

RELATÓRIO TÉCNICO

ENCONTRO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE COMBATE À MALÁRIA. PORTO VELHO, RONDÔNIA, 11 A 14 DE SETEMBRO DE 1989

Secretaria de Saúde / Governo de Rondônia

Por iniciativa da Secretaria de Saúde de Rondônia e com o apoio do Ministério da Saúde reuniu-se em Porto Velho, no período de 11 a 14 de setembro de 1989, um Grupo de Trabalho, com a finalidade de analisar os fatores que concorrem para a persistência da transmissão da malária em Rondônia e sugerir a maneira de tornar mais eficaz a luta contra a referida endemia.

Participaram do Encontro:

- Ana Lúcia Escobar: SESAU/SUCAM, Porto Velho, RO.
- Aluizio Prata (Coordenador): Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG.
- Carlos Catão Prates Loyola: SEPROE/MS/SUCAM. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Dilermando Fazito de Resende: DECEN-MS/SUCAM. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Elizabeth M. do Carmo: DUCEN-/SUCAM. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Fernando Acosta: Fundação SESP, Porto Velho, RO.
- Franz Rulli Costa: SUCAM/Assessor-MS. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Hernando Cardenas Gutierrez: Assessor Regional de Malária. OPAS/OMS, Washington, USA.
- Izabel Frazão Paiva: SEDEP. SUCAM/RO, Porto Velho, RO.
- José Maria de Souza: Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- João Batista Zibetti: DNOS, Porto Velho, RO.
- Joaquim de Castro Filho: DECEN-MS/SUCAM. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Luiz Marcelo Aranha Camargo: Secretaria de Estado da Saúde da USP, São Paulo, SP.
- Mauro Shugiro Tada: Secretaria da Saúde, Porto Velho, RO.
- Marcos Antonio Monteiro Guimarães: MINTER-FUNAI, Brasília, DF.
- Mário Roberto Castellani: Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Orlando José de Souza Ramires: Ministério da Saúde, Porto Velho, RO.
- Olympio Távora Derze Corrêa: Secretário de Estado da Saúde de Rondônia, Porto Velho, RO.
- Philip Marsden: Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Rosinha Borges Dias: Pesquisadora do CNPq, Belo Horizonte, MG.
- Roraima Moreira da Rocha: SUCAM. Ministério da Saúde. Rio Branco, AC.
- Romeo Rodrigues Fialho: Ministério da Saúde, Porto Velho, RO.
- Silvana Mota Davis Lourenço: SUCAM-Ministério da Saúde, Porto Velho, RO.
- Silvio Mota Gaspar: Planejamento do Departamento de Obras e Saneamento, Rio de Janeiro, RJ.
- Silvio Rodrigues Persivo Cunha: Secretaria de Planejamento e Coordenação de Rondônia, Porto Velho, RO.
- Temistocles Sanchez (Relator): OPAS/OMS, Brasília, DF.
- Wagner Cosme Morhy Terrazas: SUCAM. Ministério da Saúde, Porto Velho, RO.

O Encontro foi inaugurado pelo Exmo. Sr. Vice-Governador do Estado, Dr. Orestes Muniz Filho, que deu boas-vindas aos participantes em nome do Exmo. Sr. Governador do Estado, Dr. Jerônimo Garcia de Santana, com a presença do Dr. Joaquim de Castro Filho, representante do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Dr. Seigo Tsuzuki, do Dr. Olympio Távora Derze Corrêa - Ilmo. Secretário de Estado da Saúde de Rondônia e demais autoridades.

Logo no início dos trabalhos o Sr. Secretário de Saúde encareceu a necessidade de que fossem estabelecidas as diretrizes que facilitassem a integração dos serviços de saúde, principalmente a Superintendência de Campanhas (SUCAM), a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a Secretaria de Saúde do Governo do Estado (SESAU) e os Serviços de Saúde Municipais e que se obtivesse um consenso para elaboração de orientações para o Controle Integrado de Malária em Rondônia.

