

A geografia da saúde no Brasil: Análise do saneamento público nos casos de dengue

Ananda Santa Rosa de Andrade - anandasrandrade@gmail.com ; José Feliciano Alves Câmara - jofelix@gmail.com ; Mário Diniz de Araújo Neto - mdzan@unb.br ; Octávio Schuenck Amorelli - oct.schue@gmail.com;

Saúde. Dengue. Educação. Vigilância Sanitária.

Os processos e problemas da globalização, os fatores endêmicos e epidêmicos relacionados à saúde, bem como o ressurgimento de “velhas novas” epidemias, abriu-se campo significativo para atuação, desenvolvimento e pesquisas vinculadas às temáticas da geografia da saúde. A geografia da saúde é recente, porém, seus estudos surgiram no Brasil, aproximadamente na década de 1950 com a Geografia Médica. A geografia da saúde contribui no controle e na prevenção de transmissão do vetor do dengue com a análise de estratégias governamentais dos serviços de saúdes, monitoramentos por meio de Sistemas e Informações Geográficas (SIG), educação ambiental e com propostas de novos modelos de prevenção e controle do vetor. O Brasil possui várias políticas de combate e prevenção da transmissão do mosquito do dengue. Uma delas é o Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA). Os resultado do LIRAA são transformados em ações adicionais às cidades que estão em situação de alerta ou risco. Outra política, de âmbito permanente, é o Programa Nacional de Controle do Dengue do Governo Federal (PNCD). Os resultado do LIRAA e do PNCD são transformados em ações adicionais às cidades que estão em situação de alerta ou risco. O dengue é o principal arbovirose do mundo, transmitido, principalmente, pelo mosquito *Aedes aegypti*. Existem quatro sorotipos conhecidos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. Clinicamente, as manifestações variam de uma síndrome viral, inespecífica e benigna, até um quadro grave e fatal de doença hemorrágica com choque. Quanto ao agente etiológico, o mosquito contaminado tem sua propagação facilitada pelo grande aumento da intensidade e velocidade do tráfego de pessoas no mundo. O período de transmissibilidade, ou de viremia, é prolongado, já que o vírus pode ser detectado dois dias antes do aparecimento dos sintomas, até oito dias após o seu início, ou seja, facilita a disseminação pelo mosquito vetor. O homem, o vírus e as condições políticas, juntamente com as condições econômicas e culturais são os elementos que vão determinar a estrutura do estabelecimento da cadeia de transmissão da doença. Isto quer dizer que, os principais fatores de risco de transmissão do vírus são as condições precárias do saneamento básico, moradia inadequada e fatores educacionais, que acabam por gerar milhares de mortes a cada ano. O presente trabalho objetivou analisar a gestão de saúde na capital do Brasil, o Distrito Federal. O Distrito Federal (DF) é a capital do Brasil, localizado na região centro-oeste do país. Possui clima tropical do Brasil central, solos pobres (Latosolos em sua maioria) e está inserido no contexto do bioma Cerrado. O uso do solo no DF, apesar da cidade ser planejada, não é homogêneo. Este fator é facilmente identificado em recortes na paisagem que refletem as formas de ocupação econômico-sociais,

que por sua vez determinam moradia, saneamento básico, condições de atendimento de saúde, adensamento populacional de acordo com o status econômico da população. A capital teve os primeiros focos de dengue identificados entre 1985 e 1986, porém, a partir de 1994 o mosquito se instalou definitivamente na região (Carvalho 2004). A vigilância é a principal atividade antivetorial do DF como papel essencial na detecção precoce e no controle de propagação do mosquito. A distribuição espacial dos casos de dengue no DF depende da localização geográfica da população em risco. Os casos atingem as RA com maior e menor concentração de renda. O grande fator de semelhança para esses casos são as características ambientais das RA. A execução do trabalho compreendeu pesquisa bibliográfica, entrevistas e análise multitemporal dos casos em 10 anos. O resultado da pesquisa indicou que não existe uma regularidade quanto ao número de infectados ao longo dos anos, similar a um Efeito Sanfona. Em 1999 e 2001 o número de casos foi quase nulo, por serem os anos de ressurgimento da doença no Distrito Federal (os primeiros casos foram relatados em 1985, tendo sanado por conta de políticas públicas). De 2001 a 2003, houve um crescimento de vinte e oito para seiscentos e treze o número de infectados. A elevação de infectados foi em decorrência da falta de controle mundial que existiu durante a década de 80. O número de casos cai em 2004 e 2005, como resultado do PNCD. Em 2006 e nos anos seguintes, os casos de contágio crescem rapidamente. Em análise das estratégias governamentais de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, concluiu-se que a gestão de saúde no Distrito Federal é ineficaz. O número de vigilantes sanitários é bastante reduzido para visitar todas as residências. O Governo Federal precisa investir na contratação de milhares de vigilantes capacitados em todo o país e aumentar o número de campos aos mesmos a fim de, proporcionalmente, aumentar o número de áreas visitadas. A questão da burocracia orçamentária que a secretaria de saúde sofre, também, é de grande agrave. O trabalho de combate ao mosquito é emergencial, logo, não pode depender de demorados processos de solicitação de compras que o GDF impõe. É necessária uma reavaliação do repasse financeiro à secretaria. O subsecretário da saúde afirma que não podemos dizer que a população é culpada pelo número de casos e sim buscar entender que a população é produto da nossa educação. O Ministério da Saúde deve realizar uma aliança com o Ministério da Educação para investir na educação ambiental dos jovens, como principal instrumento de combate ao dengue (Agradecimentos: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Posto de Saúde de São Sebastião e a Universidade de Brasília).