

RESUMO BIBLIOGRÁFICO

O Controle das Endemias no Brasil de 1979 a 1984) – Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM. Brasília, 1985, 154 páginas.

O documento apresenta as atividades da SUCAM no controle de endemias, no período de 1979 a 1984, abrangendo a malária, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela, endemias focais – leishmanioses, peste, tracoma, filarioses e bócio endêmico. São feitas referências às atividades de apoio da Divisão de Epidemiologia, Divisão Técnica e Serviço de Projetos e Atividades Especiais (Seproe).

1 – O programa de *malária* visa manter livre de transmissão as áreas onde a doença deixou de ser endêmica (áreas em vigilância), completar a interrupção da transmissão nas áreas com baixa incidência e reduzir a incidência a nível mais baixo possível nas áreas com elevada transmissão (Amazônia). Dentre as características do atual programa estão a estratificação epidemiológica – identificação das localidades geradoras da maioria dos casos para fins de controle –, a instalação de laboratórios auxiliares de campo para proporcionar assistência medicamentosa mais efetiva à população sob risco e direcionamento das operações de inseticida às áreas onde possam ser obtidos maiores benefícios.

De 1979 a 1983 o número de casos de malária elevou-se de 144 mil para 298 mil, chegando a cerca de 176 mil no primeiro semestre de 1984; enquanto que na Amazônia registraram-se 170 mil, fora dessa Região foram detectados menos de 6 mil casos, a maioria importados da própria Amazônia. Ainda no primeiro semestre/84 o índice de lâminas positivas (ILP) foi de 18,5% para a Amazônia e 0,8 para o resto do país, e as Unidades com maior incidência parasitária anual (IPA) foram Rondônia (160,7 casos por mil habitantes), Roraima (152,7), Acre (33,6), Amapá (32,8), Pará (28,0), Goiás (8,1), Mato Grosso (6,9), Maranhão (5,4) e Amazonas (4,2), ressaltando-se que Rondônia e Pará reúnem dois terços de todos os casos registrados no país em 1984; são os Estados mais afetados por problemas técnicos especialmente processos migratórios e garimpos. Fora da Amazônia, por pressão de casos dessa Região, aparecem frequentemente focos novos ativos – em 1984 surgiram 29 desses focos, quase todos logo eliminados pela aplicação de medidas antifocais.

Um dos resultados favoráveis da luta antimalárica foi o aumento, no período de 1979/1984, da população da área em vigilância – de 34,6 para 41,0 milhões, correspondentes a 72 e 75% do total de habitantes da área malárica. Em fase de ataque, sob risco da enfermidade encontram-se 14,9 milhões de pessoas (1984), número esse superior aos 13,8 milhões de 1979. Tem ocorrido também uma redução da necessidade de inseticida (DDT): de 2.500 toneladas

(1979) para 1.500 (1984), como resultado da estratificação das áreas em cobertura.

Há referência a fatores impedindo a obtenção de melhores resultados, tais como a existência de cepas de *P. falciparum* resistentes à cloroquina e à associação da sulfadoxina + pirimetamina, o intenso fluxo migratório, o assentamento precário dos migrantes e a supervisão deficiente que não assegura boa qualidade aos trabalhos de campo em algumas áreas. Como medidas destinadas a minimizar problemas, a Divisão de Malária pretende iniciar o emprego da mefloquina (associada à sulfadoxina e pirimetamina) no tratamento de cepas resistentes do falciparum, realizar estudos para testar a eficiência dos esquemas de 3 a 5 dias da associação primaquina + cloroquina no tratamento do *P. vivax*, estimular o uso de cortinas impregnadas de inseticidas nas áreas de garimpos e estimular o emprego de obras de saneamento em áreas urbanas para reduzir a densidade vetorial e treinar novos malariologistas para as Diretorias da Amazônia.

