da Dengue e os antigos trabalhadores da FUNASA-RO;**
- 2) temporalidade dos contratos e rotatividade dos Agentes de endemias da Dengue e dos ACS;**
- 3) dificuldade de fixação de profissionais de nível superior do PSF, na zona rural e;;**
- 4) falta de transporte adequado para os ACS realizarem a biusca ativa de casos em tempo hábil.**

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

6.1. Processo de descentralização no estado

No ano de 2000, o estado de Rondônia deu o primeiro passo para a descentralização da ECD, com a criação da Comissão de Descentralização da ECD. Esse primeiro momento foi marcado por um processo incipiente de reuniões da Comissão com os gestores municipais.

Os municípios que apresentavam melhor autonomia para exercer sua capacidade administrativa implementaram algumas das ações de controle de endemias, no caso da Malária, mais especificamente, contratações de alguns profissionais e aquisição de equipamentos.

Ressalta-se, nesse ano, que a maioria dos municípios estavam tentando resolver os graves problemas gerados com a demissão dos trabalhadores públicos estaduais, fruto da reforma administrativa implementada pelo governo do estado. Essas

demissões promoveram, principalmente nos municípios de pequeno porte, importante déficit de recursos humanos, restringindo a possibilidade dos gestores municipais de saúde assumirem a novas responsabilidades com as ações da ECD.

O segundo momento, a partir de fevereiro de 2001, foi caracterizado por uma forte pressão do governo federal para descentralizar as ações de ECD para o estado e para os municípios. Os gestores municipais preocupados com a possibilidade do gestor estadual assumir as ações da ECD, em um momento de grave crise institucional do setor saúde, e “incentivados” pela cessão de carros, motos e computadores, decidiram pela certificação.

Detecta-se, claramente, neste momento, a investida do governo federal em estimular ativamente os municípios a aceitarem a certificação, acelerando o processo de implementação da descentralização das ações de controle da ECD no estado.

Nenhum outro estado do país empreendeu ritmo tão acelerado ao seu processo de certificação, como o observado em Rondônia. Constatou-se que, sete meses após o processo de certificação de todos os municípios do estado, comparativamente, somente os estados de Tocantins, Roraima e Amapá apresentavam um ritmo de certificações mais acelerado, com 82%, 80% e 75% de seus municípios, respectivamente, descentralizados (Quadro 4).

Quadro 4. Situação da certificação da ECD na região Norte, outubro de 2001.

UF/Região	Municípios		
	Total	Certificados	%
Norte	474	269	56,75
Acre	022	000	0,00
Amazonas	062	008	12,90
Amapá	016	012	75,00
Pará	143	071	49,65
Rondônia	052	052	100,0
Roraima	015	012	80,00
Tocantins	139	114	82,01

Fonte - Ministério da Saúde/CIT.

Em Rondônia, municípios com capacidade gerencial, estrutura física e acessibilidade geográfica diferentes foram certificados em igual período de tempo e com critérios que não contemplaram as peculiaridades locais.

Esperava-se que o processo de descentralização da ECD respeitasse graus diferenciados de descentralização, consoante ao estágio de capacidade de implementação de cada município, expectativa esta advinda de conhecidos avanços e percalços verificados na implementação das políticas de descentralização no país (LEVCOVITZ, 2001; MENDES, 1998).

Entretanto, foi detectada uma forma de descentralização incompatível com a capacidade dos sistemas locais de saúde e de suas instituições de incorporar as ações de controle das endemias e de se adaptar às novas funções. E, embora houvesse um processo político-institucional o mesmo caracterizou-se mais para uma desconcentração administrativa. Pouco se avançou para uma visão de modernização do estado com a criação de condições de desenvolvimento dos diferentes níveis de governo.

A SESAU-RO apresentou baixo poder de negociação para realizar a descentralização de forma gradativa, o que propiciaria a implementação, paulatina de estratégias capazes de fortalecer os diferentes municípios em fase de descentralização.

Um processo de descentralização responsável deveria favorecer o desenvolvimento de competências que possibilitasse um maior controle por parte dos gestores das variáveis políticas, administrativas e técnicas permitindo o acúmulo gradual do poder de governabilidade necessária à sua implementação. O processo de descentralização efetivamente realizado no estado, não foi compatível com o desenvolvimento dessa capacidade.

Em síntese, os municípios não tiveram tempo para mobilizar meios e recursos

financeiros para implementar a política de descentralização de forma a dar continuidade e sustentabilidade às ações. Fato que contribuiu para o aumento do número total de casos de Malária sobretudo na área urbana e aumento de casos por *Plasmodium falciparum*, dado que indica falhas importantes na busca ativa de casos, no diagnóstico precoce e nas ações de controle vetorial.

6.2. Recursos financeiros

Em relação aos recursos financeiros, num Estado federativo, o processo de descentralização implica cooperação política e financeira entre a união, os estados e os municípios.

No que diz respeito à autonomia financeira dos municípios brasileiros, esses tem poder para transferir os recursos financeiros recebidos da união e do estado nas contas específicas e realizar a movimentação financeira em uma outra conta, exclusiva do Fundo Municipal de Saúde. Também é conferida autonomia aos municípios para aplicação da receita do setor saúde.

A NOB-SUS01/96 promoveu avanços e atrasos no processo da descentralização do SUS. Um importante avanço foi a substituição do repasse de recursos que utilizava como base de cálculo a produtividade, por critério populacional, definido por um valor per-capita, na transferência de recursos da união para os municípios. Entretanto, o estabelecimento de condições para que estados e municípios recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, contraria o modelo de descentralização, limitando o grau de autonomia local (Moreira, 2002).

Determina ainda a NOB/01/96 que a transferência de recursos financeiros aos municípios do país deve ocorrer de forma automática, direta e regular, fundo a fundo, objetivando a execução das ações de saúde de competência própria dos municípios, de acordo com os Planos de Saúde (MS, 1996). Observa-se uma subordinação do município em relação ao nível federal no que diz respeito ao custeio da saúde dos municípios. Municípios de pequeno porte têm maior dificuldade em investir recursos dos tributos municipais no setor saúde, por ser baixa a captação de recursos via impostos municipais; por ter o governo que dividir os recursos às diversas pastas de governo; pela existência da lei de responsabilidade fiscal que determina a aplicação de 10% dos recursos com pagamento de pessoal.

Em relação a distribuição dos recursos financeiros, várias análises apontam uma situação de desconcentração com alternativa ao centralismo do que uma autonomia financeira de fato. Os níveis federal e estadual definem atualmente os critérios da aplicação do recurso, na tentativa de garantir o não desvio de recursos para outros setores do governo municipal. A democracia local, como produto isolado da descentralização, só poderá ser efetivada quando alternativas administrativas forem implantadas em nível nacional (Mello, 1991).

Com relação aos recursos financeiros advindos do próprio município, a Lei Orgânica 8142/90 estabelece a obrigatoriedade de contrapartida de recursos para a saúde

pelos municípios habilitados no SUS (Brasil, 1990).

Em Rondônia, a distribuição dos recursos do TFECD gerou fortes discussões e questionamentos, além de que foi norteadado pela preocupação com a sustentabilidade das ações de controle da Malária.

De um lado, a discussão evidenciava a preocupação dos técnicos da FUNASA-RO e da SESAU-RO com as deficiências técnicas e administrativas do estado e dos municípios para gerenciar as ações de controle da Malária, constatando-se, neste momento, pouca atenção dispensada às outras doenças endêmicas que compõem a ECD. De outro lado, o conflito estava centrado na dificuldade em definir critérios que atendessem a justa distribuição dos recursos entre os municípios.

A composição do TFECD dos municípios, baseada apenas nos critérios geográfico e demográfico, sem agregar outros como capacidade física instalada e perfil epidemiológico, o que contribuiu para a distribuição dos recursos de forma perversa. Em alguns casos, destinou recursos iguais para municípios com capacidade técnica, administrativa e perfil epidemiológico diferentes.

Em outros, destinou maior quantidade de recursos para municípios com áreas de baixo potencial malarígeno em relação aos municípios com alto potencial. Como no caso do município de Pimenteiras, de baixo potencial, que recebeu R\$ 1.246,48/per capita/ano, em contraposição ao município de Buritis, de alto potencial malarígeno, que recebeu R\$ 538,07/per capita/ano (www.funasa.gov.br/malaria capturado em 23/09/2002).

O uso desses critérios favoreceu o destino de maiores somas de recursos para os municípios que apresentavam maior área geográfica e população e que, ao mesmo tempo, exibiam melhor infra-estrutura e baixo potencial malarígeno (exceção encontrada nos município de Porto Velho e Ariquemes, que apresentam IPA superior a 50 casos/1.000 habitantes).

O uso dos critérios área geográfica e população apresentam-se como indicadores válidos para o primeiro momento da alocação de recursos financeiros, pois trazem embutido, teoricamente, equidade. Entretanto, sozinhos, não contemplam, de forma satisfatória, as diferentes especificidades existentes entre diferentes regiões e estados do país.

De outro lado, a proposta de uso, unicamente, do indicador IPA prioriza o controle da Malária em detrimento de outras doenças endêmicas, bem como pode sugerir a “premiação” dos municípios com um certo grau de desorganização.

Desta forma, a questão da escolha de critérios para a distribuição de recursos passaria pela inclusão de indicadores que estivessem pautados na organização dos serviços, que fossem de fácil avaliação e dessem conta de medir o alcance dos objetivos gerais (resultados) e dos processos envolvidos.

Em relação aos recursos disponíveis, anteriores à descentralização, para o desenvolvimento das ações de controle da Malária, eram de responsabilidade exclusiva do governo federal⁸. Ao comparar a média dos recursos investidos nos últimos 10 anos (1991-2001) no controle da Malária (R\$ 8.808.373,56) com os recursos disponibilizados a partir da descentralização, via TFECF (R\$ 7.524.422,25) constata-se que não houve incremento de recursos para o controle da Malária, muito menos para o controle das endemias.

A partir desses dados e com base na discussão de Pedroza (1999), que refere que o potencial de geração de capacidade de gestão e de governabilidade está relacionado à capacidade da produção de riquezas suficientes para disponibilizar bens e serviços; bem como, na de Pozzobon (1998), que contribui com essa reflexão ao defender que a produção de receitas próprias pelos municípios torna-se um avanço no sentido de garantir a implementação, a sustentabilidade da política e a priorização de investimentos que melhorem as condições de saúde da população, detectamos o grau de dependência dos municípios estudados em relação aos recursos federais.

