

Descentralização do atendimento da malária na região de Campinas, São Paulo, Brasil, 2000 a 2003

Decentralization of malaria attention in the region of Campinas in the state of São Paulo, Brazil, 2000 to 2003

¹Renata Caporalle Mayo, ¹Maria José Chinelatto Pinheiro Alves, ¹Vera Lúcia Matias Oliveira, ²Maria Rita Donalísio

1. Superintendência de Controle de Endemias, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Sucec/SES-SP

2. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/Unicamp

Resumo

Este estudo se propõe a analisar o processo de descentralização do atendimento de malária da Superintendência de Controle de Endemias (Sucec) para a Unidade de Referência de Malária (URM) do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/Unicamp), de 2000 a 2003. Foram realizadas 20 entrevistas semi-estruturadas com os responsáveis por setores estratégicos envolvidos nas diferentes etapas do atendimento ao paciente com suspeita de malária (pronto-socorro, Laboratório de Parasitologia, Departamento de Moléstias Infecciosas, vigilância epidemiológica e laboratório da Sucec). Foram estudados os resultados dos diagnósticos laboratoriais realizados no período pelas instituições. Identificou-se preocupação com a maior agilidade e integralidade do atendimento, a necessidade de treinamento periódico, além da revisão dos fluxos de pacientes e de informações entre os serviços da região. Embora enfrente problemas operacionais e necessite de ajustes, a descentralização é viável e se ajusta com as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: malária; descentralização; Sistema Único de Saúde; atenção integral; vigilância epidemiológica.

Abstract

This study was designed to analyze the decentralization process of malaria attention in the Superintendência de Controle de Endemias (Sucec) to the Malaria Reference Unit (URM) in Campinas State University Hospital, state of São Paulo, from 2000 to 2003. This is a qualitative study in which a semi-structured objective questionnaire was applied to 20 health professionals working in different strategic areas of malaria attention in Sucec and Unicamp: Laboratory, Emergency, Infectious Disease Department, epidemiological surveillance, and Pharmacy. Laboratory results from the institutions in the period were also studied. Most of the professionals believed in integral case attention and clinical investigation of malaria in the URM. Health professionals reported concerns regarding attendance agility, periodic training and organizing municipal referrals of patients and information in the region. In spite of operational problems, decentralization is feasible and better adjusted to Unique Health System proposals.

Key words: malaria; decentralization of attention; health system; integral care; epidemiological surveillance.

Introdução

Ao se analisar a história da malária, observa-se a complexidade da determinação da doença, sua evolução e seu controle. Variadas conjunturas compuseram o cenário de epidemias, que em muitas ocasiões se disseminaram apesar dos avanços tecnológicos e científicos disponíveis^{1,2,3}. No caso da malária no Brasil, a partir da década de 1970 a sua expansão foi guiada pelo processo de ocupação da Amazônia, desmatamentos, migração e pela abertura de rodovias nas regiões Norte e Centro-Oeste, na mesma ocasião em que se erradicava a malária no Estado de São Paulo^{4,5,2}.

Para a população paulista a doença deixou de constituir um risco, pois já não se notificavam casos autóctones no Estado. Passou, então, a conviver com a malária importada, em virtude da situação epidemiológica existente em outras áreas do País⁶. A região de Campinas passou a receber grande contingente de casos importados, principalmente do Mato Grosso, Rondônia e Pará^{7,8,2,6}.

No início dos anos 1980 foi proposto para a Região Amazônica – área endêmica para malária no Brasil, a “Estratificação Epidemiológica” do Programa Nacional, objetivando reduzir a incidência da doença em regiões de maior risco de transmissão^{9,10,4}.

No final da década de 1980, o projeto de controle da Malária na Bacia Amazônica reorganizou as estratégias, reforçando o processo de descentralização das ações de controle^{7,8,10}.

Em 2001 foi implantado o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal, prevendo o monitoramento e a avaliação dos resultados^{4,10}. Nota-se no período a preocupação crescente do Ministério da Saúde com a descentralização do atendimento, adequação das ações às realidades regionais e o maior envolvimento dos municípios nos programas contra a malária⁹.