2 – O controle da *doença de Chagas*, iniciado em 1975, tem evoluído satisfatoriamente em áreas com *Triatoma infestans*, uma espécie estritamente domiciliada; os atuais índices de infestação predial são reduzidos, comparados aos iniciais, o que demonstra uma resposta favorável às medidas de ataque. Nas áreas com alta densidade do *T. sordida* (Minas Gerais, Goiás,...), com *Panstrongylus megistus* (regiões litorâneas e úmidas) e com *T. brasiliensis* ou *T. pseudomaculata* (Nordeste) os resultados não são tão animadores, quanto à expectativa do programa de manter a infestação em baixo nível a fim de inviabilizar a transmissão. E existe ainda a possibilidade de uma espécie ser substituída por outras, tanto no peri como no intradomicílio. Algumas espécies, como o *Rhodnius neglectus*, *R. nasutus* e *T. rubrovaria*, estariam em fase inicial de adaptação aos ecótipos artificiais. Não se deve pensar portanto que o controle da doença de Chagas, através de medidas dirigidas ao vetor, seja sempre decisivo e que possa levar à erradicação, mesmo porque o ciclo selvático da transmissão não é afetado.

De 1979 a 1984 este programa expandiu-se de 14 para 19 Estados, de 688 para 2.125 municípios, de 49,8 mil para 123,3 mil localidades, e as pesquisas domiciliares aumentaram de 2,1 a 6,0 milhões. O número de borrições sofreu oscilações, de 551 mil a 441 mil (este último valor para o 1º semestre de 1984) sob a influência de vários fatores, e o índice de infestação predial decresceu de 4,26 (1979) para 2,23% (1984).

O inseticida mais empregado no combate aos vetores é o BHC, concentração de 30% de isômero gama. É moderadamente tóxico para o homem e bastante ativo contra os triatomíneos. É de baixo custo em relação a maioria de outros produtos; tem efeito residual em torno de dois meses e até o momento, em provas de suscetibilidade, não surgiram linhagens de triatomíneos resistentes ao mesmo. A sua aplicação é feita nas localidades infestadas.

3 – Com relação a *esquistossomose* a descoberta de novos quimioterápicos e o uso de um moluscicida eficiente permitiu a aplicação de nova estratégia no controle desta endemia. Em 1976 foi criado o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE), com o objetivo de reduzir a infecção a 4% nas áreas afetadas, através da eliminação de 90% dos miracídeos (quimioterapia), redução da densidade dos planorbídeos, por períodos limitados, a 1% da densidade preexistente (uso de moluscicida), introdução de melhorias sanitárias (água, dejetos) e emprego de medidas educativas. Entretanto o PECE não alcançou seus objetivos em termos de cobertura e nas áreas trabalhadas os índices não se reduziram conforme o esperado e, em 1980, suas atividades foram integradas às atividades regulares da Divisão de Esquistossomose.

De 1979/1984 foram feitos inquéritos coprocópicos em 1.745 municípios, abrangendo 90 mil localidades, com a realização de 9,5 milhões de exames, dos quais 907 mil positivos para *S. mansoni* (índice de 9,5%). Foram concluídos 6,28 milhões de tratamentos em 82 mil localidades de 1.865 municípios. Foram realizadas 162 mil aplicações de "Bayluscide" em criadouros de caramujos.

O objetivo primordial do controle desta enfermidade é reduzir a transmissão e evitar as formas graves. Um ponto polêmico é o da quimioterapia em massa, cujo emprego é contestado por pesquisadores e sanitaristas. Contudo, como o tratamento apenas dos positivos não cobre todos os casos devido aos falsos negativos, e não se devendo tratar toda a população conforme se fazia anteriormente quando a prevalência em escolares era superior a 20%, pensa-se adotar uma posição intermediária por exemplo, tratar toda a comunidade quando o índice de prevalência na mesma for superior a 60%, tratar o grupo dos 5 aos 25 anos com a prevalência de 4 a 60% e, tratar apenas os positivos quando a mesma for inferior a 4%.

Um convênio com o Departamento de Malacologia da Fundação Oswaldo Cruz está permitindo o levantamento malacológico em todo o país, inclusive em áreas indenes, para a atualização da carta planorbídica. Este trabalho possibilitará o estabelecimento de normas orientadoras de vigilância na Amazônia, Centro-Oeste e Sul do país.