No caso de Porto Velho, município de grande porte, 81% dos recursos disponíveis provém do nível federal. No caso do município de Candeias do Jamari, pequeno porte, essa dependência é maior: 97% dos recursos disponíveis são provenientes de transferências federais.

Desta análise depreendemos que o grau de dependência dos municípios estudados, em relação aos recursos federais é importante e que, independente do seu porte, olhando sob o prisma da capacidade de geração própria de riquezas e em conformidade com as idéias dos autores citados, a capacidade de gestão municipal traz limites para o desenvolvimento das políticas sociais.

Ressalta-se, então, que o sucesso do processo de implementação de políticas sociais nos municípios, seja de grande ou pequeno porte, depende não só da quantidade de recursos necessários para fazer frente aos compromissos assumidos, mas também da regularidade desse repasse e da capacidade técnica e gerencial para assumir a gestão.

Outro dado importante analisado foi os gastos realizados com os recursos do TFECF, neste item procuramos detectar se os recursos provenientes do nível federal davam conta de subsidiar as ações de controle da Malária e, em que medida, os municípios apresentavam condições de apontar alguma contrapartida financeira. Desta análise constatamos que:

- 1) Os gastos em sua maioria foram realizados com as ações de controle da Malária e, em menor grau, com as ações de controle da Dengue, principalmente o pagamento dos GE;

⁸ Anterior ao processo de descentralização, a FUNASA/RO mantinha convênios com os municípios do estado. Através desses convênios, repassavam recursos financeiros para o controle da Malária. Esses recursos eram utilizados pelos municípios para a aquisição de materiais e, como contrapartida, os municípios, geralmente, se faziam responsáveis pela contratação de profissionais, principalmente microscopistas.

O estabelecimento dessa estratégia, em alguns municípios, mais estruturados contribuiu para que os gestores municipais conhecessem melhor as ações a serem desenvolvidas para o controle da malária.

- 2) A aquisição de combustível representa, nos dois municípios, a maior despesa, representando em média 71% dos gastos no município de Candeias do Jamari e 35% no município de Porto Velho;
- 3) O município de Porto Velho apresenta um gasto importante com pessoal: 26% para os AE da Dengue e 14% para gratificação de trabalhadores, e;
- 4) 19% para o pagamento de serviços de vigilância dos prédios.

Concluiu-se, então, que os recursos destinados aos municípios, provenientes do TFECED, não cobrem as despesas totais com o controle da Malária, seja no município de grande ou de pequeno porte, sendo, portanto insuficientes para implementar as ações de ECD de forma satisfatória. E, no município de maior porte, no caso de Porto Velho, embora apresente um grau de dependência federal importante, a capacidade de implementação é maior, não sendo essa a realidade do município de pequeno porte, como o município de Candeias do Jamari.

Ressalta-se, então, que os municípios de maior porte, mesmo com alto grau de dependência dos recursos federais, por apresentar melhor desenvolvimento econômico e social podem, com maior facilidade, utilizar-se dos instrumentos políticos, administrativos e técnicos para a implementação de suas ações.

6.3. Recursos Humanos

Detectou-se que, anteriormente à descentralização da ECD, existia um déficit importante de recursos humanos para a execução das ações de controle da Malária.

A possibilidade de contratação emergencial de trabalhadores, na década de 70 e 80; a lotação de trabalhadores por regionais de saúde; a distribuição destes conforme as necessidades; e o pagamento de diárias de deslocamento (indenizações) contribuíram, ao longo dos anos, para a realização de remanejamento e alocação de pessoal de forma rápida, suprimindo, em parte, o déficit de recursos humanos.

Com o processo de descentralização e a fixação desses trabalhadores nos municípios, a dificuldade de novas contratações pelo poder público federal, estadual e municipal e a inviabilidade de pagamento de diárias ou indenização para trabalhadores além do quadro da FUNASA agravaram a situação existente.

Esta variedade de formas de manutenção de RH como a criação de Grupos de Trabalho-GT, com o pagamento de gratificações sem vínculo empregatício, como o observado na sede da SESAU-RO, ou os contratos temporários e emergenciais de RH, principalmente do PACS, do PSF e da Dengue não vêm proporcionando o desenvolvimento e proliferação de experiências capazes de gerar modelos de gestão de

serviços de saúde viáveis.

Outro dado importante relacionado à organização dos serviços de controle da Malária está relacionado à histórica manutenção das ações de programação e planejamento de forma centralizada e com estrutura hierárquica rígida. Esta característica favoreceu a especialização dos níveis técnicos localizados, principalmente, na capital e nas sedes dos distritos, mantendo em nível periférico uma massa de trabalhadores que, em sua grande maioria, era de nível médio e elementar e executavam apenas atividades de campo. Alguns poucos trabalhadores, de nível médio da FUNASA ou de outras instituições, detinham conhecimentos sobre questões relacionadas ao planejamento, programação e, mais especificamente, sobre a organização das ações relacionadas à operação de campo.

Com o processo de descentralização, os trabalhadores, anteriormente, lotados nos escritórios regionais da FUNASA, foram redistribuídos e colocados à disposição dos municípios. A fixação destes nos municípios restringiu, consideravelmente, a possibilidade de deslocamentos, pois demandava negociações mais complexas com envolvimento dos diferentes atores com implementação de estratégias colaborativas e integradoras.

Essa mudança de estratégia operacional na distribuição dos RH, a ausência de ações colaborativas entre os municípios e a inexistência de uma coordenação estadual reguladora da gestão contribuiu, significativamente, para o aumento de áreas descobertas de atenção no estado.

Essas áreas e regiões descobertas são, em parte, áreas limítrofes entre municípios, onde o município responsável apresentava dificuldade de acesso geográfico e assentamentos e em outro caso são áreas de invasão de terras que, legalmente, estão proibidas de receberem a prestação de ações assistenciais.

Conforme relatórios institucionais, as atividades de microscopia e de operação de inseticida (OI) foram as que, ao longo dos anos, mais contribuíram para a manutenção de áreas descobertas (FUNASA, 2002).

No caso do município de Porto Velho, o gestor municipal estruturou a gerência de endemias a partir da disponibilização de técnicos de nível superior capacitados existentes na rede de serviços. Entretanto, no caso do município de Candeias do Jamari, por apresentar déficit importante de recursos humanos de nível superior, na tentativa de estruturação da gerência de endemias recorreu-se aos antigos inspetores. Neste caso, a falta de capacitação específica destes trabalhadores para assumir a gerência de endemias é percebida na ausência de avaliação e de planejamento.

Para tentar suprir essas deficiências, a SESAU-RO em parceria com a FUNASA-RO realizou, ao longo do ano de 2001, várias capacitações para os municípios, sendo o foco das capacitações a inserção das ações de controle da Malária na Atenção básica e a aposta estratégica da integração destas ações na rotina das equipes do PACS e PSF. Entretanto, essas capacitações foram insuficientes para contemplar um número maior de trabalhadores, principalemnte de nível superir, o que poderia contribuir

para a implementação mais abrangente dessa estratégia no estado.

Outro item importante relacionado às capacitações foi a ausência de treinamentos em áreas específicas como programação e planejamento, áreas importantes para o fortalecimento da gestão local.

Destacou-se, ainda, a importância deste componente na organização das ações de controle da Malária quando constatamos que, ao final do PIACM, em Dezembro de 2002, as questões relacionadas ao incremento de Recursos Humanos não foram nem parcialmente tocadas, nos dois anos de execução do referido plano.

Tauil (2001:1) ao dissertar sobre a Avaliação do Plano de Controle da Malária, durante a realização da 1ª Reunião de Pesquisadores em Malária no Estado de Rondônia, ressalta:

...a questão recursos humanos é o "Tendão de Aquiles" da sustentabilidade do controle da Malária... por causa disto nós vamos estar sempre com medo da sustentabilidade.

6.4. Ações estratégicas

Ressalta-se que, em ambos os municípios estudados, a principal estratégia implementada foi a de integração das ações de controle da Malária na atenção básica. E, apesar de se diferenciarem na organização da atenção, a aposta está no sucesso da inserção dessas ações na rotina de trabalho dos ACS e das equipes do PSF.

O município de Porto Velho foi piloto no estado, no que se refere à proposta de inserção das ações de controle da Dengue, Febre Amarela e Malária na atenção básica.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho realizou um ciclo de capacitações com a participação de todos os trabalhadores da rede básica de saúde envolvidos no desenvolvimento das ações de controle de endemias de controle vetorial.

A partir dessas capacitações foram organizados fluxos de atenção que se diferenciaram pela presença ou não de ACS e de equipes do PSF nas localidades.

O município de Candeias do Jamari implementou também projeto piloto, mas com enfoque de inserção das ações especificamente de controle da Malária na rotina da equipe do PSF em localidade de característica estritamente rural. Essa diferenciação está pautada na origem da proposta realizada para este município pelas instituições representadas pelo Centro de Pesquisas em Medicina Tropical (CEPEM) e o Instituto

de Pesquisas em Patologias Tropicais (IAPEPATRO), com apoio financeiro do CENEPI/FUNASA.

O principal objetivo desse projeto era estruturar ações de controle da Malária em áreas rurais e de difícil acesso, com a inserção do trabalho do ACS e de tecnologias adaptadas à região.

Ressalta-se, nas duas experiências vivenciadas pelos municípios, a importância da participação financeira do nível federal na concretização desses projetos. No município de Porto Velho, os recursos foram repassados pelo PIACM; e no município de Candeias do Jamari pelo convênio com o CENEPI/FUNASA/MS.

Embora os municípios apresentassem propostas diferenciadas de organização e de prestação de ações de controle na rede básica de saúde, enfrentaram às mesmas dificuldades de implementação e os mesmos pontos de estrangulamento, analisados a seguir:

- 1) Existência de diferença salarial importante entre os trabalhadores que executam ações de controle.*

Detecta-se que, apesar da proposta de integração das ações de controle de endemias na atenção básica de saúde, no que se refere a regularizar as gritantes disparidades salariais existentes entre os trabalhadores, nada foi proposto até o momento para solucionar tal situação.

Estas diferenças têm contribuído para a existência de uma certa animosidade entre os trabalhadores e a resistência, principalmente, dos ACS, de executarem tais ações, tendo em vista, serem eles os que recebem os menores salários.

Esta situação foi constatada, tanto no município de Porto Velho como no de Candeias do Jamari. E, embora o Ministério da Saúde tenha acenado com a edição da Portaria Ministerial N° 50/2002, que prevê o pagamento de R\$ 20,00/ACS/mês para os que estejam desenvolvendo ações de controle da Malária. Na prática esta proposta não amenizou o quadro existente.