No Estado de São Paulo, a Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) – autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), responsável pelo Programa de Controle da Malária no Estado –, aponta que o controle tem se mostrado eficiente. A reintrodução da doença está restrita a focos residuais, caracterizando-se pela redução acentuada e constante dos casos autóctones, limitados à região do Vale do Ribeira^{6,7,8}. A vigilância epidemiológica passou a ser a estratégia adotada para o controle, tendo em vista este comportamento focal da malária^{11,2}. Por outro lado, propostas de descentralização do atendimento dos casos suspeitos procuraram ampliar o acesso do indivíduo e garantir o atendimento integral, vinculando o diagnóstico e o tratamento do paciente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, foi instituído Grupo de Trabalho para coordenar as ações de atendimento ao paciente com suspeita de malária, visando à descentralização de diagnóstico laboratorial, tratamento específico e investigação epidemiológica¹². Nessa perspectiva, teve início na Sucen-Campinas a apresentação e discussão do modelo, da logística e do fluxo para atendimento dos casos suspeitos de malária¹³, desencadeando a divulgação nos três Departamentos Regionais de Saúde (DRS) da região de Campinas. O Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/FMC/Unicamp) passou a responder pela Unidade de Referência de Malária (URM), uma vez que desde a década de 1980 tem sido referência para os casos graves dessa doença nos 88 municípios da região. Atualmente, o modelo vigente de atendimento no pronto-socorro é a Unidade de Emergência Referenciada, que redireciona o atendimento eventual.

Este trabalho propõe-se a avaliar qualitativamente o processo de descentralização do atendimento à malária no período de 2000 a 2003, com técnicas que permitem descrever e decodificar os componentes do sistema complexo de significados dos profissionais instalados nos postos estratégicos das instituições envolvidas.

Método

Estudo qualitativo do processo de descentralização do atendimento à malária na região de Campinas, no período de 2000 a 2003, e constituição da URM. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (N=20) com profissionais da Unicamp e da Sucen. Na Unicamp o estudo foi realizado com os gestores das áreas de clínica médica, laboratório, vigilância epidemiológica, pronto-socorro e com os profissionais diretamente envolvidos no atendimento, diagnóstico, tratamento e investigação epidemiológica, escolhidos aleatoriamente. Na Sucen foram entrevistados todos os biólogos e técnicos de laboratório envolvidos no diagnóstico, tratamento e investigação epidemiológica dos pacientes, ações previstas no Programa de Controle da Malária. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Foram utilizadas técnicas de análise de conteúdo, buscando interpretar falas, captar opiniões e depoimentos sobre o andamento do processo de descentralização do atendimento dos casos, dificuldades e avanços^{14,15}. A análise do material obtido na entrevista foi organizada a partir de temas considerados relevantes para a avaliação do processo, definindo as seguintes categorias de análise: agilidade e integralidade do atendimento, acesso do paciente, capacitação técnica

das equipes, conhecimento sobre as rotinas e fluxos das ações descentralizadas. As categorias analíticas foram construídas a partir da generalização e aproximação de preceitos que justificam e sustentam o projeto de descentralização. São maneiras de se construir e selecionar a relevância da realidade^{14,15,16,17}.

Acredita-se que a incorporação do julgamento dos profissionais de saúde que protagonizam os serviços imediatamente envolvidos com a assistência aos casos de malária pode constituir-se importante instrumento de avaliação. Trazem, certamente, a subjetividade imanente ao processo de avaliação. O caráter semiestruturado do questionário, com perguntas inspiradas nos temas de interesse na avaliação, facilitou depreender do texto o encadeamento do raciocínio dos profissionais, a lógica de suas falas e suas implicações^{14,15,16}.

Utilizando-se o roteiro da análise representacional, procurou-se refletir sobre o discurso dos sujeitos entrevistados e apreender o significado da manifestação verbal, levando-se em conta o seu contexto de trabalho, sua inserção na instituição e o papel desta no controle da malária, nos últimos anos, na região de Campinas^{14,15,16}.

A partir dos registros dos casos foi, também, realizado o levantamento das lâminas examinadas e dos casos confirmados pela Sucen e pela URM na região, no período de 2000 a 2003.

Resultados

Em 2000, 13% das lâminas foram examinadas pela URM e em 2003 o percentual foi de 85,1%. Verifica-se a mesma tendência na distribuição dos casos confirmados, ou seja, o aumento progressivo do atendimento na URM em relação à Sucen: 14% e 81,8% nos anos de 2000 a 2003, respectivamente (Figuras 1 e 2).

