

# DOENÇAS TROPICAIS NO BRASIL

## SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

---

*Marcos Boulos*

A história do Brasil coincide com a das doenças tropicais, trazidas, em sua maior parte, pelos colonizadores europeus e pelos escravos africanos. O ambiente florestal, facilitador da disseminação de doenças transmitidas por vetores artrópodes e dificultador da colonização, juntamente com as altas temperaturas, foram determinantes para a modificação dessas moléstias. Além disso, ações de saúde pública eminentemente pontuais e em geral motivadas por interesses econômicos contribuíram para a manutenção das doenças tropicais. Assim é que, apesar do saneamento básico e de outras conquistas da urbanização, em pleno século XXI várias endemias mantêm patamares de meados do século passado, enquanto outras ressurgem após terem sido praticamente erradicadas. É o caso da malária, da leishmaniose – em franca expansão –, da dengue e da febre amarela.

A história do Brasil, desde seu “descobrimento”, coincide com a das doenças tropicais, que para cá foram trazidas, em sua maioria, pelos europeus colonizadores e africanos escravos.

O ambiente florestal, facilitador da disseminação de doenças transmitidas por vetores artrópodes e dificultador da colonização, juntamente com as altas temperaturas, contribuíram fundamentalmente para a proliferação e manutenção das doenças tropicais. Foram essas doenças introduzidas que praticamente devastaram as comunidades indígenas que aqui viviam, abrindo a porta para a “conquista” de suas terras. As doenças tropicais serviram ainda, nesse primeiro momento, como barreira contra a invasão e devastação do ambiente florestal.

Com o passar do tempo, foram diminuindo seu impacto nos países com desenvolvimento sócio-econômico mais marcante e perduraram naqueles onde ou não se priorizaram as ações sociais ou essas não puderam ser obtidas por colonizações “parasitárias”. Esses últimos países, localizados principalmente na América Latina e África, e entre os quais se encontra o Brasil, têm ações de saúde pública predominantemente pontuais, visando a solução do problema específico que se apresenta, ações geralmente motivadas por interesses econômicos.

Um exemplo clássico foi o do controle da febre amarela no início do século passado, além da erradicação do *Aedes aegypti* em meados do mesmo século.

A febre amarela era um transtorno para boa parte dos brasileiros e já havia séculos vinha matando pessoas, principalmente nos grandes centros urbanos e, em decorrência, afastava aqueles visitantes ou compradores que para cá vinham. A decorrência óbvia foi o empobrecimento do país pela diminuição da exportação do café, que era nossa principal fonte de recursos.

No contexto acima foi convidado Oswaldo Cruz, então um jovem sanitarista, para resolver o problema, dando-se a ele todas as condições para que isso ocorresse: pessoal da saúde, exército e até prisioneiros. Contou Oswaldo Cruz com 5.000 pessoas para sua “campanha” junto à população do Rio de Janeiro, que era de 700.000 habitantes. Porém, foi ainda necessária decisão política forte, sendo que o então presidente da república, Rodrigues Alves, manteve apoio ao programa muito criticado principalmente pela invasão compulsória dos domicílios com intuito de eliminar possíveis criadouros de *Aedes* e ainda vacinar os moradores contra a varíola (esta última medida incorporada ao programa inicial).

Quando o *Aedes aegypti* reinfestou a cidade do Rio de Janeiro, no fim da década de 1970, não mais havia interesse econômico para a erradicação do mosquito, já que existia vacina contra a febre amarela e as atividades econômicas brasileiras haviam se diversificado muito.

### As doenças tropicais no Brasil hoje

Estamos no início do século XXI, porém várias doenças mantêm patamares de meados do século passado, enquanto outras ressurgiram após um século de ausência de nosso meio. Obviamente também tivemos doenças consideradas erradicadas e outras com diminuição acentuada.

Para se ter noção do meio onde o Brasil está inserido, só nos anos de 1998 e 1999 foram detectadas no mundo, entre outras: 45 epidemias de cólera, 29 de infecção meningocócica, 20 de infecção entérica, 15 de febres hemorrágicas agudas, 8 de infecções respiratórias agudas, 7 de antrax, 6 de febre amarela e 5 de praga. Desnecessário seria afirmar que a grande maioria das epidemias ocorreu em países que não priorizam as ações de saúde.

