

PERSPECTIVAS DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO TRATAMENTO EM MASSA*

J. Rodrigues Coura ** e Léa Camillo Coura **

Classicamente as tentativas de controle da esquistossomose têm se baseado na utilização de um ou mais dos seguintes métodos, isolados ou associadamente: a) Controle do hospedeiro intermediário através do uso de moluscicidas, luta biológica ou competição de qualquer natureza; b) Saneamento básico e ou abastecimento de água com diferentes graus de aperfeiçoamento e complexidade, de acordo com os recursos disponíveis, locais e grupos de populações humanas a serem atingidas; c) Educação Sanitária, desde informações muito primárias e sem alvos definidos até processos de condicionamento e participação de comunidades em diferentes graus de integração no processo; d) Proteção individual de pessoas e de grupos profissionais seja do contato pessoal com águas infestadas pelos caramujos hospedeiros intermediários, seja pelo uso de vestuário impermeável à penetração de cercárias ou ainda o uso experimental de substâncias potencialmente impeditivas dessa penetração e finalmente e) Tratamento de populações infectadas, com inúmeras drogas desde os antimoniais até os produtos mais recentes de utilização em dose única por via oral, como o oxamniquine e o praziquantel, este ainda na fase de experimentação clínica.

Nenhum dos métodos acima mencionados pode ser considerado em extensão como capaz de isoladamente promover o controle da esquistossomose, a não ser em áreas e grupos populacionais muito restritos, como é o caso do uso de moluscicidas quando aplicados com um grande rigor de técnica e regularidade, acompanhado de um rígido programa de vigilância

durante períodos muito longos ou praticamente infinitos, o que torna o programa muito dispendioso e praticamente inaplicável num país de extensão territorial e de fauna planorbídea disseminada como a existente no Brasil, além dos problemas de poluição e do comprometimento da lavoura e de alguns elementos da fauna. Por outro lado os experimentos sobre o controle biológico não têm trazido argumentos convincentes sobre a eficácia de sua utilização em maior escala.

O saneamento básico e o abastecimento de água tratada seriam naturalmente uma importante solução para o problema do controle não só da esquistossomose nas populações aglomeradas, mas de outras doenças de transmissão hídrica; entretanto, restariam as dificuldades de controle nas populações rurais não aglomeradas e principalmente nos grupos profissionais com contacto obrigatório com a água, especialmente os lavradores, uma vez que seria impossível o saneamento global do universo habitado.

A educação sanitária como medida isolada certamente não teria cabimento num programa de controle da esquistossomose; entretanto, a participação ativa da comunidade nas diversas etapas da compreensão e aplicação das medidas de controle seria, naturalmente, em nossa opinião, a única forma de obtermos resultados permanentes e rentáveis em termos não só do controle da esquistossomose mas de diversas outras doenças, e, mais ainda, no processo de desenvolvimento global. Em realidade as experiências realizadas até agora neste campo no Brasil são extremamente fragmentá-

* Trabalho apresentado na Reunião promovida pelo Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sobre Epidemiologia e Controle da Esquistossomose, Recife, 24 a 28 de abril de 1978.

** Professores do Departamento de Medicina Preventiva U.F.R.J.

Recebido para publicação em: 28. 4. 1978

rias e frágeis, de um lado pela timidez ou interferências de conotações políticas e, de outro, pela limitação e fragilidade dos programas em si, seja do ponto de vista do seu conteúdo ou da falta de apoio e crédito pelas entidades patrocinadoras.

A proteção individual de pessoas e grupos profissionais do contato à penetração de cercárias pela pele tem grandes limitações não só do ponto de vista numérico das pessoas que podem ser protegidas, como também do ponto de vista técnico e operacional. É quase que impraticável o uso de botas, luvas, e outros vestuários impermeáveis, nas condições culturais e de trabalho de nossa população rural, que é obrigada a um contato permanente com a água. Por outro lado a proteção para evitar o contato da população com a água infectada demanda uma série de medidas básicas como construção de lavanderias, fechamento e limpeza de valas e medidas de educação sanitária, com as limitações e dificuldades já conhecidas e cujos resultados não parecem ter sido devidamente avaliados em nosso país. Certamente a única medida de proteção individual e coletiva segura seria o aumento da resistência e imunidade às infecções se dispuséssemos de uma vacina eficaz, o que não parece viável a curto e médio prazo.