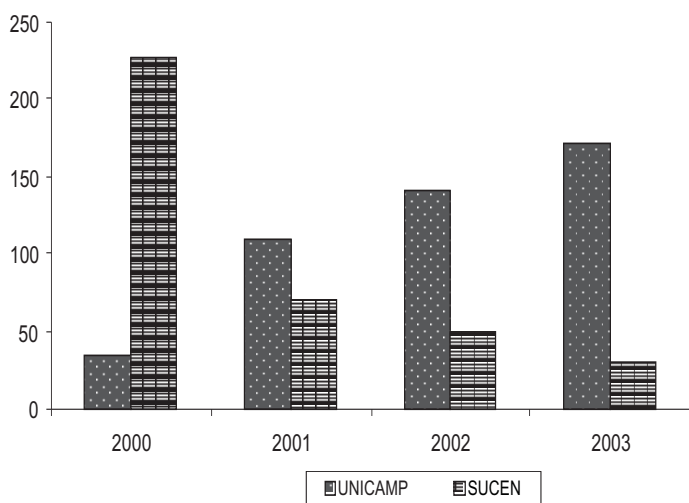


Figura 1. Distribuição das lâminas examinadas de malária na região de Campinas, 2000 a 2003.

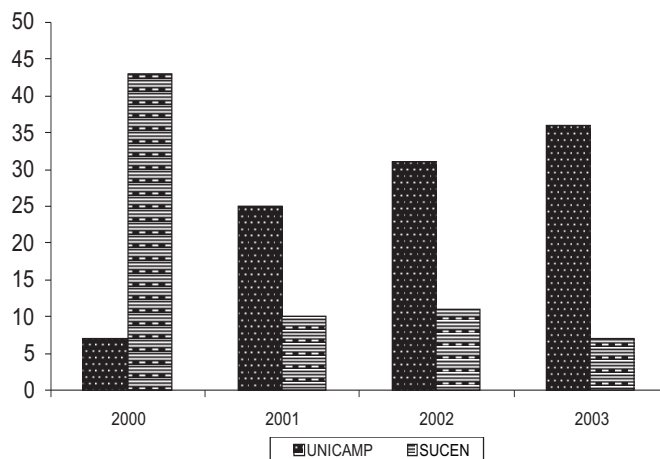


Figura 2. Distribuição de casos confirmados de malária na região de Campinas, 2000 a 2003.

A descentralização sob o olhar da Sucen

O processo de descentralização desencadeado na segunda metade da década de 1990 pela Sucen promoveu discussões técnicas em várias instâncias regionais e no âmbito central, e a produção e divulgação de documentos sobre as propostas, avaliando os ganhos com o repasse das responsabilidades e revendo os papéis das instituições envolvidas. Os 88 municípios cobertos pela Sucen-Campinas foram informados da descentralização do atendimento ao suspeito de malária¹³.

Os técnicos dessa instituição parecem trazer em seu discurso um “pesar” por deixar as atribuições do atendimento da malária e repassá-las a outra instituição. Alguns trechos do discurso explicitam parte desses sentimentos:

“... eu acho que foi um processo sofrido, mas tinha que ter acontecido... não foi como a gente queria.”

“... Pode até reverter para nós; na impossibilidade da efetivação dentro dos municípios e da própria Unicamp, ela pode voltar para nós...”

Oficialmente, a única detentora do diagnóstico, tratamento e investigação epidemiológica da malária no Estado de São Paulo era a Sucen, por meio da confecção e leitura das lâminas, das ações de vigilância epidemiológica e do controle vetorial^{18,5}. Esta responsabilidade sempre conferiu à Sucen prestígio, poder e auto-estima elevada aos técnicos. A transferência destas funções possivelmente mobilizou sentimentos e pesares que ficam evidentes no discurso analisado:

“... quem dá diagnóstico de malária se sente como um profissional diferenciado... Sente a auto-estima elevada... o técnico tinha toda uma afinidade... uma história de dar o diagnóstico, até diagnóstico difícil.”

Obeve-se nas entrevistas realizadas opiniões sobre a relação entre os técnicos da Sucen e a população. Em todo contato individual do profissional de saúde com o usuário, operam-se relações de escuta e responsabilização, constituindo-se vínculos e compromissos com o paciente, no sentido de controle do sofrimento e recuperação da saúde^{19,14}. Os depoimentos destes profissionais deixam transparecer o compromisso dos técnicos com o paciente, com a rapidez do atendimento e com a qualidade do diagnóstico.