O saneamento básico, conquista de vários centros urbanos brasileiros, fez com que melhorassem as condições de saúde dessas populações, com acentuada diminuição da desnutrição infantil e diminuição de endemias de transmissão, fundamentalmente pelo contato com a água, como a esquistossomose e outras parasitoses, infecções por enterobactérias e enterovírus, como a febre tifóide, poliomielite e hepatite A. Foi devido ao saneamento básico implementado em grandes centros urbanos que o cólera, que retornou ao Brasil após um século, teve impacto muito menor do que o esperado, incidindo hoje em regiões limitadas do nordeste brasileiro.

A urbanização acentuada que ocorreu na segunda metade do século passado também contribuiu para a redução de endemias rurais, como foi o caso da doença de Chagas, que teve sua transmissão vetorial intensamente diminuída com o desmatamento e uso de inseticidas residuais nas moradias de regiões endêmicas.

Porém, a maioria das doenças transmitidas por vetores, por vias aéreas e sexualmente transmissíveis, continua sua trajetória com oscilações e sem perspectivas de controle, mesmo que para algumas delas existam vacinas disponíveis, se forem mantidas as atuais políticas de saúde pública.

Exemplificarei com algumas doenças tropicais que prevalecem entre nós, sendo que propositalmente não darei abrangência total a elas pelas próprias características deste trabalho.

A *malária*, principal endemia do mundo nos últimos milênios, apresentou acentuada redução de incidência nos países fora da África com a campanha de erradicação encetada pela Organização Mundial da Saúde a partir da década de 1950.

No Brasil, essa doença deixou de incidir significativamente na região extra-amazônica, chegando a ser registrados pouco mais de 50.000 casos no ano de 1970. Porém, o modelo de desenvolvimento escolhido pelo Brasil para a região norte, modelo que permitiu a construção da Transamazônica, a implantação de projetos agropecuários e de mineração sem suporte social, fez com que o número de casos de malária aumentasse ano a ano até 1999, quando foram notificados 632.813 casos.

Sob o risco iminente de explosão epidêmica de enormes proporções, iniciou-se um programa de controle com a contratação e a capacitação de recursos humanos e aparelhamento dos estados e municípios. Apenas com tais medidas houve reversão da tendência crescente e, para o ano de 2002, são esperados menos de 400.000 casos de malária no país.

Haverá manutenção do programa com conseqüente controle da malária?

Apesar da resposta a este questionamento permanecer no terreno do provável, o modelo empregado para conduzir a maior parte dos programas de saúde em nosso país – com enfrentamento do incêndio onde ele esteja e abandonando-o após a “sensação” de vitória – leva a crer que este é apenas mais um capítulo de uma novela das mil e uma noites.

A *leishmaniose* é outra endemia de enormes proporções que acomete milhões de pessoas no mundo e de que o Brasil participa com número significativo de casos. Cerca de 350 milhões de pessoas estão sob risco de adquiri-la em todo o planeta. Estima-se em 12 milhões o número de casos novos anuais. Noventa por cento dos pacientes com a forma muco-cutânea da doença encontram-se na Bolívia, Brasil e Peru. Noventa por cento com a forma cutânea da mesma encontram-se no Afeganistão, Brasil, Irã, Peru, Arábia Saudita e Síria. Noventa por cento dos pacientes com a forma visceral encontram-se em Bangladesh, Brasil, Índia e Sudão.

Do acima exposto, podemos depreender que o Brasil é grande reservatório de todos os tipos de leishmaniose, e o que é pior, a endemia encontra-se em franca expansão. A leishmaniose cutânea e muco-cutânea têm acometido populações em regiões de desmatamento da Amazônia e são

ainda encontradas próximas a grandes centros urbanos com surtos na cidade de Manaus e mesmo em regiões da floresta Atlântica residual. A leishmaniose visceral, por sua vez, não só está em expansão no nordeste brasileiro como ressurgiu em regiões onde esteve ausente por várias décadas, como é o caso do estado de São Paulo, com epicentro na região de Araçatuba.