APRESENTAÇÕES

1. MIGRAÇÕES DE RONDÔNIA

A palestra foi proferida pelo Dr. Silvio Rodrigues Persivo Cunha, que apresentou dados referentes ao número de migrantes a partir de 1975, quando se iniciou o processo de migração de vários estados da Federação para Rondônia, mostrando um incremento constante até 1976, quando se registraram

entre 150 a 160 mil pessoas. Depois deste ano o fluxo de migrantes parece ter diminuído, como pode apreciar-se pelo registro de 103.654 em 1987 e 51.950 migrantes em 1988.

Em conclusão foram destacados os seguintes fatos: 1.1 Existe dificuldade para o registro de dados devido à diminuição de funcionários, que repercutiu na qualidade da informação.

1.2 Observa-se sensível diferença entre o número e profissão de migrantes: anteriormente 70-75% eram agricultores e vinham em busca de terras. Nos últimos 3 anos esta porcentagem decresceu a 18,5%. Os migrantes atuais freqüentemente são trabalhadores urbanos que procuram emprego nas cidades e pretendem organizar negócios. No ano passado, por exemplo, 32% de migrantes ficaram na cidade de Porto Velho.

1.3 Os investimentos e o apoio do Governo Federal têm diminuído, a partir de 1984, o que coincide com o aumento de saída de migrantes de Rondônia para outros Estados.

1.4 A população migrante é composta principalmente por jovens, sendo 60% menor de 30 anos.

1.5 Mais de 50% dos migrantes têm renda normal inferior a 2 salários mínimos.

Unicamente 6 a 8% de migrantes têm instrução superior ao 2º grau de ensino. Os participantes comentaram as variações anuais e a influência do aparecimento de casos de malária em outros Estados, procedentes de Rondônia, assim como os mecanismos a serem ativados para se obter melhor controle dos migrantes.

2. SITUAÇÃO DA MALÁRIA EM RONDÔNIA

O Dr. Orlando José de Souza Ramires, informou que Rondônia, em 1971, era responsável por 7% dos casos de malária do Brasil, e, em 1988, os casos do Estado representaram 50% do total do país. Atualmente, cinco Municípios (Porto Velho, Ariquemes, Jaru, Machadinho e Costa Marques) dão origem a 70% dos casos do Estado. Informação sobre mortalidade atribuída à malária (Tabela 1). Nos seis primeiros meses de 1989 observou-se tendência decrescente no número de amostra de sangue positivos para a malária, em relação a igual período de 1988.

Período	Exames positivos	
Janeiro-Junho	Rondônia	Porto Velho
1988	140.236	37.173
1979	111.456	21.139
Diferença	28.780 (20%)	16.034 (43,1%)

Esta diminuição de casos de malária poderia ser interpretada como resultante das medidas que estão sendo implementadas atualmente. Tais medidas

traduzem o novo enfoque dado ao controle integrado de malária, o qual pode ser assim resumido:

2.1 Aplicação de medidas conforme o perfil epidemiológico local. Não se acredita que uma medida única possa traduzir impacto suficiente para controlar a malária. Além do tratamento de casos de malária, fez-se o combate ao vetor adulto com aplicação de inseticida no intradomicílio, em forma de "arrastão", complementando, quando necessário, com borrifação espacial e controle larvário.

Tabela 1 - Números de óbitos por malária, 1987-1988. Departamento de Informação e Estatística de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde.

Municípios	Anos	
	*1987	*1988
Porto Velho	64	86
Guajará Mirim	3	11
Costa Marques	6	11
Ariquemes	98	55
Jaru	30	23
Ouro Preto D'Oeste	11	23
Ji-Paraná	24	23
Presidente Médice	2	1
Cacoal	6	12
Rolim de Moura	25	13
Espigão D'Oeste	2	5
Pimenta Bueno	6	7
Vilhena	6	6
Colorado D'Oeste	1	4
Cerejeiras	7	3
Alta Floresta	6	4
Santa Luzia	-	3
Alvorada D'Oeste	6	8
Nova Brasilândia	4	1
Machadinho Oeste	**-	2
Rondônia	307	301

* Dados sujeitos a revisão

** Incluído em Ariquemes

2.2 Descentralização da análise epidemiológica da informação para tomada de decisões a nível local.

2.3 Envolvimento de outras instituições identificadas na luta contra a malária por sua ligação com o processo de transmissão.