“... nós ficávamos o tempo todo atrás do atendimento de malária... eu achava melhor como era antes, mesmo com todo peso para mim.”

“Para nós a preocupação é que tenha medicação correta, que o paciente vá realmente receber o remédio.”

Dentro de esquemas corporativos, os profissionais de saúde reproduzem as propostas oficiais mesmo que de forma contraditória. É o caso do discurso sobre a descentralização das ações de atendimento dos casos de malária, publicada e discutida na Sucen e no Ministério da Saúde há vários anos. Fica evidente a reprodução deste discurso pelos técnicos, bem como as falas contraditórias:

“... À medida que ele vai para a URM esse paciente é visto como um todo, não só como um problema de malária.”

“... Gostava do trabalho em si... Gostava de conseguir ver as lâminas... eu acho que foi bom para a Sucen... o nosso trabalho é controlar o vetor... é com o anofelino”.

A seguir serão apresentados os resultados segundo as categorias de análises predefinidas, considerando os depoimentos dos profissionais das instituições envolvidas no processo de descentralização.

Integralidade do atendimento

Uma das principais justificativas do processo de descentralização do atendimento à malária é a necessidade da atenção integral ao paciente, impraticável no âmbito de uma instituição de controle de vetores. A delegação do primeiro atendimento a um serviço assistencial tem uma lógica irrefutável, segundo preceitos do Sistema Único de Saúde¹⁶. Este discurso, já há alguns anos proferido pela própria

Sucen, reaparece nos textos analisados entre os seus profissionais e os da URM.

“... Para o paciente facilita ser atendido, diagnosticado, tratado e acompanhado aqui dentro.” (médico URM)

“... O paciente vem, a gente faz o diagnóstico, acompanha, se precisa de qualquer retaguarda de outro exame a gente tem tudo aqui.” (Laboratório URM)

“... O paciente indo para a Unicamp pode ter outro diagnóstico, caso não seja malária. O médico pode investigar melhor qual a doença...” (Sucen)

Agilidade do atendimento

O atendimento ao paciente com suspeita de malária na URM segue os preceitos determinados pelo SUS, ou seja, “... todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades”¹⁶. Dessa forma, a agilidade do atendimento deverá seguir as rotinas do SUS e da instituição, considerando-se a urgência da febre e o estado geral do indivíduo.

Os depoimentos de técnicos da URM indicam que o paciente aguarda, mas tem seu diagnóstico, encaminhamento ou internação realizados.

“Atualmente, há uma priorização de atendimento... Com sintomatologia (desconforto, dor, febre) ele vai ser quase imediatamente atendido!” (enfermeira URM)

“... Quando o paciente vem aqui eu peço para ele voltar para o PS e aguardar uns 40 minutos que o resultado já sai.” (Laboratório URM)

“... Eu estimo que ele deve ficar no mínimo 2 ou 3 horas, não tanto pela realização do exame, mas pelo atendimento dele...” (Residente URM)

Por outro lado, o profissional da Sucen diferencia o atendimento à malária, considerando os pacientes como “especiais” e identificando falhas na agilidade da assistência na URM.

“... é o tempo que ele (paciente) perde... quando vinha para a Sucen, em 20 minutos ele sabia se estava com malária ou não.”

“... a malária não pode enfrentar o pronto-socorro...”

A capacitação técnica

Um dos compromissos assumidos pelas instituições foi o investimento na capacitação técnica dos profissionais da URM que atendem no pronto-socorro, na Vigilância Epidemiológica e no Laboratório de Parasitologia.

Este tema foi abordado por técnicos da URM, da recepção ao infectologista da retaguarda, quase sempre em consenso quanto à necessidade de capacitações periódicas ou esporádicas.