- 8) Falta de transporte adequado por parte dos ACS para cobrir áreas de longa distância.*

O controle das doenças endêmicas e, mais especificamente, da Malária pressupõe uma rede de prestação de atenção descentralizada. Pois, para que se logre o diagnóstico e o tratamento precoce, o acompanhamento e a execução de ações de controle vetorial adequado, a rede que presta atenção precisa estar o mais próximo possível da comunidade atingida.

As características da região amazônica, de existência de grandes extensões

territoriais, áreas de difícil acesso e a transmissão vetorial apontam, também, para a necessidade de deslocamento de trabalhadores em curto espaço de tempo.

Os trabalhadores da FUNASA que anteriormente realizavam as ações de busca ativa de casos febris tinham, em sua grande maioria, transporte garantido como motos, barcos e carros para a execução das ações de controle da Malária.

A proposta de inserção destas ações na rede básica de saúde e a aposta na organização dos serviços através do PACS e da equipe da PSF não foi acompanhada de disponibilidade de transporte adequado, sendo que os ACS contam, em alguns casos, apenas com bicicletas, o que impediu que esses trabalhadores cobrissem as áreas de maneira satisfatória.

9) Dificuldade dos municípios, principalmente, de maior porte, como o município de Porto Velho de expandir a cobertura do PACS/PSF, logrando o impacto das ações.

Segundo os resultados da pesquisa “Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos” o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena capacidade instalada, apesar de apresentar três grandes grupos de problemas: os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde; aspectos afetos à inserção e desenvolvimento de recursos humanos; e, o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF. Além disso, menciona-se a dificuldade de garantia da integralidade considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde (SCOREL et al, 2002:17).

Entretanto, relata que a implementação é potencialmente agravada nas grandes cidades e metrópoles, considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, existência de agravos de saúde característicos dos grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, com predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda, de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno (SCOREL et al, 2002:19).

Essa expansão da cobertura tem como uma de suas principais limitações a insuficiência dos Tetos Financeiros municipais, pois:

As faixas de financiamento do MS, segundo cobertura municipal do PSF, não são adequadas para grandes centros urbanos em que a quantidade de ESF (e os recursos financeiros para tal) deve ser extremamente elevada par atingir os patamares de cobertura preconizados (SCOREL et al, 2002: 213).

Esta problemática é agravada na região norte, onde os salários pagos aos trabalhadores pertencentes às equipes, principalmente os trabalhadores médicos, extrapola os recursos recebidos do incentivo dado aos municípios para implementação do PACS e PSF, segundo a mesma pesquisa.

Principais avanços e dificuldades relatados pelos municípios para implementar o processo de descentralização das ações de controle da Malária:

Principais dificuldades:

- 1) No primeiro momento, dificuldade de manutenção das ações de controle da Malária, tendo em vista a interrupção dos recursos financeiros;
- 10) Dificuldade de adaptação da equipe da SEMUSA-PVH às novas ações gerenciais;
- 11) Insuficiência de recursos humanos em quantidade e capacitação;
- 12) Falta de parâmetros para a programação das ações de controle como: quantitativo de recursos humanos necessários para a composição das equipes, quantitativo de laboratórios/habitante);
- 13) Dificuldade de integração com a SESAU-RO;
- 14) Fragmentação da gerência de endemias, existindo uma gerência de epidemiologia e uma de controle de vetores; refletida, também, na fragmentação dos sistemas de informação.

Principais Vantagens:

- 1) Maior autonomia e conhecimentos do gestor estadual da problemática endemias;
- 2) Envolvimento de outros trabalhadores no controle da Malária e Dengue;
- 3) Organização dos serviços de saúde, a partir da concepção do envolvimento dos trabalhadores na vigilância a saúde, contrapondo-se ao modelo atual individualista e fragmentado.

CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Brasileira de 1988 ao deslocar o poder aos municípios pela descentralização, lhes concedeu autonomia para exercitar sua maior competência, organizar o subsistema de saúde de acordo com as especificidades locais, respeitados os seus demais postulados e assumir a responsabilidade de prestar serviços de atendimento à saúde da população (Cotta et al, 1998).

Carvalho & Santos (1995) referem que em um Estado federativo a inclusão dos municípios entre os membros da federação significa a valorização do poder local. Os municípios possuem autonomia para elaborar e colocar em vigor suas leis municipais, não necessitando da aprovação das hierarquias superiores. Esses têm competência para suplementar as normas federais ou estaduais, no que diz respeito à atividade administrativa municipal.

Rinaldi et al (1997) ao consultarem a legislação do setor saúde, especificamente as Leis Orgânicas de Saúde n° 8080/90, 8142/90 (MS, 1990), questionam a real autonomia concedida aos municípios. Para os autores as Leis Orgânicas desrespeitam os preceitos constitucionais e violam a autonomia estadual e municipal, impondo um conjunto de regras de cunho centralizador.

No caso da descentralização da ECD e, mais especificamente, das ações de controle da Malária no estado de Rondônia, deu-se em um momento político e institucional de baixa capacidade de implementação e governabilidade do nível estadual, ou seja, de baixa capacidade autonômica. Somado a isto, o modelo de descentralização implementado pelo nível federal, de rápida certificação dos municípios, independentemente das diferentes características de cada um deles favoreceu uma implementação incipiente e desorganizada.

Isto, em parte, se deve a forma como foi conduzido o processo pela Comissão Intergestora Bipartite, onde esta não constitui um instrumento de construção de intergestão essencial a formação dos sistemas municipais. Pois, por se apresentar como um foro permanente de negociação, planejamento e decisão governamental, deveria ter adequado as normas nacionais de descentralização às condições específicas de cada município.

Segundo Viana et al (2002), a possibilidade das Comissões Intergestoras serem responsáveis pela partilha de gestão entre os estados, possibilitam a geração dos mais variados tipos e modelos de gestão e partilha, favorecendo graus variados de poder de interferência do gestor municipal, nem sempre associado à condição de habilitação ou gestão prevista nas Normas operacionais.

Este processo gerou vários obstáculos nos sistemas locais de saúde estudados, dificultando a articulação da estrutura e recursos existentes para a viabilização de uma implementação sustentável, seja no nível estadual ou municipal. Ou seja, não propiciou as condições como refere Arretche (2000), destes se adaptarem às novas regras e de buscarem novos instrumentos de planejamento e de gerência que permitissem a identificação dos problemas a serem enfrentados. Isto gerou, no primeiro momento, desorganização na prestação das ações de controle da Malária no

estado, tendo como resultado, o aumento de casos de Malária por *P. Falciparum* e incremento de casos de Malária urbana.

Independentemente do porte municipal, os problemas enfrentados pelos gestores locais, em menor ou maior grau, estão relacionados à insuficiência:

- 1) De recursos financeiros para implementar as ações, principalmente de campo;
- 2) De recursos humanos em quantidade e com capacitação especificamente em planejamento, gestão e avaliação das ações de controle das doenças endêmicas.

Em relação ao financiamento, o montante de recursos disponibilizados para a ECD, a partir do TFECD, comparativamente ao montante de recursos disponibilizados nos últimos 10 anos para o controle da Malária encontra-se muito aquém do necessário para fazer frente às reais necessidades do setor. Aontando a necessidade de estudos de custo que demonstrem as reais necessidades financeiras para o controle da Malária e das doenças endêmicas.

Pérez (2003) refere que os programas de Saúde Pública são, por definição, uma responsabilidade indelegável de todas as autoridades sanitárias e devem ser compartilhados na execução e financiamento com os níveis subnacionais do aparato estatal. E a descentralização obriga o governo nacional a redesenhar as suas transferências intergovernamentais, dando condições para que os níveis locais possam financiar suas ações e, adicionalmente, gerarem novos recursos, ampliando desta forma a cobertura assistencial. Ressalta ainda o autor que a multiplicidade de fontes de recursos pode garantir uma maior estabilidade financeira setorial, minimizando as variações negativas que possam vir a ocorrer.

No caso da descentralização da ECD observou-se que o compartilhamento (co-responsabilização) entre os níveis subnacionais não ocorreu de forma equilibrada. O nível estadual não destinou ao controle da Malária nenhuma contrapartida financeira. E, no que tange aos municípios, estes vem paulatinamente investindo recursos que giram em torno de 10-80% do Teto Financeiro Municipal da ECD, no município de grande porte, e em torno de 26% no de pequeno porte. Conclui-se, então, que os municípios vêm assumindo a maior responsabilidade com as ações de controle da Malária que o nível estadual.

Couto e Silva apud Viana et all (2002) , refere que, a incapacidade do processo de manutenção decorre da fragilidade da base de sustentacao fiscal dos estados da descentralização. Dessa forma como refere os autores, *frusta-se a proposta de descentralização.*

Viana et all (2002) ressalta que em análise recentes o pcesso de descentralizacao, a partir de exemplos setoriais, demonstram a ausencia de avaliacoes das diferentes capacidades, financeira e administrativa dos municipios, capazes de suportar e

absover novas atribuicoes gestoras. Afirma ainda os autores que nao há um modelo único de descentralizacao, pois as inúmeras desigualdades regionais e locais geram resultados muito diferenciados.

Segundo ainda estes autores nao há condicoes de que as políticas de descentralizacao no setor saúde desencadeiem um circulo virtuoso, pois sabe-se que as partilhas regionais e locais giram em torno de recursos reconhecidamente escassos. Portanto, a federacao nao poderá prescindir de poderosos recursos reguladores, que devem contemplar estratégias, instrumentos e mecanismos claros de *accountability* (Viana et all, 2002).

Portanto, o governo federal deve buscar maior aporte de recursos financeiros para o estado e para os municípios da região amazônica, dando condições para que estes implementem as políticas de controle de doenças de forma eficaz e sustentável.

Ainda no que se refere ao componente financiamento, outra questão importante é a redistribuição dos recursos entre os municípios. Os critérios utilizados para a distribuição dos recursos do TFEC, através de área geográfica, população e porte municipal, tornaram-se fatores limitantes para a implementação da descentralização, pois privilegiaram os municípios de grande porte em detrimento dos pequenos, que coincidentemente, no estado de Rondônia, são os que estão localizados em áreas longínquas, de difícil acesso e com potencial malarígeno importante.