O conceito de tratamento em massa "stricto sensu" é o de tratamento simultâneo de toda a população de uma comunidade, incluindo indiscriminadamente doentes e não doentes, infectados e não infectados de todas as idades e sexos. Este conceito não poderia ser aplicado do ponto de vista ético, a não ser com drogas absolutamente atóxicas, o que não ocorre nem mesmo no caso de "vacinação em massa" quando se selecionam alguns casos de contra-indicação absoluta. Do ponto de vista prático, chama-se de tratamento em massa o tratamento simultâneo ou "quase simultâneo" de um "grande número" de pessoas representativo de uma comunidade, como define Martins¹⁰, segundo Prata¹³. Mesmo este último conceito não pode ser aplicado ao caso da esquistossomose, primeiro porque não dispomos ainda de uma droga absolutamente atóxica e segundo porque não se justificaria o tratamento de indivíduos não infectados a não ser como grupo controle de toxicidade em determinados experimentos.

No caso particular da esquistossomose, parece-nos mais adequada a aplicação do conceito de tratamento seletivo em larga escala, consistindo os elementos de seleção: a) Indivíduos

com infecção ativa; b) Indivíduos sem contra-indicação absoluta e c) Indivíduos que permitam o tratamento. Estas três condições, aliadas a uma taxa de aproximadamente 10% de exames de fezes falso-negativos, limitam acentuadamente o emprego do tratamento específico como medida de controle da esquistossomose. Poder-se-ia superar esta última dificuldade (casos com exame falso-negativos) excluindo o primeiro item da seleção e portanto tratando todos os indivíduos da comunidade, independente de estarem ou não infectados, desde que não apresentassem contra-indicação absoluta ao tratamento e que não se opusessem a ele, o que nos colocaria mais próximos do conceito de tratamento em massa; entretanto, este fato encareceria tremendamente o custo da operação pela quantidade de medicamento a ser utilizado desnecessariamente, tanto mais quanto menor fosse a prevalência da infecção na comunidade, embora esse custo fosse minimizado pela dispensa do diagnóstico laboratorial da infecção. De outra parte, aumentaríamos o risco dos efeitos tóxicos e colaterais pela extensão do tratamento.

Os trabalhos pioneiros do tratamento seletivo da esquistossomose em larga escala como os de Heraldo Maciel⁹, Get Jansen⁶, Hoel Sette¹⁴ e Rodrigues da Silva¹⁵, realizados no Brasil, utilizando ainda os antimoniais trivalentes, trouxeram uma importante contribuição para o conhecimento dos resultados e dificuldades da quimioterapia como medida de controle da esquistossomose. Desde então, pode-se avaliar que o tratamento específico da esquistossomose mansoni é uma importante medida para o controle da doença em populações afastadas das áreas endêmicas e das dificuldades desse tratamento devido aos efeitos tóxicos, à impossibilidade do tratamento de toda a população infectada, e às re-infecções nas áreas endêmicas, limitando acentuadamente o seu emprego como medida de controle nessas áreas, embora com a demonstração clara de que a sua utilização pode reduzir a evolução da doença para as formas graves, fato que veio a ser confirmado por Kloetzel⁸ posteriormente.

Com a descoberta de drogas menos tóxicas e de aplicação em dose única, como é o caso do Hycanthon, pode-se empreender campanhas em maior escala como a desenvolvida por Pizza¹² em São Paulo e pelo Ministério da Saúde no mesmo período, em outros Estados. Infelizmente os resultados dessas campanhas não puderam ser apurados, o que seria de ex-

trema importância. Em estudos experimentais de campo em menor escala, Bina e Prata^{1, 2} e Bina³ na Bahia, têm demonstrado a possibilidade de redução dos índices e da intensidade da infecção nos indivíduos tratados e que permanecem na área endêmica e, ainda, a redução da evolução da doença para as formas graves, fato que atribuem ao aumento da resistência às re-infecções dos indivíduos tratados. Katz & colaboradores⁷, entretanto, não têm obtido em Minas Gerais resultados semelhantes quanto às re-infecções de pacientes previamente tratados, observando praticamente os mesmos índices de infecção ao fim de 7 anos após o tratamento.

Mais recentemente, com a utilização do Oxamniquine por via oral em dose única, com elevados índices de cura parasitológica e baixa toxicidade, estimulou-se o uso dessa droga em larga escala, inclusive em campanha de tratamento em massa adotado pelo Ministério da Saúde, em 1976, com a qual não concordamos pelas seguintes razões: 1º) Por falta de um estudo piloto prévio bem conduzido, acompanhado de um grupo controle e de outros requisitos de avaliação, que possam oferecer um suporte científico a um empreendimento desse vulto; 2º) Pelo elevado custo do investimento, não justificado sem as garantias de sucesso e sem as salvaguardas de eventuais prejuízos decorrentes de efeitos tóxicos, seleção de mutantes resistentes e de resistência cruzada; 3º) Pela existência de estudos prévios que demonstram que as falhas terapêuticas primárias de 10 a 20% e as re-infecções da ordem de 15% ao ano, além da impossibilidade do tratamento simultâneo de toda a população, anulam a possibilidade do controle da esquistossomose pelo tratamento em larga escala, conforme demonstramos em trabalhos anteriores^{4, 5}.