“... de tempos em tempos é necessária uma reorientação, programas periódicos de capacitação”. (Infectologista)

“Fazer com que os médicos da emergência não percam de vista a possibilidade de ter casos de malária, suspeitem e façam diagnóstico”. (Médico PS)

“... seria interessante para nós saber o que é malária... saber nosso procedimento... é um conhecimento a mais”. (Atendente de recepção)

“... a ‘parasito’ [laboratório da URM] está capacitada, mas a gente está falando de fazer um treinamento para um número maior de pessoas, para ter mais agilidade no plantão, em férias, licença...”. (Laboratório URM)

Rotinas e fluxos de pacientes

O processo de descentralização do atendimento da malária depende do encaminhamento dos serviços de saúde municipais. Após a chegada do paciente à URM, uma das preocupações dos profissionais é a indefinição do fluxo quanto a: revisão de lâminas, pedidos de exames e fichas de notificação. Os depoimentos revelam a necessidade de revisão destes fluxos por parte dos serviços de saúde, bem como internamente na URM.

“Às vezes a gente fica em dúvida na rotina... No começo dessa descentralização tinha cartazes, agora não tem mais, mas todo mundo sabe: se tiver dúvida pergunta para um médico mais antigo...”. (Médico PS)

“É importante divulgar mais junto aos municípios para que as UBS façam encaminhamento por escrito dos suspeitos, para agilizar o atendimento...”. (Coordenador do PS)

“... precisamos discutir o fluxo correto, definir o papel dos programas (e dos profissionais) nesse processo. Está tudo bem confuso”. (Sucen)

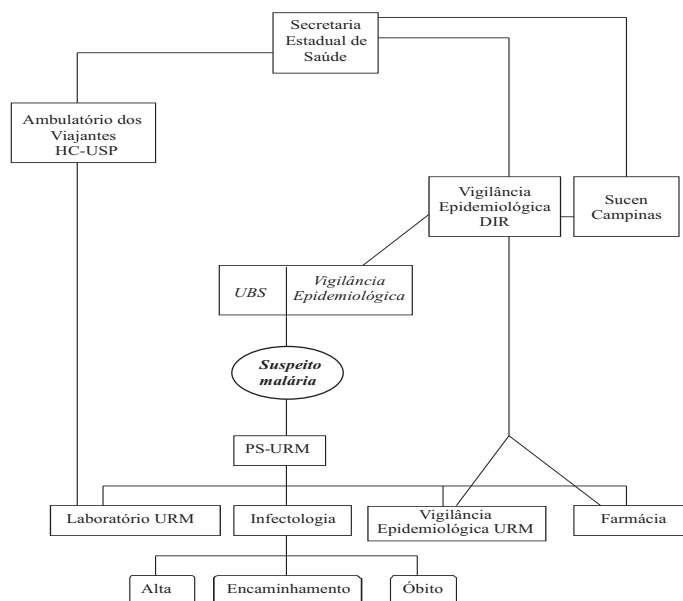


Figura 3. Descentralização do atendimento da malária no Estado de São Paulo.

Vigilância epidemiológica

As ações da vigilância epidemiológica da malária autóctone ou induzida pressupõem investigações de outros casos suspeitos relacionados com o caso-índice, ações de vigilância entomológica, ações educativas e indicação do local provável de infecção. A rapidez e a completude das informações coletadas através do preenchimento da ficha de investigação epidemiológica são de grande relevância para desencadear estas ações.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica da URM realiza a notificação do caso e a investigação epidemiológica. No entanto, as informações do prontuário e da ficha de investigação epidemiológica com frequência apresentam-se incompletas, podendo vir a comprometer a investigação do caso.

“... dificilmente a gente tem contato com o paciente. O médico que atende pode ter feito a investigação correta, mas não escreve tudo no prontuário”. (VE)

“Para você localizar de onde é o caso, se é autóctone ou não, às vezes não dá... podemos resgatar quando marcar consulta no ambulatório”. (VE)

“... você só conseguiria coletar esses dados [FIE] em visitas domiciliares; a Unicamp não faz isso... esses dados a gente perde...” (VE)

Todas as doenças de notificação compulsória são notificadas, investigadas e encerradas no município de residência do paciente. No entanto, a malária, durante o período em que esteve sob a responsabilidade da SUCEN, percorria o fluxo interno da instituição.

A descentralização deverá permitir a adequação do fluxo na rede de saúde de forma que o município notifique o caso e abra a ficha de investigação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). Estas informações deverão ser repassadas para o Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) regional, que, por sua vez, informará ao município e ao Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CVE/CCD/SES-SP). Quando o paciente vier direto à URM a vigilância epidemiológica notificará o caso no Sinan, informando-o ao GVE e este ao município, que encerra o caso e realiza a investigação epidemiológica dos que forem confirmados.