Entretanto, há a necessidade de se pensar indicadores ou critérios que dêem conta de medir ou representar, de forma coerente, as diferentes especificidades referentes à infra-estrutura ou capacidade física instalada e ao perfil epidemiológico de cada município. Como sugestão, poderiam ser listados:

- 1) Capacidade física instalada: % de equipes do PSF implantadas e executando ações de controle da Malária; % de laboratórios de diagnóstico existentes em relação à população existente; % de UBS que realizam ações de diagnóstico e tratamento da Malária; % de laboratórios/ habitantes existentes na zona rural e urbana, em funcionamento. % de cobertura do PACS/PSF no município.
- 2) Indicadores de resultados: Incidência parasitária anual (IPA) em relação à população.
- 3) Indicadores de processo: % de casos de Malária diagnosticados pelo ACS; Percentual de diagnóstico realizado em até 24 após a coleta da lâmina; Percentual de tratamento iniciado em até 24 após a coleta da lâmina; Percentual de portadores de plasmódio, assintomáticos, em relação ao total de exames positivos realizados; Percentual de lâminas de verificação de cura (LVC), em relação ao total de exames positivos realizados; % de LVC negativas no 14º dia de tratamento.

Alguns dos indicadores acima descritos fazem parte dos que foram propostos na Conferência de Amsterdã (1992), compõem o Plano de Metas e o Plano de Gestão do estado de Rondônia e são de fácil acesso, pois são gerados pelos sistemas de informação da Malária (SISMAL), Sistema de Informação da Vigilância

Epidemiológica (SIVEP), e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) podendo ser utilizados como parte dos critérios para a redistribuição de recursos financeiros entre os municípios do estado.

Em relação ao componente Recursos Humanos, constata-se que este representa, também, um fator limitante para a implementação das ações de controle das doenças endêmicas na região seja: 1) pelo número insuficiente de trabalhadores envolvidos nas ações de controle da Malária, tanto no nível estadual como municipal; 2) pelos diferentes tipos e modelos de contratação existentes e: 3) número reduzido de trabalhadores capacitados em planejamento e avaliação, principalmente nos municípios de pequeno porte.

Na perspectiva de solucionar tal problemática, os municípios vêm implementando ações estratégicas de inserção das ações de controle de doenças nas atividades desenvolvidas pelos ACS e equipes do PSF.

Entretanto, observou-se que apesar dos gestores estaduais e municipais na perspectiva de viabilizar a operacionalização dos serviços de saúde, tanto na organização da prestação de serviços como na disponibilização de meios para sua execução, estas não implicam na adoção de um modelo sistematizado de gestão. Pois, as demandas do sistema de saúde e o reordenamento da gestão não foram acompanhados, no nível federal, de reformas nos modelos da relação fiscalização (ou regulação) do Estado, relacionadas as adequação das legislações que disciplinassem tais estratégias. Assim, apesar destas estratégias refletirem a concepção de mudança do modelo de atenção vigente, de outro, representa a única opção de otimização dos recursos humanos existentes e de minimização dos efeitos negativos do déficit de trabalhadores.

Conclui-se assim que a descentralização da gestão da saúde no Brasil, instituída através do processo de municipalização, não pode se basear somente na transferência legal e material dos serviços de saúde ao município, e nem na transferência de recursos financeiros. Mas, deve propiciar para os diferentes antes governamentais soluções aos problemas detectados favorecendo o exercício do poder e os meios necessários para que estes possam implementar processos de descentralização compatíveis com a realidade local.

.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALNWICK, D. *Meeting the malaria challenge*. Roll Back Malaria. Africa health supplement on malaria, september 2001. Disponível na internet via www.who.mosquito <<http://www.who.mosquito>> [arquivo capturado em 27/102001].

ALVES, F.P. *Epidemiologia da Malária em populações nativas da Amazônia Brasileira: a ocorrência de infecções assintomáticas*/Fabiana Piovesan Alves. Tese Apresentada ao

Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo. Departamento de Parasitologia, São Paulo, 2002.

ARREDONDO, A. & PARADA, I. Health financing changes in the context of health care decentralization: the case of three Latin American countries. *Revista Saúde Pública*, vol. 34 n.º 6, October, 1998.

ARRETCHE, M.T.S. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro/São Paulo: *REVAN/FAPESP*, 2000.

BARATA, R. *Malária e seu controle*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

BASTOS, N.C.B. *SESP/FSESP:1942- Evolução Histórica- 1991*. 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

BOBBIO, N. Dicionário de Políticas/Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Ginafranco Pasquino; tradução Carmen C. Varriale..(et al.); coordenação da tradução João Ferreira_ revisão geral João Ferreira e Luiz Guerreiro Pinto Caiscais.- 5ª ed./ Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1993, p. 330-335.

BRUCE-CHWATT, L. J. *Essential malariology*. London: heinemann medical. Books, 1980, p.1-10.

CAMARGO, L. M.; NORONHA, E.; SALCEDO, J.M.; DUTRA, A. P.; KRIEGER, H.; PEREIRA DA SILVA, L.H. The epidemiology of malaria in Rondônia (Western Amazon region, Brazil): study of riverine population. *Acta trop.* v 72, p.1-11,1999.

CAMARGO, L.M. e COLBS. A rural community in a Brazilian Western Amazonian region: Some Demographic and Epidemiological Patterns. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*. Vol.97, n 2, Rio de Janeiro, Março, 2002.

CAMARGO, L.M.; DAL COLLETO, G.M.D.; FERREIRA, M. U.; GURGEL, S.M.; ESCOBAR, A. L.; MARQUES, A.; KRIEGER, H.; CAMARGO, E.P.; PEREIRA DA SILVA, L.H. Hypoendemic malaria in Rondônia/Brasil (Western Amazon region): Seasonal variation and risk Groups in an urban locality. *Am. J. Med. Hyg.*, 55(1) 1996, p 32-38.

CAMARGO, L.M.; FERREIRA, M.U.; KRIEGER, H.; DE CAMARGO, E. P.; DA SILVA, L.P. Unstable hypoendemic malaria in Rondônia (Western Amazon region, Brazil): epidemic outbreaks and work-associated incidence in an agro-industrial rural settlement. *Am. J. Med. Hyg.* 55(1), p.16-25, 1994.

CAMPOS, GWS. Subordinação da saúde pública à dinâmica da acumulação capitalista, ou breve história do “Ocaso” da saúde pública. IN: *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec. 1991pp.37-54.

CENTRO DE PESQUISAS EM MEDICINA TROPICAL. I Curso de sensibilização e integração de Ações de Controle da Malária no município de Candeias do Jamari-RO. 10-12 de junho, Candeias do Jamari, 2002.

COMPANHIA DA ERRADICAÇÃO DA MALÁRIA. *Manual de Malária para inspetores*. 72 p. Brasília, [1970].

CRUZ, O. G. *Considerações gerais sobre as condições sanitárias do Rio Madeira*. Rio de Janeiro:1910. (Report for the Madeira-Mamoré Railway Company).

DA SILVA, S.F. Entrevista com o Secretário de Saúde de Londrina (PR), Sílvio Fernandes da Silva, sobre questões de implantação do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2002, vol.7, no.3 [cited 20 November 2004], p.549-553. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

DEANE, L. M. CAUSEY, ° R.; DEANE, M.P. Notas sobre a distribuição e a Biologia dos Anofelinos das regiões Nordeste e Amazônica do Brasil. *Rev. Serv. Esp. de Saúde Pública*, v.1, p. 827-965, 1948.

DEANE, L.M. Malária studies and control in Brazil. *Am. J. trop. Med. Hyg.* , v. 38, p. 223-230, 1988.

_____. Malária vectors in Brazil. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, v.81, p. 5-14, 1986.

DESLANDES, S; NETO, O.C; GOMES, R *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1994.

ESCOBAR, A.L. *Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise* / Ana Lúcia Escobar. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1994.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H., SENNA, R.M.C.M. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*. Síntese dos principais resultados. Ministério da saúde. Brasília:Ministério da Saúde, Departamento de Atenção básica, 2002, 228 p.

FERRARONI, J. J. ; HEYS, J. Aspectos epidemiológicos da Malária no Amazonas. *Acta Amazonia*, v. 9, p. 471-179, 1979.

FIGUEIREDO, M.F. & FIGUEIREDO, A.M.C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Análise e Conjuntura*, Belo Horizonte, v.1, n.3, p. 107-127, 1986.

FUNASA. *Amazonas reduz casos de Malária em 79,32%*. Disponível na internet via <<http://www.funasa.gov.br>> [arquivo capturado em 02/08/2001d].

_____. *Avaliação de um ano de Plano de Controle da Malária*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

_____. *Dengue: Instruções para pessoal de combate ao vetor : Manual de Normas Técnicas*. 3ª ed.,. Brasília, Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 2001a.

_____. *Descentralização completa dois anos com sucesso*. Notícias Brasil. FUNASA, Brasília, p. 6, 25 .000 exemplares.2002.

_____. *FUNASA lança Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária*. Disponível via internet [funasa.gov.br/not/not379.htm](http://www.funasa.gov.br/not/not379.htm). [arquivo capturado em 21 de janeiro de 2003].

_____. *Instrução Normativa N.º 005/13/09/2000. Consolida os valores dos recursos federais e das contrapartidas de estados e municípios destinados ao teto financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD*. Brasília: FUNASA/MS, 2000.

_____. *Plano de controle da Malária reduz casos*. Notícias Brasil. Funasa, Brasília, p. 8, 25 .000 exemplares.2002a.

_____. *Plano de intensificação das ações de controle da Malária nos estados da Amazônia legal*. Brasília: Fundação Nacional de saúde, 73p. 2000a.

_____. *Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia legal*. Disponível na internet via [funasa.gov.br/noticias](http://www.funasa.gov.br/noticias) [arquivo capturado em 21/09/2001b].

_____. *Portaria Ministerial N.º 1.399 de 15/12/1999. Regulamenta a NOB-SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito federal, na área de Epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências*. Disponível na Internet via <<http://www.funasa.gov.Br/epi/ppi/ppi01.htm>>. [arquivo capturado em 05 de julho de 2001c].

_____. *Portaria N.º 950/23/12/1999. Define os valores anuais per capita e por quilometro quadrado, relativos aos recursos destinados à composição do Teto Financeiro de epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD, de cada um dos estratos previstos no art.14 da portaria GM/MS n.º 1.399/99*. Brasília: FUNASA/MS, 1999.

_____. *Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária*. Disponível na internet via www.funasa.gov.br <<http://www.funasa.gov.br>> [arquivo capturado em 10/01/2001f].