4 – Quanto ao controle da *febre amarela*, ele tem o propósito de manter erradicada a sua forma

urbana e sob controle a forma silvestre. Há concentração de esforços na vigilância que visa detectar precocemente a circulação de vírus amarelíco em primatas e no homem. No período 1979/1984, em 1.245 amostras de fígado 141 foram positivas, enquanto que, em 473 amostras de sangue para exames sorológicos em 22 comprovou-se a presença desta arbovirose. Dos 136 casos, 22 recuperaram-se e 114 evoluíram para o óbito. Em cada um dos surtos epidêmicos foi feita a vacinação de bloqueio para evitar o aparecimento de casos novos em localidades vizinhas.

A proteção dos habitantes da área endêmica assim como das pessoas que para aí se dirigem é proporcionada pela vacinação; de 1979 a 1984 foram aplicadas 19,7 milhões de doses, sendo 13,3 na área endêmica e 6,4 na área indene, estimando-se atualmente, que mais de 80% da população residente na área endêmica esteja vacinada.

Na vigilância anti-*aegypti* o objetivo é a detecção precoce desse vetor com o objetivo de eliminá-lo. Esta vigilância detectou 78 focos em todo o país no período de 1979/1984 conseguindo eliminar 60, enquanto que nos demais estão sendo aplicadas medidas para extingui-los.

Nas áreas infestadas o objetivo final é o de erradicação contudo os recursos disponíveis não têm sido compatíveis com a meta. Em 1984 encontravam-se infestadas as cidades do Rio de Janeiro, Niterói (além de outros municípios do RJ), Salvador (e vários outros municípios da Bahia) e as cidades de Foz do Iguaçu (Paraná), Campo Grande, Ponta Porã e Mundo Novo (estas no Mato Grosso do Sul), Fortaleza (Ceará) e Santos (São Paulo).

5 – No grupo das endemias focais estão reunidas as *leishmanioses*, *peste*, *tracoma*, *filarioses* e *bócio endêmico*.

A leishmaniose visceral ou calazar que constitui um problema sanitário no Nordeste (MA, PI, CE, PB, PE, BA), vem recrudescendo nos anos recentes e urbanizando-se, conforme atestam casos autóctones registrados em várias cidades, como Santarém, São Luís, Teresina, Sobral, Fortaleza, Aracaju e Corumbá. De 1979 a 1984 o número de casos registrados elevou-se de 91 para 1.150 e os objetivos das medidas de controle são evitar a letalidade e a expansão da endemia a partir dos focos conhecidos, e tentar interromper a transmissão nos focos mais importantes. A estratégia operacional prevê a delimitação das áreas com maior prevalência, a descoberta e tratamento dos casos humanos, a identificação e eliminação dos cães infectados e a redução da densidade dos vetores, representados principalmente pelo flebótomo *L. longipalpis* que predomina nos inquéritos entomológicos.

Em referência a leishmaniose tegumentar americana (LTA), esta enfermidade que apresenta

alta prevalência em zonas de colonização recente, relacionada com a derrubada de matas e ocupação de novas fronteiras, vem se transmitindo também em zonas ocupadas há bastante tempo, como o Vale do Rio Doce (MG) e em zonas serranas do Ceará, Paraíba e Bahia. O seu controle é muito difícil devido suas características epidemiológicas, pela variedade de reservatórios e de vetores silvestres, o que inviabiliza os procedimentos clássicos de borrição. Nestas circunstâncias o esforço é dirigido para a ampliação e aprimoramento da detecção de casos e obtenção de dados de áreas sem notificação e realização de inquéritos entomológicos, com aplicação de medidas eventuais de controle dos vetores. Ressalte-se o apoio da SUCAM às pesquisas que contribuem para o melhor conhecimento da epidemiologia da LTA em especial quando se pode vislumbrar alguma aplicação no controle da endemia. Cite-se, como exemplo, os ensaios de vacinação anti-LTA, do Departamento de Parasitologia, Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais. De 1974 a 1984 os registros demonstram variações na incidência da LTA: 3.152, 4.400, 5.096, 5.477, 5.009 e 4.359, este último parcial de 1984.