2.4 Participação da Comunidade e divulgação das atividades realizadas pela SUCAM.

A discussão completou aspectos referentes à necessidade de se identificar a procedência dos casos descobertos: localidade de infecção e localidade de detecção. Isso é necessário para se avaliar o impacto/efetividade do inseticida aplicado e das outras medidas complementares. Assim, por exemplo, tem-se comprovado que, dos casos descobertos em Porto Velho, somente 18% são autóctones.

Muita importância vem sendo dada à pesquisa, ressaltando-se que a SUCAM deve incentivar as Universidades, para realizarem investigações sobre a dinâmica atual de transmissão da malária. Identificaram-se campos tão importantes como o estudo econômico da malária em Rondônia, os aspectos sociais da endemia, a mortalidade atribuída à mesma e os mecanismos para se obter a participação social.

O Dr. Joaquim de Castro Filho informou sobre as disponibilidades e interesse da SUCAM em financiar as pesquisas necessárias⁴.

3. POR QUE PERSISTE A TRANSMISSÃO DE MALÁRIA EM RONDÔNIA?

O Dr. Wagner Cosme Morhy Terrazas iniciou sua apresentação fazendo paralelo entre incidência da malária e as migrações. Os fatores de risco, que condicionam a persistência da transmissão malárica em Rondônia, podem ser classificados nos seguintes grupos:

3.1 Sócio-econômicos

a) A condição social da população que habita áreas com alta transmissão malárica é caracterizada por baixa renda, escasso nível de educação, poucos conhecimentos sobre a doença e sobre as medidas para preveni-la e tratá-la adequadamente;

b) Reduzido senso de comunidade.

3.2 Bioecológicos

a) Migrantes com escasso grau de imunidade;

b) Elevada densidade de anofelinos e maior longevidade dos mesmos;

c) Hábitos de picada e repouso (endo-exofagia; endo-exofilia);

d) Elevada proporção de *P. falciparum* e cepas resistentes aos medicamentos antimaláricos;

e) Persistência de fonte de infecção.

3.3 Administrativos e operacionais

a) Concentração administrativa;

b) Aplicação incompleta e falta de periodicidade de medidas de controle (aplicação de inseticidas, uso indiscriminado de medicamentos antimaláricos, tratamento incompleto);

c) Falta de recursos financeiros, equipamentos e material de consumo interferindo na programação;

d) Falta de consolidação da integração institucional a qual, atualmente, é feita na base de pessoas e não de instituições;

e) Persistência da estrutura de Campanha;

f) Falta de continuidade das atividades que devem ser executadas pelos Serviços de Saúde;

e) Regime inapropriado de salários e diárias.

Os participantes da discussão concordaram que a dinâmica de transmissão da malária é um processo de grande complexidade e que aos fatores de risco bio-ecológicos, sócio-econômicos, administrativos e operacionais, somam-se fatores de ordem política que, às vezes, interferem com a programação e implementação das intervenções de controle.

4. CONTROLE DA MALÁRIA EM COSTA MARQUES

O Dr. Mauro Shugiro Tada informou que o projeto "Malária" da Universidade de Brasília, Secretaria de Saúde de Rondônia e da SUCAM iniciou-se em dezembro de 1986. Os febris são atendidos no Posto agregado à Unidade Mista para Triagem, realizando-se, imediatamente, a coleta de sangue, o exame microscópico e o tratamento. As pessoas negativas são enviadas à Unidade Mista. A população do projeto é de 20.000 habitantes, dos quais 6.000 estão na sede do Município.