No caso de malária autóctone, a SUCEN deverá ser notificada de imediato, desencadeando a investigação entomológica para a confirmação da classificação epidemiológica, retornando a informação ao GVE e este, ao município e CVE.

Discussão

A primeira experiência do processo de descentralização da malária no Estado de São Paulo foi registrada na região de Campinas. Embora a discussão tenha se iniciado na segunda metade dos anos 1990, a sua efetivação só foi registrada em 2004, quando a totalidade do atendimento, diagnóstico, tratamento e investigação epidemiológica passou a ser realizada pela URM.

As dificuldades na implantação desta proposta se deveram, provavelmente, à resistência na repasse das atribuições, tradicionalmente da SUCEN, à outra instituição; à dificuldade do hospital em incorporar novas rotinas; à continuidade de encaminhamentos de pacientes pelos serviços municipais de saúde e à procura espontânea dos mesmos à SUCEN.

A maior racionalidade da proposta de descentralização foi consenso mesmo entre os técnicos da SUCEN, que tinham na malária grande acúmulo de experiência e envolvimento durante décadas. A oportunidade de melhor investigação clínica, seguimento e tratamento do caso foi recorrente em todos os discursos.

A pesquisa qualitativa pressupõe um aprofundamento das percepções, vivências e opiniões de profissionais envolvidos no processo. Acredita-se que as entrevistas realizadas captam estas percepções e vivências, assegurando a representatividade dos discursos individuais e se mantendo a possibilidade de generalização dos resultados^{14,15,19}.

Os depoimentos carregados de emoção e parcialidade trazem opiniões gerais e posicionamentos dos profissionais envolvidos, e são de interesse para a avaliação. Trata-se de discurso relacionado com a vivência prévia, a visão de mundo, juízos vinculados com a inserção institucional dos profissionais que vivenciaram cotidianamente o atendimento à malária.

A avaliação do discurso, segundo as categorias analíticas “agilidade e integralidade”, mostra também as contradições entre o reconhecimento da importância da integralidade do atendimento e a expectativa de um atendimento prioritário ao paciente suspeito de malária na URM. Nos depoimentos dos profissionais da URM esta contradição não é observada, uma vez que no serviço assistencial a prioridade é definida pelo estado geral do paciente.

No que se refere à capacitação, foi apontada pelas instituições a importância desta ser continuada e para todos os níveis de atendimento, considerando tratar-se de doença esporádica no Estado de São Paulo e na região de Campinas, porém, sendo ainda endemia de grande relevância na saúde pública. Por outro lado, a centralização do atendimento da malária na URM traz benefícios para a formação de grande número de alunos e residentes, propiciando a oportunidade de conduzir casos, discutir diagnósticos diferenciais e condutas.

A capacitação das equipes municipais de vigilância epidemiológica e a divulgação técnica sobre a malária deverão ficar a cargo da instância regional, como ocorre com todas as doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo.

Quando analisados os discursos sobre os “fluxos e rotinas”, fica evidente a necessidade do suspeito de malária vir com encaminhamento formal do serviço de saúde municipal, para facilitar a identificação do caso e agilizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A revisão dos fluxos e atribuições da vigilância epidemiológica foi uma das dificuldades de maior relevância no processo de descentralização. Evidenciou-se a necessidade de maior integração e agilidade da URM, garantindo o registro de informações epidemiológicas no momento do contato com o paciente e, conseqüentemente, o desencadeamento de ações de investigação do caso de forma oportuna.

A provisão e distribuição de medicamentos específicos para tratamento da malária estão a cargo da instância regional de saúde.

Conclusão

A recente revisão do modelo assistencial do Hospital de Clínicas da Unicamp para atendimento somente de emergências referenciadas, redirecionando o atendimento eventual, tem mostrado benefícios não somente para suspeitos de malária. A organização do atendimento por complexidade e a vocação de unidade de urgência-emergência da instituição garantem acesso aos casos que realmente necessitam da complexidade daquele hospital. Para tanto, é evidente a premência de reajustar o sistema para responder de forma adequada à descentralização do atendimento à malária, organizar a referência e a contra-referência dos pacientes à rede de atendimento ambulatorial e ao fluxo da vigilância epidemiológica.