Quanto à peste, os seus focos naturais que exigem vigilância eficaz e controle rigoroso devido ao grande potencial epidêmico e alta letalidade, estão localizados principalmente em zonas rurais do Ceará, Pernambuco e Bahia. As medidas de controle têm por finalidade evitar os óbitos pela enfermidade, reduzir a incidência dos casos humanos e impedir a dispersão além dos limites habituais dos focos. Para isso a vigilância está atenta para os sintomáticos ganglionares e para a circulação da *Yersinia pestis*. A sua incidência mostra grandes variações em função da ocorrência ou não de surtos: no período 1979/1984 foram registrados 422 casos humanos, com as seguintes variações anuais: 0, 107, 59, 151, 82 e 23.

Com relação ao tracoma, tem havido franca diminuição das formas graves e da frequência de seqüelas incapacitantes, devendo-se este fato aos antibióticos, ao emprego de medidas de controle e à melhoria das condições de vida nos "bolsões" da doença, especialmente quanto às de natureza higiênico-sanitárias. Entretanto focos hiperendêmicos ainda persistem em regiões muito pobres, desassistidas, com escassez de água e com precárias condições de higiene. No período 1979/1984 foi significativo o número de indivíduos examinados, variando entre 500 a 600 mil por ano, enquanto que os índices de prevalência oscilaram entre 22,3 e 33,4% ao ano, com registro de 146 mil casos, como média anual. As atividades de controle têm sido desenvolvidas em focos de 14 Estados (todos do Nordeste mais PA, MG, ES, PR e GO).

Quanto às filariose, a bancroftose possui focos tradicionais em Belém (PA) e Recife (PE), os quais vêm sendo trabalhados com regularidade. Os índices

de prevalência mostram um declínio do problema: em Recife, de 2,14 (1979) a 1,50% (1984) e em Belém de 0,3 (1979) a 0,2% (1984). É prevista a completa interrupção da transmissão em ambas as cidades dentro de algum tempo, necessitando-se, contudo, aprimorar as técnicas de diagnóstico pelo uso de método mais sensível para detectar os portadores de baixa microfilarémia que escapam ao exame parasitológico tradicional e pela utilização de obras de saneamento para a redução da densidade vetorial em determinada época do ano. Quanto à oncocercose, a SUCAM está atenta diante da possibilidade de expansão doença para áreas indenes e apóia pesquisas entomo-epidemiológicas nos focos conhecidos.

Na prevenção do bócio endêmico a SUCAM está associada ao Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM) na compra de iodato de potássio e de equipamento para iodação que são fornecidos às indústrias de beneficiamento de sal; participa também da assistência técnica às mesmas e realiza análises para determinação do teor do iodato no sal posto a venda ao consumidor. Nos anos 1983 e 1984, em milhares de análises realizadas, 90% das amostras exibiram teor satisfatório de iodo.

Como estruturas de apoio aos programas funcionam a Divisão de Epidemiologia, a Divisão Técnica e o Serviço de Projetos e Atividades Especiais (SEPROAE).

A Divisão de Epidemiologia desenvolve estudos e atividades a partir de 1982, ano em que foi criada. Cite-se, como exemplo, a avaliação do programa de esquistossomose, a análise das medidas de controle dessa endemia no vale do rio Preto (DF) e em Montes Claros (MG); investigação e inquérito epidemiológico do dengue em Boa Vista (RR); estudo da resistência "in vivo" do *P. falciparum* à cloroquina e à associação sulfadoxina + pirimetamina; e criação do Informativo Epidemiológico da SUCAM.

A Divisão Técnica é responsável por uma série de atividades, inclusive cursos, treinamentos, desenvolvimento de atividades educativas, padronização das atividades laboratoriais e controle de qualidade dos laboratórios da SUCAM (Laboratório Central). Participa de vários estudos e inquéritos em níveis de Superintendência e de campo.

Finalmente, com relação ao trabalho do SEPROAE destaca-se a elaboração de projetos para a captação de recursos adicionais e dos planos operativos da SUCAM e que fazem parte do Programa Anual Integrado do Ministério da Saúde. Uma de suas atribuições é a edição da "Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais".

Em síntese, estas foram as principais atividades desenvolvidas pela SUCAM no período de 1979/1984.

Agostinho Cruz Marques
SUCAM – Ministério da Saúde
Brasília