O resumo da situação da malária no período de 1987 a agosto de 1989 é o seguinte:

Ano	1987	1988	1989 (até agosto)
Casos	14.898	8.441	3.377
<i>P. vivax</i>	6.822	4.189 (49,6%)	2.135 (63,2%)
<i>P. falciparum</i>	8.076 (54,2%)	4.252 (50,4%)	1.242 (36,8%)

Em 3 1/2 anos de estudo foram capturados 12 espécies de anofelinos sendo 90% *A. darlingi*. O *A. darlingi* e *A. albicans* apresentam a maior susceptibilidade à infecção com *P. vivax* e *P. falciparum*. São destacados os seguintes fatores importantes para o controle da transmissão de malária:

a) Tratamento imediato de pacientes com sintomatologia clínica;

b) Limpeza de cursos e depósitos de água mais próximos à casa;

c) Realização de programas de informação sobre as medidas de proteção individual, tais como uso de mosquiteiros e repelentes, de telas nas residências, roupas apropriadas para evitar a picada de mosquitos, horário de maior risco de infecção, etc.

Os participantes comentaram que a integração institucional é mais importante que a integração pessoal para assegurar a continuidade das atividades de controle e ter possibilidade de se multiplicar experiências como a de Costa Marques. Repe-

tiu-se o comentário sobre a facilidade de se controlar a malária quando os fatores de risco são poucos e simples. Ao contrário, as dificuldades aumentam e o controle torna-se mais difícil por causa da multiplicidade de fatores de risco, que condicionam a complexidade do processo de transmissão.

5. EXPERIÊNCIA DO CONTROLE DA MALÁRIA NO PROJETO MACHADINHO, ARIQUEMES

O Dr. Romeo Rodrigues Fialho indicou que o projeto de colonização em Machadinho foi desenhado como projeto piloto. Iniciou-se com 5.000 habitantes em 1984. Entre julho de 1985 e junho de 1988 houve um período epidêmico que alcançou a cifra máxima mensal de 3.900 casos em 1987, em uma população de 12.000 habitantes.

O seguimento deste projeto permitiu identificar-se a cronologia de ocupação da área. Em cada etapa deve-se aplicar medidas adequadas ao perfil epidemiológico. Como isso não foi feito, a epidemia não pode ser contida.

A tática de "microzonagem" contempla a aplicação de medidas integradas, porém requer a multiplicação de recursos. Com esta tática, posteriormente, logrou-se conter a epidemia e, atualmente, se reportam cerca de 600 casos por mês.

Foi acentuado que a descentralização da análise epidemiológica facilita as decisões a nível local para rápida aplicação de intervenções. A microzonagem, além de permitir o estreitamento dos vínculos entre a comunidade e os trabalhadores da Saúde Pública, facilita a informação e a educação em saúde. Ressaltou-se a necessidade de se tomar medidas para evitar a formação de criadouros de anofelinos feitos pelo homem, assim como sua eliminação nas proximidades das casas.

INTEGRAÇÃO

"A integração do sistema de saúde deverá ser progressiva, consolidada em cada etapa de evolução, desenvolvida com responsabilidade e respeitando as peculiaridades locais. Em uma primeira etapa deve ser realizado um diagnóstico situacional de cada instituição antes de se iniciar a unificação. A consolidação institucional com vistas à unificação do sistema exigirá planejamento participativo, desenvolvimento de recursos humanos e agilização do sistema de informação, o que significa em outras palavras, melhor estruturação dos órgãos que compoem o sistema.

O processo de integração deve-se dar de acordo com a realidade local, no sentido centrípeto.

Na implantação das ações integradas de saúde que é a principal diretriz da nova política de saúde que desenvolve os Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação, torna-se imperativa a

participação efetiva da rede básica de saúde, inclusive na notificação, diagnóstico e tratamento, usando a tecnologia apropriada em um trabalho conjugado e harmônico, no qual as responsabilidades sejam igualmente compartilhadas pelos órgãos envolvidos."

Os sistemas locais de saúde devem ser desenvolvidos de acordo com os seguintes aspectos fundamentais:

- "Reorganização do nível central para assegurar a apropriada condução do setor e o desenvolvimento dos sistemas locais.
- Descentralização e desconcentração
- Participação Social
- Intersetorialidade
- Readequação dos mecanismos de financiamento
- Desenvolvimento de um novo modelo de atenção
- Integração dos programas de prevenção e controle
- Reforço da capacidade administrativa
- Capacitação da força de trabalho em saúde
- Pesquisa."