Diante do exposto nesta revisão sumária, concluímos:

- 1º) Que os métodos atuais são insuficientes e extremamente dispendiosos para o controle dos hospedeiros intermediários da esquistossomose, num país da extensão territorial do Brasil e com a sua extensa distribuição plamorbídica.
- 2º) Que o saneamento básico e o abastecimento de água, ao lado da educação, são os elementos fundamentais para qualquer programa de controle da esquistossomose e de outras doenças de transmissão hídrica.
- 3º) Que a participação ativa da comunidade é a única forma de obtermos resultados permanentes em qualquer programa de controle da esquistossomose ou de qualquer outra doença, dentro do conceito da necessidade de desenvolvimento global.
- 4º) Que o tratamento quimioterápico deve ser considerado apenas como método auxiliar no controle da esquistossomose devendo ser aplicado particularmente em crianças e adultos jovens com elevadas cargas parasitárias, visando a reduzir a evolução da doença para formas graves.
- 5º) Que nenhum método isoladamente pode ser considerado capaz de controlar a esquistossomose e que qualquer programa de controle deve considerar a necessidade da aplicação multidisciplinar dos métodos existentes.
- 6º) Que há uma grande necessidade de avaliação crítica das experiências de controle da esquistossomose já realizadas no Brasil e dos resultados obtidos, antes do planejamento de novos programas que devem sempre ser precedidos dessas avaliações e de novas pesquisas dirigidas para completá-las através de projetos pilotos e estudos de pontos específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BINA, J. C. & PRATA, A. — Hycanthono no tratamento da esquistossomose em uma área rural com baixo índice de transmissão da doença. *Gaz. Med. Bahia*, 70: 127-130, 1970.
2. BINA, J. C. & PRATA, A. — An attempt to control Schistosomiasis mansoni in an endemic area by use of Hycanthono as chemotherapeutic agent. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 8: 217-222, 1974.
3. BINA, J. C. — Influência da terapêutica específica na evolução da esquistossomose mansônica. Tese de Mestrado, Univ. Fed. da Bahia, 58 pags., 1977.
4. COURA, J. R., ARGENTO, C. A., LEWIS, E. M., SANTOS, M. L., CONCEIÇÃO, M. J. & MAGALHÃES, P. — Perspectivas de controle da Esquistossomose mansoni pelo tratamento específico com Oxamniquine em áreas endêmicas. *Anais do XIII Cong. da Soc. Bras. Med. Trop.*, 1: 101, 1977.

5. CONCEIÇÃO, M. J. & COURA, J. R. — Tentativa de controle da esquistossomose mansoni com Oxamniquine. Anais do XIV Cong. da Soc. Bras. Med. Trop., 1: 124, 1978.
6. JANSEN, G. — Profilaxia experimental da esquistossomose de Manson. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 44: 549-578, 1946.
7. KATZ, N. — Informação pessoal, 1977.
8. KLOETZEL, K. — Sobre a conveniência da quimioterapia da esquistossomose em população em contínuo contato com focos. *Rev. Inst. Med. Trop. — São Paulo*, 5: 106-110, 1963.
9. MACIEL, H. O. — O tratamento da Schistossomose intestinal no Hospital da Marinha. *Sci. Med.*, 7: 20-24, 1929.
10. MARTINS, A. V. — Plano de tratamento em massa. In *Esquistossomose mansoni no Brasil*. São Paulo, 1952 (citado por Prata — 13).
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), 1976.
12. PIZZA, J. T. — O uso de esquistossomicidas em Campanhas de Saúde Pública. Cong. Bras. Hepatologia. Belo Horizonte, Novembro 1975.
13. PRATA, A. — Experience in Brazil with the use of available Schistosomicides in mass treatment campaigns. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 10: 1976.
14. SETTE, H. O. — O tratamento da esquistossomose mansoni à luz da patologia hepática. Tese, Fac. Med., Recife, 220 pags., 1953.
15. SILVA, J. R. — Avaliação dos resultados da terapêutica da esquistossomose mansoni em uma campanha de Saúde Pública no Brasil. Proc. 6th Intern. Cong. on Trop. Med. 2: 89-100, 1958.