_____. *Redução da Malária é superior a 70% em alguns estados da Amazônia legal.* Disponível na internet via www.funasa.gov.br/noticias <<http://www.funasa.gov.br/noticias>> [arquivo capturado em 22/09/2002b]

_____. *Saúde: estabelece novas estratégias para o controle de doenças.* Disponível na Internet via <http://www.funasa.gov.Br/not/not_descentralização/desc-bra.htm> [arquivo capturado em 21 de setembro de 2001e].

FUNDAÇÃO DE APOIO AS PESQUISAS DE SÃO PAULO. *Da Malária às doenças emergentes: Cientistas paulistas fazem de Rondônia um posto avançado para pesquisas com alto impacto social.* (autor Marcos Pivetta). FAPESP/SP, Março, 2002, p. 39

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA/DISTRITO SANITÁRIO DE PORTO VELHO. *Relação geral dos Trabalhadores lotados no 1º Distrito Sanitário.* Porto Velho, 1999.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA/DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL EM SAÚDE. *Relatório sobre a situação atual da Malária em porto Velho na área ribeirinha.* Porto Velho, 2001.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA. *Quadro para caracterização de insalubridade e ou periculosidade.* Candeias do Jamari. 2001.

_____. *Relatório de supervisão de controle da Malária no município de Porto Velho.* Porto Velho. Março, 2002.

_____. *Tópicos sobre o programa de Malária no Brasil. resumo.* Brasília, p. 01-11, 2000a.

_____. *Total de trabalhadores por cargo e emprego em uma situação funcional.* Sistema de Informação Administrativo e Pessoal. Janeiro, 2002b.

_____. *Quantitativo de trabalhadores ativos, aposentados, cedidos, instituidores de pensão, nomeados para cargo, requisitados e conveniados referentes a Janeiro de 2003.* CORE/FUNASA-RO, Porto Velho, Janeiro, 2003.

_____. *Total de trabalhadores por cargo emprego em uma situação funcional.* Sistema de Informação Administrativo de pessoal. Janeiro, 2003a.

_____. *Quantitativo de trabalhadores ativos, aposentados, cedidos, instituidores de pensão, nomeados para cargo, requisitados e conveniados.* Janeiro, 2003b.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA. *Perspectiva de Organização de Serviços em Porto Velho a partir das ações de controle da Malária*. [Apresentado como produto do Curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde. Disciplina Modelos de Atenção à Saúde] Porto Velho, 2002

GAWRYSSWSKI, V. A Integração possível entre o processo de descentralização, a autonomia dos serviços e a participação popular: Relato de Experiência. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 7(1), jan/mar. 1991, p.17-25.

GAWRYSSWSKI, V. Reorganização dos Serviços de Saúde: Algumas considerações acerca da Relação entre a Descentralização, Autonomia Local e Participação do Cidadão. IN: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 9(2), abr/jun. , 1993, p.210-215.

GERSCHMAN, S. & VIANA, M. L. W. *Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de noventa*. Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.2, 2001.

HARTZ, Z. M. A (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 4, n.2, p.341-353, 1999.

HEYS, J. Dinamica estacional de uma população de Anopheles darlingi, numa área endêmica de Malária no Amazonas. *Acta Amazonia*, v. 9, p. 78-86, 1979.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio/), 1999, *Indicadores e Dados Básicos –Brasil*, [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

IBGE. Censo demográfico 2000. *Estimativas das populações residentes em 01.07.2002*. Segundo os municípios. Porto Velho, 2002a.

_____. *População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo as grandes regiões e a Brasil*. Disponível na internet via www.ibge.gov.br. [arquivo capturado em 11 de novembro de 2002].

JUNQUEIRA, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: *Ciências Sociais & Saúde* (A. M. CANESQUI, Org), p.173-204, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.269-291.

LOPES, E.S.A. *Colonização Agrícola em Rondônia: a relação parceleiro - agregado como manifestação de resistência à expropriação*.1983. Dissertação (Mestrado em Técnicas

Agrícolas), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983.

MARQUEZ, AC. Human migration and the spread of malaria in Brasil. *Parasitology Today*, 3(6): 166-170, 1987.

MARTINE, G. Rondônia and the fate of small producers. In D. Goodman; A. Hall (Eds), *The future of Amazônia: Destruction or sustainable Development?* London: The Macmillan Press, 1990. p. 23-48.

Mc GREGOR, I.A. & WILSON, R.J.M. Specific immunity acquired. In: (ED) IA Mc Gregor & Wernsdorfer, *Malaria, Principles and Paratice of malariology*. Churchill & Livingstone, London, vol I, cap 20, 1988.

MELLO, DL. Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu Papel. IN: *Revista de Administração Pública*. 25(4), 1991, pp.199-217.

MENDES, E. V. (Org). *Distrito Sanitário: Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias Do Sistema Único de Saúde*. 4 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

MENDES, EV. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a Conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. IN: *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (Mendes, E.V., org.). São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO. São Paulo- Rio de Janeiro, 1994, cap.1, pp.11-92.

MENDES, EV. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. IN: *Uma agenda para a saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec ABRASCO, 1996, pp. 57-98.

MILLS, A. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general IN: *Descentralizacion de los sistemas de salud - Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Editado por Anne Mills et al. Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra, 1990, p.11-46.

MENDES, E. V.. A Construção da Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. In: *A Vigilância no Distrito Sanitário*. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde - OPS). 1993, Pp. 7-19

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: *A Organização da Saúde no Nível Local*. (E. V. Mendes, org.), 1998, pp 17-53, São Paulo: Editora Hucitec

MENY, Ives. *Politique comparée*. Les démocraties Allemagne, États-Unis, France, Grand-Bretagne, Italie. Ed. 5^a. Paris: Monchrestien, pp. 111-40, 1996.

MENY, Y. & THOENIG, J.C. *Las Políticas Públicas*. Version española a cargo de Francisco Morata. Editorial Ariel, S. A Barcelona, 1996.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. PSF: *Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. 2001.

MINISTÉRIO DA REFORMA E DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO. INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. DIRETORIA DE CADASTRO E INFORMÁTICA. *Evolução da estrutura agrária do Brasil*. 125p, Brasília, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8^a CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Grandes endemias*. Documento final do seminário: Controle das grandes endemias nas Ações Integradas de Saúde. Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. *O perfil dos médicos e nefreiros do Programa de Saúde de Família*. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, 1996.

_____. Informe da Atenção básica. *Manual de controle da Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde. Agosto, 2000.

_____. *Certificação dos estados e municípios - ECD. Quantitativo de municípios certificados*. Disponível na Internet via <<http://w3.saúde.ov.Br/cit/st/certifica%E7%E3o.htm>>. [arquivo capturado em 15 de outubro de 2001].

_____. *Certificação dos estados e municípios na ECD*. Disponível na Internet via <<http://saude.gov.br/cit/st/>> [arquivo capturado em 15 de outubro de 2001a].

_____. *Norma Operacional Básica 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília, 1996. Avaliação de um ano do Plano de Controle da Malária. Disponível na Internet via <<http://www.funasa.gov.Br/not/not167.htm>>. [arquivo capturado em 21 de setembro de 2001b].

_____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/Instrução Normativa*: regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do Distrito federal em conformidade com as novas condições de gestão, criadas, pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Portaria Nº 548, 12 de Abril de 2001. D. O. de 16 de Abril de 2001. Disponível na Internet via <<http://saúde.gov.br/mweb/PORTARIAS/pot2001/GM/GM-548.htm>> e <<http://www.w3.saúde.gov.Br/mweb/PORTARIAS/pot2001/GM/GM-548.html>>. [arquivos capturados em 13 de agosto de 2001d].

_____. *Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de regionalização/ PDR e, o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constante da Norma Operacional da Assistência - NOAS /SUS-01/2001*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde, 2001e.

_____. Transferências efetuadas por competência. *Resumo Fundo Municipal. Candeias do Jamari, Rondônia*. Disponível na Internet via <<http://www.saude.gov.br>> [arquivo capturado em 03 de agosto de 2002.]

_____. Transferências efetuadas por competência. *Resumo Fundo Estadual de Saúde de Rondônia*. Disponível na Internet via <<http://funasa.gov.br/noticias>> [arquivo capturado em 11/ 02/2003.]

_____. OPAS. Subsídios para discussão sobre “Federalismo e saúde”: *O papel das três esferas de governo no Sistema Único de Saúde*. Seminário promovido pela SAS/MS e OPAS. Brasília, 2002. Disponível na internet via www.opas.sss.sala <<http://www.opas.sss.sala>>. [arquivo capturado em 26/06/2003].

OPAS. *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. O processo de descentralização da saúde no Brasil. Documento analítico (versão preliminar). Consultor Flávio A. de Andrade. Brasília. 2002.

OPAS 1999. *Descentralizacion de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra. 1999, 162p.

OPAS/ MS. *Cooperação Técnica, Ministério da Saúde, Organização Pan -Americana de Saúde, Governo do Estado de Rondônia*: Relatório Final/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2002, .100p.

NORONHA, JC & LEVCOVITZ, E, 1994. AIS - SUDS - SUS Os caminhos de direito a saúde. IN: *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. (Guimarães, R. & Tavares, R. org.). Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, pp. 73-111.

PAHO/OMS. *Análise de custo-efetividade do projeto de controle da Malária na bacia amazônica (PCMAN)*: Relatório final/Dariush Akhavan, Brasília: OPAS, 1997, 85 p.

_____. *Iniciativa “Hacer retroceder La Malária”*. En La region de la selva tropical de América Del Sur”. Cartagena, Colômbia. Agosto. OPS/HCP/HCT/190/01, 2000.

_____. *Situação Atual da Malária*. 126ª Sessão do Comitê Executivo. Wasghinton-Dc., 26-30 junho, 2000a.

PEREIRA DA SILVA, L.H. & ENGRACIA, V. O desafio da Malária; o caso brasileiro e o que se pode esperar dos progressos da era genômica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 49-63, 2001.

PÉREZ, I.J. *Tendências en la reorganizacion de los sistemas de salud*. Documento disponível na internet via <<http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v4n1/v4n1e2.htm>> [arquivo capturado em 26/06/2003].

PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: Limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(1): 49-63, 2002.

PINTO, E.P. *Rondônia, evolução histórica: criação do território federal do Guaporé, ator de integração nacional*. Rio de Janeiro, Expressão e Cultura, 216p., 1993.

BRASIL. EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISAS DA REGIÃO AMAZÔNIA. *The Polonoroeste Program*. Disponível na internet via <<http://cnpm.embrapa.br/projects/machadinho/polono.html>> [arquivo capturado no dia 20 de fevereiro de 2003].