É importante destacar que as leishmanioses são de particular gravidade em pacientes imunossuprimidos (aids, transplantados de órgãos e oncológicos sob quimioterapia), com reativação da infecção quiescente.

Algumas ações tais que eliminação de potenciais reservatórios, como o caso de cães domiciliares, não têm mostrado eficácia, além de afastar a colaboração popular. Não consigo vislumbrar ação, embasada tecnicamente, que tenha sido empregada com o objetivo de controle das leishmanioses em nosso meio.

A dengue é outra endemia em expansão e que acompanha a proliferação de *Aedes aegypti*. O número de casos e países acometidos vem aumentando nos últimos 20 anos. O custo social dessa pandemia é enorme, não só pelo sofrimento humano, mas pelo tempo perdido e gasto em assistência médica e controle.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 2,5 bilhões de pessoas vivem em regiões endêmicas da dengue, com aproximadamente 80 milhões de casos anuais e 20.000 óbitos.

Nas Américas, o gasto com controle da dengue foi de aproximadamente 330 milhões de dólares em 1996 e de 670 milhões de dólares em 1997. A despeito desses dados, o número de casos de dengue continua a crescer: foram 285.000 casos em 1996 e 695.000 em 1998!

Mostrando a dimensão e a gravidade da endemia nas Américas, entre 1968 e 1980 apenas 5 países haviam relatado casos de dengue hemorrágico (60 casos), enquanto que nas duas décadas seguintes o número de países cresceu para 28 e o de casos para mais de 93.000.

No Brasil a dengue tem presença marcante há pouco mais de uma década, acompanhando a expansão da colonização do *Aedes aegypti*. Até 1990 menos de 500 municípios brasileiros estavam infestados pelo *Aedes*, enquanto que em 2000 esse número era maior que 3.000.

Somados ao exposto, centros urbanos empobrecidos, materiais descartáveis ao relento, a característica domiciliar do mosquito vetor e a não prioridade política, tornaram a missão de eliminar outra vez o *Aedes* um sonho com pequena chance de se realizar.

Na segunda metade da década de 1980, a cidade do Rio de Janeiro sofreu uma epidemia pelo sorotipo 1 com estimados mais de um milhão de casos, e alguns anos depois, uma nova epidemia, agora pelo sorotipo 2, a primeira da forma hemorrágica da doença.

Hoje dengue é uma endemia em boa parte do país, com surtos epidêmicos no verão. Nos anos de 2001 e 2002 circulou o sorotipo 3, levando a uma epidemia de grandes dimensões na cidade do Rio de Janeiro.

No ano de 2002, até a semana 30, foram notificados 711.919 casos de dengue no Brasil, sendo 2.229 hemorrágicos e 130 óbitos, alcançando a taxa de 412,57 casos por 100.000 habitantes.

Bem, a dengue é uma doença que veio para ficar! Mais do que nunca precisamos nos preparar para conviver com o vetor e com a doença. A ação continuada de conscientização popular e de não permitir infestações maciças, além do preparo dos recursos humanos da área da saúde para a realização de pronto diagnóstico e tratamento das formas hemorrágicas, são ações que desafiam os órgãos de saúde para mudança de paradigma e programação em longo prazo.

*E a febre amarela?*

Após Oswaldo Cruz, a crença da erradicação da febre amarela foi logo desmistificada pela continuidade da transmissão em áreas silvestres. Ou seja, o *Aedes* não era o único transmissor da doença. O reconhecimento de que mosquitos do gênero *Haemagogus* podiam perpetuar a transmissão em regiões de matas foi um fato que inviabilizou o projeto inicial. Como o homem é infectado acidentalmente, já que o ciclo do *Haemagogus* é feito com macacos que vivem nas árvores, a única prevenção factível é com vacinação.

Com a ampla dispersão do *Aedes aegypti* nos centros urbanos, incluindo aqueles próximos a regiões silvestres, surge a possibilidade de reurbanização da febre amarela, com conseqüências inimagináveis. Este temor se acentua à medida que surtos de febre amarela vêm ocorrendo muito próximo a megalópoles infestadas pelo *Aedes aegypti*, como o ocorrido em 2000 nas cercanias da cidade de Belo Horizonte.