COMENTÁRIOS GERAIS

Nos comentários gerais foram ressaltados os seguintes aspectos relacionados ao controle da malária:

1. Existem várias situações epidemiológicas em Rondônia. Cada uma delas deve ser estudada para aplicação das intervenções adequadas. Um Grupo de Peritos mencionou 13 delas.
2. Identificação dos fatores limitantes ao controle da malária em Rondônia:
 - a) Insuficiência no conhecimento das diferentes situações epidemiológicas;
 - b) Carência de recursos humanos capacitados para lidar com a malária nas comunidades;
 - c) Carência de conhecimento e cumprimento de padronização de esquemas terapêuticos no tratamento da malária;
 - d) Falta de conhecimento para um bom diagnóstico laboratorial;
 - e) Aproveitamento inadequado da rede de saúde para diagnóstico e tratamento.
3. Para um controle eficaz contra a malária é necessário que haja:
 - Integração
 - Decisão Política
 - Responsabilidade Institucional
 - Participação Comunitária
 - Redução dos Fatores Limitantes
4. Há necessidade de que todos os órgãos envolvidos no controle da malária em Rondônia participem do planejamento das ações que cada um deles venha a executar.

5. O delineamento destas ações e preparação do Projeto Estadual para controle da malária deveriam ser objeto de uma reunião, o mais breve possível, lembrando-se que os prazos de programação são diferentes para cada instituição e que devem ser conciliadas.
 6. A integração deve ser institucional e não pessoal, o que garante a sua permanência e a sua independência de pessoas ou partidos políticos.
 7. A Secretaria de Saúde deve conduzir o processo de integração e coordenação dos órgãos de saúde do Estado.
- Neste sentido sugere-se uma Conferência Interinstitucional Estadual com representação da comunidade, a fim de se obter apoio político.
8. O saneamento ambiental deve ser incentivado, pois a não ser a abertura de 27 km de canais em Porto Velho, quase nada está sendo feito em Rondônia.
 9. Foi externada a preocupação de que as recomendações deste Encontro não fossem levadas na devida consideração, como já ocorreu em outras ocasiões! Lembrando-se que as resoluções tomadas na presente reunião não terão nenhum valor se não forem viabilizadas através de decisões políticas.

RECOMENDAÇÕES PARA UM PROGRAMA INTEGRADO DE CONTROLE DA MALÁRIA

Os participantes distribuíram-se em quatro grupos de trabalho. Com base nas apresentações e discussões elaboraram relatórios, a seguir mencionados.

1. CONTROLE DE VETORES

ATIVIDADES	INSTITUIÇÕES
Aprofundar o estudo da biologia dos vetores e ecologia na fase larvária e alada.	SUCAM, Universidades e outras Instituições de Pesquisas.
COMBATE LARVÁRIO	
- Controle biológico;	
- Controle físico (obras de saneamento e manejo ambiental);	SUCAM, DNOS, Prefeituras, Comunidades, Secretaria de Saúde.
- Controle químico (utilização de larvicidas).	
CONTROLE DE ALADO	
- Aplicação de inseticidas intra e/ou extradomiciliar.	SUCAM
MEDIDAS PREVENTIVAS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	
- Repelentes;	
- Mosquiteiros;	Comunidades, SUCAM e todos os órgãos envolvidos com a comunidades (INCRA, Promoção Social, PRONAV e LBA).
- Cortinas impregnadas de inseticidas.	
MEDIDAS DE PROTEÇÃO COLETIVA	
- Propor, em instância política, a inclusão na lei orgânica dos municípios, de medidas de caráter preventivo quanto à formação de criadouro em loteamento urbanos e rurais.	Prefeituras, SUCAM, SESAU, DNER, INCRA.