RBM. MALARIA IN THE NEWS. The World forgotten children. *The lancet*. Disponível na internet via <<http://inforbm.who.int>> [arquivo capturado no dia 10/01/ 2002].

RBM. THE WORLD HEALTH REPORT 1999: *Making a difference*. The challenge of malaria. Disponível na internet via www.mosquito.who.int <<http://www.mosquito.who.int>> [arquivo capturado em 27/07/ 2001].

REDE BRASIL. *O painel de inspeção do banco Mundial e o pedido de investigação sobre o PLANAFORO* (pagina 2 de 17). Rede Brasil. Disponível na internet via rbrasil.org.br/publicacoes/textos [arquivo capturado no dia 20/02/2002].

REPÚBLICA DO BRASIL *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO*. Nº 01, SECÃO 1, 25 DE MAIO DE 2001. *Descentralização da ECD no município de Porto Velho*. Brasília, Distrito Federal, p. 97, 2001.

REZENDE, F. C. Descentralização, gastos públicos e preferências alocativas dos governos locais no Brasil: (1980-1994). *Dados*, vol. 40, n. ° 3, 1997.

RINALDI, LB et al. *Qual a autonomia municipal na gestão de saúde?* DaCasa Editora, Porto Alegre, 1997, 88pp.

RONDONIAGORA. *Brasil comemora a vitória na luta contra a Malária*. Principal/Brasília, Disponível na internet via web: rondoniagora.com.br [capturado em 05/12/2002].

_____. *Rondônia é o único estado do país que teve aumento de casos de Malária*. Disponível na internet via web: <<http://rondoniagora.com/ra/noticias>> [arquivo capturado em 05 de setembro de 2002].

RONDONOTICIAS. *Ações de controle da Malária em discussão: governo Bianco quer erradicação*. Disponível na internet via www. rondonoticias.com.br [arquivo capturado em 22/06/2002].

_____. *Governo e Funasa avaliam ações de Malária em Rondônia*. Disponível na internet via <<http://www.rondonoticias.com.br>> [arquivo capturado em 22/06/2002].

_____. *Plano de Controle da Malária na Amazônia Legal é avaliado*. Disponível na internet via: <<http://www.rondonoticias.com.br>> [arquivo capturado em 22/06/2002].

_____. *Reunião da Malária a partir de hoje em PVH: Brasil reduz casos de Malária em 40%*. Disponível na internet via www. rondonoticias.com.br [arquivo capturado em 22/06/2002].

RUI-GALEGOS, M.B: *Descentralización y coordinación administrativas: dos tecnicas al servicio del interés general*. *Revista Internacional de Ciencias Administrativas* (Madrid:INAP) Volumen 57,nº 2, Junio, 1990, 11pp.

SANTOS, E.M. et ali. *Avaliação de programas aplicada ao controle de endemias*. [Apresentação no V Congresso de Epidemiologia. Curitiba: ABRASCO. Mar. de 2002].

SAWER, D. R. & SAWER, D.O. *Relatório preliminar da consultoria em demografia e sociologia*. Projeto BIRD/SUCAM de Controle da Malária na bacia Amazônica. Belo Horizonte, Fevereiro, 1988.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA. *I Reunião de Avaliação do PIACM*. Porto Velho, Rondônia, Março, 2001.

_____. *Plano de descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças do estado de Rondônia*. Rondônia: SESAU, 2000.

_____. *Reunião Estadual para discussão da PPI-ECD*. Porto Velho, Setembro, 2001.

_____. *Plano estadual de Saúde para o biênio 2002-2005*. (em fase de aprovação no Conselho Estadual de Saúde). Porto Velho, Março, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL *Atlas Geoambiental de Rondônia*. Núcleo de Sensoriamento Remoto e Climatologia. 2ª Edição. Porto Velho. 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL. *Diagnóstico Sócio Econômico-Ecológico do Estado de Rondônia e Assistência Técnica para formulação da Segunda Aproximação do Zoneamento Sócio-Econômico-Ecológico do Estado de Rondônia*. Relatório de Socioeconômico. Porto Velho, 1998.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *Ata da Comissão Intergestores Bipartite*. Porto Velho, Março, 2001.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *As medidas emergências para enfrentar a crise*. Revista Rondônia Hoje. Disponível na internet via <<http://www.rondonia.ro.gov.br/revistas/rohoje>>, [arquivo capturado em 22 de fevereiro de 2003].

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. CENTRO DE PESQUISAS EM MEDICINA TROPICAL DE RONDÔNIA. *Rede Piloto de Vigilância Epidemiológica em área de Assentamento Agrícola da Zona Rural do estado de Rondônia*. Projeto Piloto. Projeto de Cooperação técnica/ SESAUC/Candeias do Jamari, 2001.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Quadro demonstrativo dos equipamentos solicitados para intensificação das ações de controle da Malária no estado de Rondônia*. Março, 2003.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. GERENCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL. *Situação Atual da vigilância em saúde no Estado de Rondônia*. Equipes de Controle de Endemias. G. Mirim. Fronteira Brasil/Bolívia. Porto Velho. Abril. 2002.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DE RONDÔNIA. *Boletim Editorial N.º 01*. 1º semestre, 2002.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. *Malária, política planos e situação atual*. Boletim Informativo da Secretaria de Estado da saúde de Rondônia. Ano I n.º 1, p. 2-3, Porto Velho, Agosto, 2002.

_____. Os riscos assumidos pela nova administração. Revista Rondônia Hoje. Disponível na internet via

<<http://www.rondonia.ro.gov.br/revistas/ro>> [arquivo capturado em 22 de fevereiro de 2003].

_____. *Perfil do Sistema de saúde. 1998-2002.* Porto Velho, 2002.

_____. *Plano de descentralização das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças de Porto Velho.* Porto Velho, Julho, 2000.

_____. *Plano de Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Estado de Rondônia.* Comissão de Descentralização da ECD. Porto Velho, 2001.

SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. BOLETIM INFORMATIVO DA SAÚDE COLETIVA. *Descentralização de ações da FUNASA. SES-RJ.* Boletim Ano I, n.º 1, Agosto, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANDEIAS DO JAMARI. *Serviço de Operação de campo da Malária.* Setor de Planejamento Candeias do Jamari, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO. GABINETE DO SECRETÁRIO. Of. Circular n.º 006/Gab/SEMUSA. *Alteração do valor do TFECD de 60% para 100%.* Porto Velho, Março, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO. *Oficina para inserção do controle das endemias (Malária, Dengue e febre Amarela) nas ações de Atenção básica à saúde no município de Porto Velho.* Março, 2002.

_____. *Plano de descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de doenças.* Porto Velho, março, 2001.

_____. *Recursos financeiros comprometidos com o valor do teto Financeiro das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.* Porto Velho, Setembro, 2001. _____ . *Propostas inserção do controle das endemias (Malária, Dengue e febre Amarela) nas ações de atenção básica à saúde no município de Porto Velho.* Porto Velho, Março, 2002.

_____. *Propostas para redução dos casos de Malária em 40% no exercício de 2002, no município de Porto Velho.* Maio, 2002a.

—

_____. *Relatório - 1º trimestre Distrito/SEMUSA.* Porto Velho, Abril, 2002.

_____. *Relatório Técnico da área ocupada pelo MCC em Jacy-Paraná*. Porto Velho. Maio, 2002.

SILVA, L.M.V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 4, n.2, 1999, p.331-339.

SILVEIRA, A. C. *O Controle de endemias no contexto do Sistema Único de Saúde*. In: Relatório de avaliação do PCMAN/PCDEN - Divulgação de resultados. Brasília: Fundação Nacional de Saúde -FNS, 1996.

SILVEIRA, A. C.; Rezende, D. *Avaliação da estratégia global de controle integrado da Malária no Brasil*. Brasília: MS/OPAS, 2001.

SUCAM. *Manual do guarda de inseticida*. MS/SUCAM, Brasília, 1975.

_____. *Reunião dos diretores regionais da SUCAM da Amazônia Ocidental*. Manaus, Agosto, 1985.

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. COORDENADORIA REGIONAL DE RONDÔNIA. *Plano de impacto para áreas de alta transmissão de Malária no estado de Rondônia*. Rondônia, 1986.

_____. *A participação dos serviços gerais de saúde no controle das grandes endemias*. Porto Velho (~1980).

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. COORDENADORIA REGIONAL DE RONDÔNIA. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL. *Malária: execução das atividades (situação em 15/05/1985)*. SUCAM, Porto Velho, 1985.

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE ERRADICAÇÃO E CONTROLE DE ENDEMIAS. DIVISÃO DE MALÁRIA. *Plano emergencial de controle da Malária em áreas de elevada incidência da Amazônia*. Brasília/DF. Maio, 1988.

_____. *Operação: impacto de combate a Malária nos estados de Rondônia e Pará*. Brasília/DF, Outubro, 1986.

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DA MALÁRIA. DIRETORIA REGIONAL DE RONDÔNIA. *Acompanhamento semestral das disponibilidades de pessoal*. Porto Velho. 1978-1984.

_____. *Planejamento das atividades antimaláricas*. Porto Velho, Abril, 1984.

_____. *Acompanhamento semestral das disponibilidades de pessoal*. Porto Velho. 1984-1991.

TAUIL, P. L. Comments on the epidemiology and control of malaria in Brazil. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, v. 81, p. 39-41, 1986.

_____. As doenças Tropicais são para os pobres. Fala de ciência quem sabe. *Ciência, tecnologia & Meio Ambiente*. Agência Brasil, Radiobrás (entrevista; P. L. UBIRAJARA J.& RESENDE), 2002.

VIANA, A. L. *SUS*: entraves a descentralização e propostas de mudanças. In: Federalismo no Brasil, descentralização e políticas públicas (R. D.; D. Afonso; P. L. B. Silva, Org.). São Paulo: FUNDAPE, 1996, p. 269-295.

VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA, LIMA, LUCIANA DIAS DE AND OLIVEIRA, ROBERTA GONDIM DE Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, 2002, vol.7, no.3, p.493-507. ISSN 1413-8123 VIEIRA DA SILVA, L.M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 331-330, 1999.

WHO. Forum on health sector reform. *Towards na equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbelence: the case of Zambia*. Katelê kalumba. Disponível na internet via <http://www.mosquito.who.int/docs/hs97_2.htm> e <http://www.mosquito.who.int/docs/hs97_2.htm> [arquivo capturado em 27 de outubro de 2001].