Um dos resultados esperados desta investida é a maior integração interinstitucional entre unidades de saúde, com papéis complementares e distintos, que estreitam diálogos sobre a condução de casos e

investigação epidemiológica não somente referentes à malária, mas a outras doenças de interesse epidemiológico na região. Internamente, a malária pode incrementar um entrosamento entre a vigilância epidemiológica, o pronto-socorro e o Laboratório de Parasitologia com relação às doenças de notificação compulsória.

A descentralização mostra-se possível, racionaliza o atendimento e se afina às propostas do SUS. E tem o mérito de definir com clareza os papéis das diversas instituições envolvidas. Existem, porém, dificuldades institucionais, operacionais e outras que certamente poderão ser superadas no decorrer do processo.

Agradecimentos

Marília Oliveira Lopes, Maria de Lourdes Stivanelli e Daniel Gonçalves Barbeiro, responsáveis pela transcrição dos depoimentos, e, em especial, aos técnicos do Laboratório de Malária deste serviço regional, nas pessoas de Maria Regina de Jesus Eleotério, Osias Rangel e Mirian Krahenbuhl. À Dra. Dalva Marli Valério Wanderley da DCV, pela revisão final do texto.

Referências bibliográficas

1. Agudelo SF. Saúde e imperialismo: a ação antimalárica na América Latina: Centro de Investigações Médicas, Universidade de Antioquia. Medellín; 1981.
2. Barata RB. Malária e seu controle. Saúde em Debate. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
3. Carrasquila G. And ecosystem approach to malaria control in urban setting. Cad. Saúde Pública. 2001;17:171-9.
4. Ministério da Saúde. Plano de intensificação das áreas de controle da malária na Amazônia Legal – Vigilância epidemiológica. Resumo executivo; julho 2001.
5. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Superintendência de Controle de Endemias. Programa de Controle da Malária no Estado de São Paulo (documento mimeografado). São Paulo; 1988.
6. Wanderley DMV, Silva RA, Andrade JC. Aspectos epidemiológicos da malária no Estado de São Paulo, Brasil – 1980 a 1992. Rev Saúde Pública. 1994;28:192-7.
7. Alves MJCP, Rangel O, Souza SSAL. Malária na região de Campinas, São Paulo, Brasil, 1980 a 1994. Rev Soc Bras Med Trop. 2000;33:53-60.
8. Alves MJCP, Mayo RC, Donalísio MR. História, epidemiológica e controle da malária na região de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 1980 a 2000. Rev Soc Bras Med Trop. 2004;37:41-5.
9. Loyola CCP, Silva CJM, Tauil PL. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. Rev Panam Salud Pú. 2002;11(4):235:44.
10. Silveira AC, Rezende DF. Avaliação da estratégia global de controle integrado da malária no Brasil (documento mimeografado). Organização Panamericana de Saúde 2001;p.120.
11. Matos RM. A malária em São Paulo. Epidemiologia e história. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
12. Resolução SS5. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Diário Oficial do Estado 08/01/1998; Seção 1, n6, p.14.
13. Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Superintendência de Controle de Endemias. Divisão de Orientação Técnica. Manual para descentralização do atendimento ao doente de malária (documento mimeografado). 1998.
14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
15. Neves JL. Pesquisa qualitativa. Características, usos e possibilidades. Cadernos de Pesquisa em Administração. 1996;1(3).
16. Lei federal 8080. Artigo 4. Sistema Único de Saúde. Preceitos constitucionais.
17. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e Subjetividade na Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. Cad Saúde Pública. 18(6):1561-9.
18. Wanderley DMV, Andrade JC, Meneguetti LC, Chinelatto MJ, Dutra AP. Malária no Estado de São Paulo, Brasil, 1980 a 1983. Rev. Saúde Pública. 1985;19:28-36.
19. Queiroz MC. Representações sobre saúde e doença. Agentes de cura e pacientes no contexto do Sude. Cad Saúde Pública. 1992;8(3):342-8.

Correspondência/Correspondence to:

Renata Caporalle Mayo
Superintendência de Controle de Endemias
Rua São Carlos, 546 – Vila Industrial
CEP: 13035-420 – Campinas/SP – Brasil
Tels.: (55) 19 3272-9891/6823
Fax: (55) 19 3272-9891/6823