2. SANEAMENTO BÁSICO E MEIO AMBIENTE

2.1 Viabilizar meios para executar o programa de drenagem dos criadouros escoando as águas paradas, principalmente nos Municípios de Porto Velho e Ariquemes;

2.2 Garantir a manutenção dos serviços de drenagem executados, evitando-se a formação de novos focos;

2.3 Informar a população da importância das obras desse tipo, para garantir a sua manutenção;

2.4 Incluir na legislação municipal dispositivos que proíbam a ocupação das áreas de drenagem, e que facilitem as desapropriações de áreas já ocupadas;

2.5 Discutir as possibilidades de fazer aterros hidráulicos nas margens dos rios e em áreas alagadas;

2.6 Orientar a população com relação ao desmatamento na beira dos rios evitando a criação de áreas com águas represadas e sombreadas;

2.7 Discutir com as várias instituições, como a SEMARO, DER, IBDF, DNOS, INCRA, IEF etc., com relação ao controle de criadouros ao longo das estradas vicinais provocadas pelo represamento dos igarapés;

2.8 Envolver as Secretarias de Obras, Meio Ambiente, DER e Prefeituras, no planejamento de ações conjuntas que visem minimizar o problema de formação de criadouros nas áreas urbanas, rurais de formação de criadouros nas áreas urbanas, rurais e de garimpos;

2.9 Ampliar as fontes de recursos para o combate à malária, envolvendo os programas “Nossa Natureza e “Saneamento Rural”;

2.10 As ações de saneamento são mais eficazes em áreas urbanas e em certas situações especiais nas áreas rurais. Faltam ser identificadas as ações de saneamento que possam ser eficazes nas áreas de garimpo.

3. MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

O grupo correspondente ao tema de Mobilização Comunitária elegeu alguns princípios que regem e embasam as recomendações e encaminhamentos que estabelecem. São os seguintes princípios:

3.1 Malária em Rondônia não é somente um problema técnico-científico, mas prevalentemente um problema de natureza política.

3.2 As soluções para o problema malária, em Rondônia, dependem da organização de esforços que se logrem obter dos níveis Municipal, Estadual e Federal.

3.3 O equacionamento da questão da malária, em Rondônia, não pode estar dissociado dos princípios e práticas que regem e traduzem a Reforma Sanitária brasileira em curso.

3.4 A solução do problema da malária, em Rondônia, está intimamente ligada ao componente Mobilização Comunitária, entendido não no sentido restrito das populações, mas na perspectiva do envolvimento interinstitucional das organizações governamentais e não-governamentais.

O grupo discutiu os principais componentes técnicos da Mobilização Comunitária e os aspectos que condicionam e permitem sua melhor inserção numa política sanitária pública, e considerou seu dever

encaminhar as seguintes recomendações, tomado em conta o problema da malária, no Estado de Rondônia:

a) Que seja retomado o documento de 1986³, para que eventualmente sejam incorporadas propostas nele contempladas, consideradas sua atualidade e pertinência.

b) Que seja realizada uma reunião estadual, com participação aberta aos mais diversos segmentos organizados e representativos da sociedade, para discussão e apresentação de uma política de combate à malária, no Estado de Rondônia.

c) Que seja oportunizada ocasião para abordagem da política de Saúde para o Estado de Rondônia nos moldes previstos no item 2 das presentes recomendações.

d) Que os eventos de nível estadual propostos nos itens 2 e 3 das presentes recomendações sejam precedidos de reuniões menores no âmbito das principais instâncias políticas, técnicas e administrativas, que permitem a incorporação de uma proposta básica para discussão nas referidas ocasiões.

e) Que, paralelamente, as principais instituições de representação estadual, na área de Saúde, integrem por vontade política explícita e decisão legal suas instâncias referentes a:

- Planejamento;
- Epidemiologia;
- Recursos Humanos;
- Mobilização Comunitária.

f) Que se encaminhem, objetivamente, ações para a superação de eventuais divergências político-institucionais existentes nas instâncias que realizam ações sanitárias de caráter coletivo e público.

g) Que a postura político-institucional de integração das partes, considerada de princípio e de fundamental importância, seja assumida publicamente, com a utilização dos meios de comunicação disponíveis.

h) Que o documento básico da proposta MS/SUCAM/BIRD⁵ seja, logo que possível, amplamente estudado e discutido para imediata realização conjunta do Projeto de Controle de Malária para o Estado de Rondônia.