ANEXOS

ANEXO 1 Roteiro de entrevista- Gestor municipal

- 1) Relate como foi o processo de negociação da certificação da ECD no seu município?
- 2) Quem participou das reuniões?
- 3) Em relação a participação na negociação e elaboração do Plano de Metas e Indicadores da ECD, quem participou? Como foi conduzido o processo no estado? Como foi a participação do município nas discussões?
- 4) Como o Sr. descreveria a situação epidemiológica da Malária atual no seu município?
- 5) Como estão organizadas as ações de operação de campo da Malária?
- 6) Existe a gerência de endemias oficialmente no organograma da secretaria?
- 7) A gerência desenvolve alguma atividade integrada com a coordenação do PACS/PSF?
- 8) Cite as principais vantagens e desvantagens na implementação da descentralização da ECD no seu município?

ANEXO 2. Questionário semi estruturado

1: coordenador/gerente de endemias ou controle de vetores

1. Identificação

1.1. Identificação pessoal

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Tipo de contrato: federal estadual municipal sem vínculo

Tempo que exerce a função: menos de 12 meses mais de 12 meses

Experiência anterior com o controle da malária:

Treinamentos específicos para assumir a gerencia/coordenação

Tipo de treinamento	Carga horária	Período	Responsável pela execução

2. Estrutura da coordenação

2.1. como está estruturada a coordenação/gerência municipal de endemias? Está criada oficialmente no organograma da secretaria municipal de saúde? Há quanto tempo?

Existe, formalmente, as ações pertinentes a esta coordenação? Se, sim especificar:

2.2. Como são planejadas as ações a serem executadas? Que atores e setores participam deste planejamento? Periodicidade?

2.3. Quais os critérios propostos para a elaboração da PPI-ECD? quem participou? Como foi a discussão junto a CIB-RO?

2.4. Quais são as principais dificuldades encontradas para colocar em prática as ações propostas?

3. Recursos Humanos

3.1. Quantos trabalhadores fazem parte da coordenação?

Função	Formação (superior/médio/elementar)	Tipo de contrato (estadual/municipal/federal/sem vínculo)

Especificar a experiência e treinamentos realizados anterior e posteriormente a descentralização:

3.2. Quantas capacitações foram proporcionadas aos trabalhadores envolvidos no controle da malária para assumir as novas funções? Quem participou? Quantos foram?

3.3. Existe alguma proposta de continuidade das capacitações? Se, sim especificar:

3.3. Existe algum problema para a capacitação e formação dos recursos Humanos envolvidos com o controle da malária? Quais são?

3.4. Como são selecionados os recursos humanos que desenvolvem ações de controle da malária? Tipo de contrato?

3.5. A SMS possui PCCS? Os trabalhadores envolvidos no controle da malária estão contemplados?

4. Supervisão e assessoria

4.1. Existe alguma proposta de supervisão das ações desenvolvidas? Como são planejadas?

4.2. Quais os principais problemas detectados quando da supervisão?

4.3. Como os problemas levantados no momento da supervisão são resolvidos?

4.4. Há alguma articulação com outros setores da SMS para o desenvolvimento das ações de supervisão e assessoria às áreas? Quem são? Como se dá esta participação?

4.5. Quais os principais pontos de estrangulamento para a execução dessa proposta?

5. Recursos Financeiros

5.1. Vc sabe qual o valor (R\$) repassado pelo nível federal, através do TFECDD para o seu município? Se não especificar porque. Se, sim partir para a pergunta 5.2.

5.2. Como este valor foi definido? Quais foram os atores sociais que participaram da negociação junto a CIB? Como foi a participação do município nessa negociação?

5.3. Como são definidos os gastos com a execução das ações de controle da ECD? Não, porque? Se, sim responder a questão 5.4.

5.4. Quais são os critérios utilizados? Quem participa desta definição?

5.5. Há alguma participação financeira do município?

Se, sim responder a questão 5.6.

Se, não porque?

5.6. Qual o valor disponibilizado pelo município?

5.7. Quais os principais gastos realizados com os recursos da ECD? Os recursos disponíveis contemplam todas as ações previstas para o controle das doenças endêmicas? (não esquecer de fazer cópia das planilhas de gasto)?

5.8. Quais os principais pontos de estrangulamento detectados neste componente?

6. Ações estratégicas

6.1. Com a descentralização da ECD, o município, implementou alguma ação diferente das realizadas pelo antigo Programa de Controle da Malária?

Se, não porque? Se, sim responder a questão 6.2.

6.2. Quais ações foram propostas?

6.3. Há alguma articulação com outros setores da SMS ou órgão? Quem São? Como se dá essa participação?

6.4. Houve algum incremento financeiro? Quem? Como se dá essa participação?

6.5. Quais são as vantagens e desvantagens desta proposta?

Anexo 3. Questionário semi estruturado:Gerente Estadual de Endemias

1. Identificação do entrevistador

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Tipo de contrato: federal estadual municipal sem vínculo

Tempo que exerce a função:

Experiência anterior com o controle da malária:

Treinamentos específicos para assumir a gerencia/coordenação

Tipo de treinamento	Carga horária	Período	Responsável pela execução

2. Estrutura da coordenação

2.1. como está estruturada a gerência de endemias? Está criada oficialmente no organograma da SES? Há quanto tempo?

Existe, formalmente, escritas as ações pertinentes a esta coordenação

Se, sim especificar:

2.2. Como são planejadas as ações a serem executadas? Que atores e setores participam deste planejamento? Periodicidade?

2.3. Quais os critérios propostos para a elaboração da PPI-ECD? quem participou? Como foi a discussão junto a CIB-RO?

2.4. quais são as dificuldades encontradas para colocar em prática as ações propostas pelo Plano Estadual de Controle de Endemias?

3. Recursos Humanos

3.1. Quantos trabalhadores fazem parte da coordenação Estadual?

Função	Formação (superior/médio/elementar)	Tipo de contrato (estadual/municipal/federal/sem vínculo)

Especificar a experiência e treinamentos realizados, anterior e posteriormente, a descentralização da ECD:

3.2. Quantas capacitações foram proporcionadas aos recursos humanos pertencentes à Coordenação Estadual para assumir as novas funções? Quem participou? Quantos foram?

3.3. Existe alguma proposta de capacitação para esses técnicos? Se, sim especificar:

3.3. Existe alguma proposta de capacitação para os RH lotados nos municípios? Se, não porque? Se sim responder a questão 3.4.

3.4. Existe algum problema para a execução dessa proposta? Quais são?

3.4. Como são selecionados os RH que desenvolvem ações de controle da malária na SES? Qual o tipo de contrato. Periodicidade.

3.5. A SES possui PCCS? Os trabalhadores envolvidos no controle da malária estão contemplados?

4. Supervisão e assessoria

4.1. Existe alguma proposta de supervisão das ações desenvolvidas? Como são planejadas?

4.2. Quais os principais problemas detectados nas supervisões?

4.3. Como os problemas levantados são resolvidos?

4.4. Há alguma articulação com outros setores da SES para o desenvolvimento das ações de supervisão e assessoria aos municípios? Quem são? Como se dá esta participação? Qual o papel dos municípios nessa supervisão?

4.5. Quais os principais pontos de estrangulamento para a execução dessa proposta?

5. Recursos Financeiros

5.1. Você sabe qual o valor (R\$) repassado pelo nível federal, através do TFECD para o Estado?

5.2. Como este valor foi definido? Quais foram os atores sociais que participaram da negociação junto a CIT? Como foi a participação do estado na negociação?

5.3. Há alguma participação financeira do Estado?

Se, sim responder a questão 5.6. Se, não porque?

1.1. Qual o valor disponibilizado pelo estado? (de 2000-2002) (Colocar em planilha específica)

Anexo 4

Tabela 14. Demonstrativo dos recursos do TFEC, Rondônia, 1999.