i) Que se assegure permanentemente a contemplação do componente Mobilização Comunitária nas propostas, nos projetos, programas e atividades respeitantes à malária, no Estado de Rondônia.

j) Que contemplem, adequadamente, abordagens realistas para o melhor emprego das técnicas de mobilização comunitária, consideradas as situações especiais ou particulares das regiões objeto da ação.

k) Que se oportunize e assegure a participação dos mais diversos órgãos, entidades, representações organizadas da sociedade, que tenham ou manifes-

tem interesse de participação na área de saúde, nas formulações das propostas de controle da malária no Estado de Rondônia, considerando o componente Mobilização Comunitária.

Concluindo, o grupo enfatizou a necessidade do seguinte encaminhamento, como forma de viabilizar e catalisar os processos e procedimentos recomendados:

- **Constituição de um grupo multiprofissional e interinstitucional que tenha no seu horizonte de ação a formulação de programação para 1990, do Projeto de Controle da Malária para o Estado de Rondônia.**

4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico e tratamento nos programas de controle devem visar a descoberta precoce e o tratamento oportuno do maior número de casos possível, com duas finalidades: como ferramenta epidemiológica e utilização clínica.

Atividades de diagnóstico e tratamento devem ser repassadas, gradativamente, às unidades existentes no Estado, dentro de um cronograma estabelecido pela SUCAM e os órgãos que assumirem esta tarefa.

Há três níveis de diagnóstico:

1. Clínico-epidemiológico: feito pelo Agente de Saúde.

2. Microscópico: para aqueles que não responderam ao nível 1. Deverá ter um microscópio.

3. Terciário: estrutura Laboratorial e hospitalar que tenha condições de tratamento da malária grave.

Repassando o diagnóstico e tratamento para a rede básica, o contingente de pessoal da SUCAM ficará liberado para desenvolver outras atividades.

O diagnóstico clínico-epidemiológico deverá ser a norma geral para as localidades que não tenham acesso ao diagnóstico microscópico. Este tipo de diagnóstico deverá ser feito por Agentes de Saúde. Neste caso, este Agente de Saúde deverá fornecer o esquema terapêutico. Se persistir o quadro clínico, o paciente deverá ser encaminhado para local de referência. Esta unidade ou pessoa, estará sujeita à

supervisão. Deve ser considerado que para aquele paciente que não responder à medicação, o diagnóstico microscópico será facilitado.

O nível secundário deverá fazer o diagnóstico parasitológico. Para isto, seus agentes precisam ser treinados para executar o método da gota espessa. Deverá haver revisão de todas as lâminas positivas e 10% das negativas, à guisa de controle de qualidade. Pertencem a este nível todas as unidades que possuem microscópio, independente da presença de médico. As estruturas que executarão tais atividades/instalações, equipamentos, pessoal serão parte da rede de serviços básicos da saúde.

No terceiro nível, todo o arsenal terapêutico estará disponível.

A terapêutica da malária em Rondônia deve obedecer às normas estabelecidas no Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde. Deve ser recomendada, enfaticamente, a investigação de novos esquemas de boa tolerância, elevada eficácia e grande operacionalidade, para uso sobretudo das instituições de Saúde Pública, a nível de campo.

Recomenda-se que seja reexaminada a possibilidade de utilização de quimioprofilaxia em situações epidemiológicas especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité de expertos de la OMS en Paludismo. 18º Informe, 1986.
2. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud OPAS/OMS, 1986.
3. Jornada de Malariologia. Porto Velho 26/28 maio de 1986.
4. Malaria Diagnosis. WHO/MAL, 1988.
5. Programa de Controle da Malaria na Bacia Amazônica (Síntese). MS/SUCAM/BIRD, 1989.
6. Report on a technical consultation on research in support of malaria control in the Amazon Basin. WHO/TRD/FIELDMAL/SC/AMAZ 3, 1988.
7. Situación de Los Programas de Malaria en Las Américas XXXVI OPS/OMS CD 34/Informe 2, agosto, 1989.