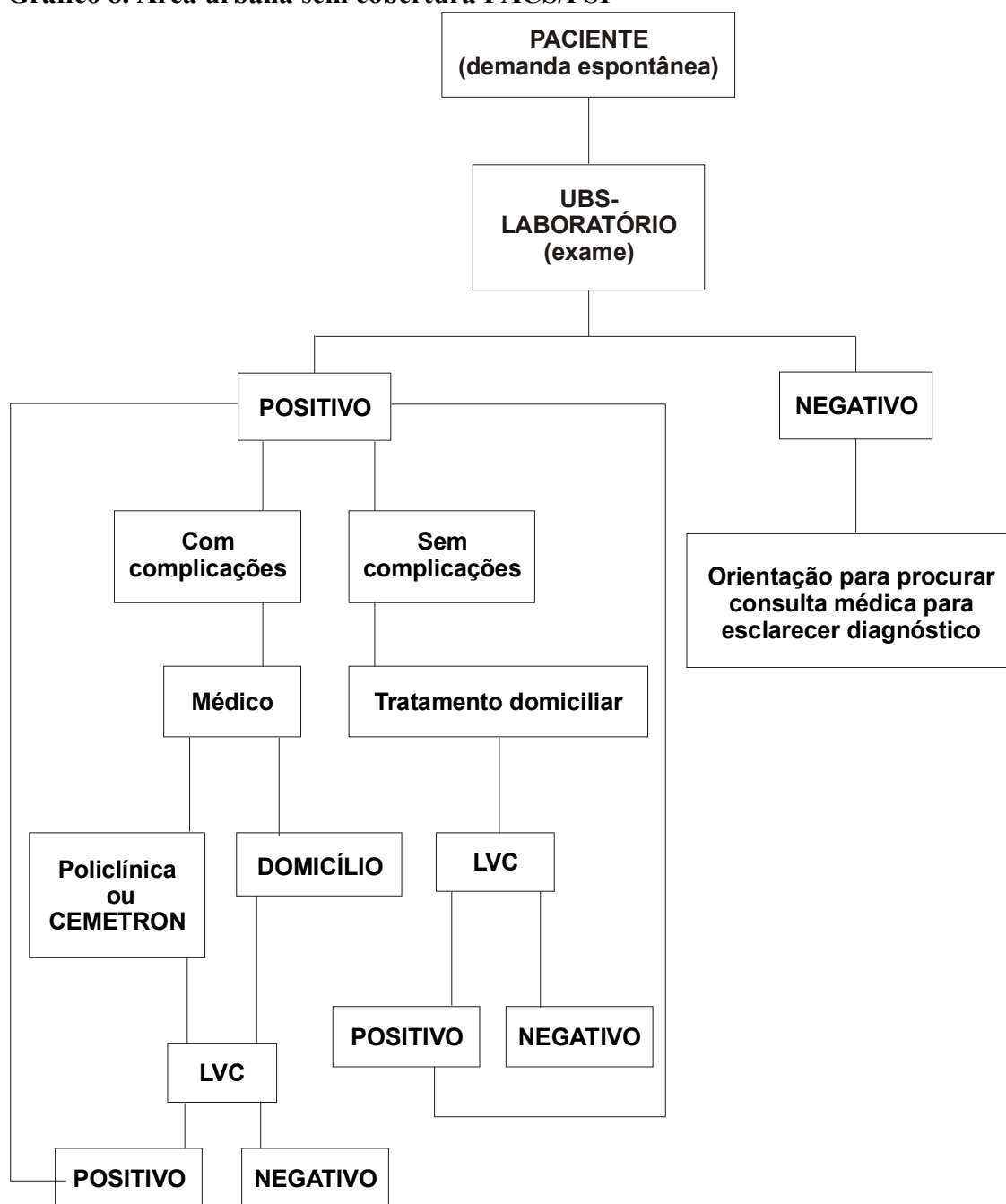
Município	Pop./99	Área	Valor/capita	Valor/área	Incent. Desc.	Total
Alta Floresta	25.025	7.111,80	102.102,00	21335,4	12012	135.449,40
Alto Alegre	9.682	3.952,70	39.502,56	11.858,10	4.647,36	56.008,02
Alto Paraíso	11.966	2.658,70	48.821,25	7.976,10	5.743,68	62.541,06
Alvorada	18.906	2.982,20	77.136,48	8.946,60	9.074,88	95.157,96
Ariquemes	73.228	4.995,30	298.770,24	14.985,90	35.149,44	348.905,58
Buritis	12.013	3.286,60	49.013,04	9.859,80	5766,24	64.639,08
Cabixi	7.809	1.530,70	31.860,72	4.592,10	3.748,32	40.201,14
Cacaulândia	5.011	2.010,40	20.444,88	6.031,20	2.405,28	28.881,36
Cacoal	75.171	3.808,40	306.697,68	11.425,20	36.082,08	354.204,96
Campo Novo	8.244	3.455,90	33.635,52	10.367,70	3.957,12	47.960,34
Candeias	13.268	6.867,60	54.133,44	20.602,80	6.368,64	81.104,88
Castanheiras	4.154	901,20	16.948,32	2.703,60	1.993,92	21.645,84
Cerejeiras	18.839	2.646,00	76.863,12	7.938,00	9.042,72	93.843,84
Chupinguaia	4.255	5.150,70	17.360,40	15.452,10	2.042,40	34.854,90
Colorada	24.040	1.442,40	98.083,20	4.327,20	11.539,20	113.949,60
Corumbiara	9.860	3.079,70	40.228,80	9.239,10	4.732,80	54.200,70
Costa Marquez	11.039	5.140,60	45.039,12	15.421,80	5.298,72	65.759,64
Cujubim	4.308	4.034,90	17.576,64	12.104,70	2.067,84	31.749,18
Espigão Do Oeste	24.676	4.523,80	100.678,08	13.571,40	11.844,48	126.093,96
G.J. Teixeira	12.042	5.091,60	49.131,36	15.274,80	5.780,16	70.186,32
Guajarámirim	39.853	25.214,00	162.600,24	75.642,00	19.129,44	257.371,68
Itapuã	5.694	3938	23.231,52	11.814,00	2.733,12	37.778,64
Jaru	47.126	2909,6	192.274,08	8.728,80	22.620,48	223.623,36
Jiparaná	93.346	6922,5	380.851,68	20.767,50	44.806,08	446.425,26
Machadinho	30.302	8556,1	123.632,16	25.668,30	14.544,96	163.845,42
M. Andreazza	10.035	875,3	40.942,80	2.625,90	4.816,80	48.385,50
Mirante Da Serra	14.100	1253,7	57.528,00	3.761,10	6.768,00	68.057,10
Monte Negro	12.213	1.413,40	49.829,04	4.240,20	5.862,24	59.931,48
N. Brasilândia	15.178	1.159,90	61.926,24	3.479,70	7.285,44	72.691,38
Nova Mamoré	17.020	10113,4	69.441,60	30340,22412,30	8.169,60	107.951,40
Nova União	6.381	804,1	26.034,48	2.500,50	3.060,88	31.509,66
N. Hrizonte	10.390	833,5	42.391,20	5.934,60	4.987,20	49.879,90
Ouro Preto	40.443	1978,2	165.007,44	7.675,80	19.412,64	190.354,68
Parecis	4.122	2558,6	16.817,76	18.774,00	1.978,56	26.472,12
Pimenta Bueno	31.710	6258	129.376,80	18.386,70	15.220,80	163.371,60
Pimenteiras	2.326	6128,9	9.490,08	102.628,50	1.116,48	28.993,26
Porto Velho	309.750	34.209,50	1.263.780,00	5.080,20	148.680,00	1.515.088,50
Pres. Médice	29.127	1693,4	118.838,16	1.846,20	13.980,96	137.899,32
Primavera	4.135	615,4	16.870,80	5.189,70	1.984,80	20.701,80
Rio Crespo	3.077	1729,9	12.554,16	4.461,90	1.476,96	19.220,82
Rolim De Moura	43.699	1487,2	178.291,92	3.563,10	20.975,52	203.729,34
Santa Luzia	10.563	1187,7	43.097,04	1.639,50	5.070,24	51.730,38
São Felipe	6.668	546,5	27.205,44	32.883,00	3.200,64	32.045,58
São Francisco	6.799	10.961,00	27.739,92	23.444,70	3.263,52	63.886,44
São Miguel	24.756	7814,9	101.004,48	10.981,80	11.882,88	136.332,06

Seringueiras	10.350	36660,6	42.228,00	1.367,40	4.968,00	58.177,80
Teixeirópolis	5.162	455,8	21.060,96	6.597,00	2.477,76	24.906,12
Theobroma	9.677	2199	39.482,16	2.549,10	4.644,96	50.724,12
Urupá	15.825	849,7	64.566,00	9.408,90	7.596,00	74.711,10
Vale Do Anari	7.681	3136,3	31.338,48	2.901,60	3.686,88	44.434,26
Vale Do Paraíso	9.330	967,2	38.066,40	34.233,60	4.478,40	45.446,40
Vilhena	46.482	11.411,12	189.646,56	715.538,40	22.311,36	246.191,52
Total	1.296.856	238.512,80	5.291.172,48	715.538,40	622.490,88	6.629.201,76

Fonte: MS/FUNASA/BSB.

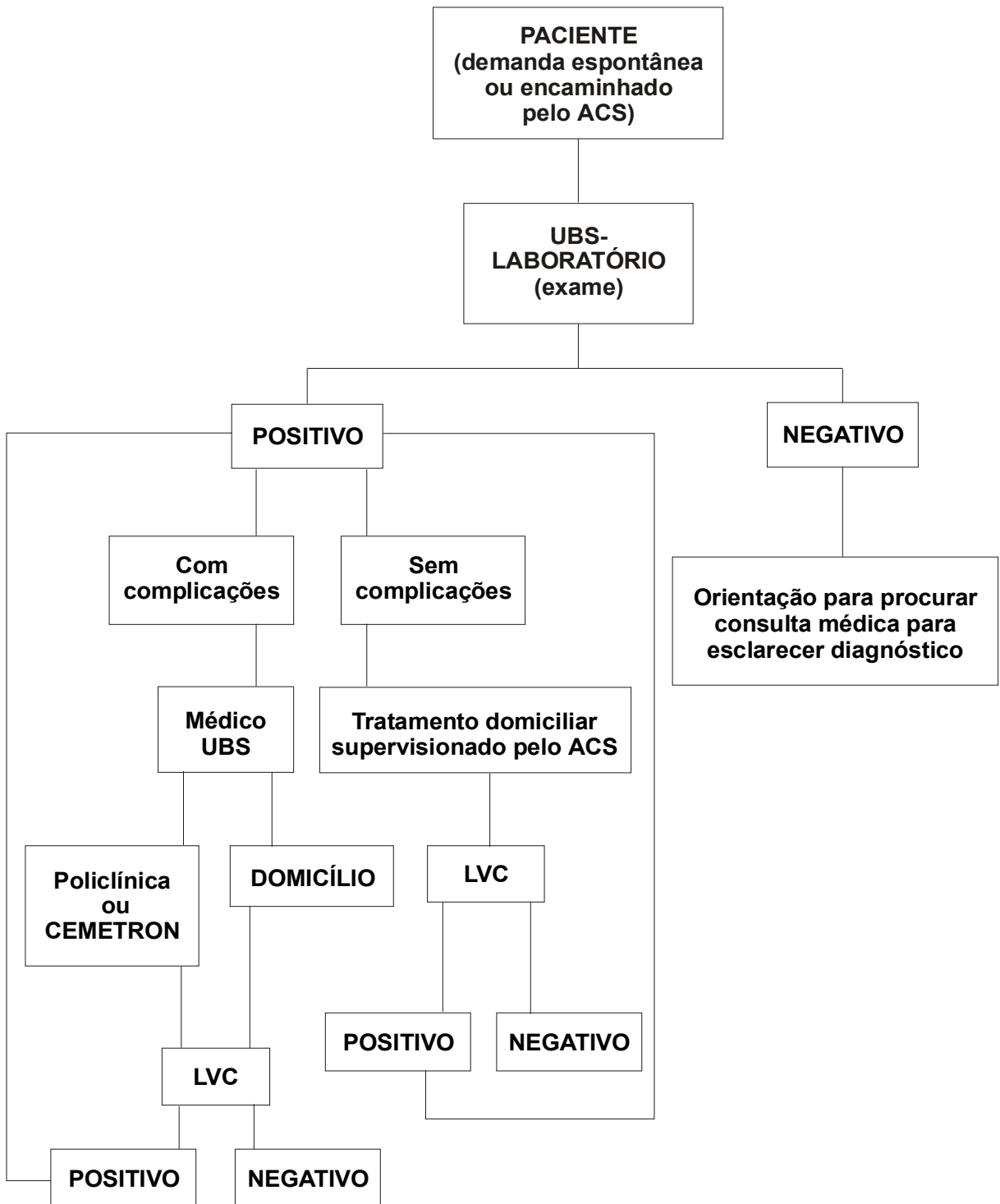
Anexo 5

Gráfico 8. Área urbana sem cobertura PACS/PSF



Anexo 6

Gráfico 9. Área urbana com cobertura PACS/PSF



Anexo 7

Gráfico 10. Área Rural com Cobertura PACS/PSF