Os defensores da vacinação em massa, procedimento válido perante a possibilidade de epidemias, sofreram revezes pela constatação da possibilidade de viscerilização do vírus vacinal amarílico, fato anteriormente insuspeito. Foram quatro pacientes que morreram devido à disseminação do vírus vacinal no Brasil.

Com o aumento das viagens para regiões de matas, faz-se necessária vigilância intensa procurando vacinar e orientar os viajantes e detectar precocemente qualquer sintoma quando de seu retorno. Afinal foram 224 casos de febre amarela silvestre notificados de janeiro de 1998 a junho de 2001 no Brasil.

## Perspectivas

A história da saúde pública brasileira, no capítulo de controle de endemias, é bem antiga e foi pautada pela verticalização das ações. O exemplo típico é a antiga SUCAM (Superintendência de Campanhas do Ministério da Saúde), que cumpriu trabalho considerado exemplar pela rigidez e reprodutibilidade dos métodos empregados e obediência cega aos conceitos estabelecidos. Porém, a falência dos projetos de erradicação associada à crescente demanda, tornou mandatória a descentralização dos programas e ações.

Necessário se faz, nesse momento de incorporação gradativa das ações de controle de endemias ao Sistema Único de Saúde, que o órgão normatizador, a Fundação Nacional de Saúde, comece a pensar num único programa de controle e não em programas individualizados de doenças, como tem sido feito até agora. Organismo normatizador e vigilância epidemiológica ágeis, descentralização dos programas, treinamento continuado, democratização das informações e divulgação das ações são requisitos básicos para a detecção precoce de epidemias e controle de endemias.

Vivemos num país pobre e desigual onde a política de saúde implementada nem sempre visa a solução dos problemas considerados prioritários em termos de abrangência, mas é direcionada pela pressão de grupos organizados na solução das situações que interessam a essa parcela populacional. Nesse contexto, cabe ao órgão público, no caso das endemias tropicais que acometem prioritariamente populações carentes, implementar ações que possibilitem minorar o sofrimento dessas pessoas que, às duras custas, mantêm o desenvolvimento de região inóspita.

Quais as perspectivas para o controle de endemias?

Estamos em momento de mudança política no país. Como é sobejamente conhecido, todo importante empreendimento social vem a reboque de decisão política corajosa e forte, em que a mudança de paradigma é fundamental para um novo pensar sobre o binômio saúde-doença.

**Bibliografia e sites sugeridos**

GUERIN, P. J. *et al.* Visceral leishmaniasis: current status of control, diagnosis, and treatment, and a proposed research and development agenda. *Lancet Infect Dis.*, 2:494-501, 2002.

GUZMAN, M. G. & KOURI, G. Dengue: an update. *Lancet Infect Dis.*, 2:33-42, 2002.

HERWALDT, B. L. Leishmaniasis. *Lancet Infect Dis.*, 354:1191-99, 1999.

MONATH, T. P. Yellow fever: an update. *Lancet Infect Dis.*, 1:11-20, 2001.

[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)

[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)

[www.who.int/en](http://www.who.int/en)

**Marcos Boulos** é médico, professor titular de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e diretor do Instituto Especializado em Medicina Tropical da mesma Universidade.

[mboulos@usp.br](mailto:mboulos@usp.br)

Gradativamente tem sido observada em nosso país a incorporação das ações de saúde à rede básica, seguindo a orientação do Sistema Único de Saúde. Com isso as endemias passam a ser não mais responsabilidade única de órgão centralizado e centralizador e se incorporam à plêiade de projetos de saúde pública, compondo um grande programa.

Diante dessa nova realidade, pode-se vislumbrar o equacionamento do controle de endemias tropicais que deve necessariamente constar de: normatização das ações a serem implementadas em nível central, capacitação de recursos humanos para a execução das mesmas, descentralização de recursos humanos e materiais para execução das ações, vigilância epidemiológica ágil, rede de diagnóstico e atendimento médico amplamente disponível, além da informação atualizada para permitir engajamento populacional.

Por certo continuaremos a conviver com a maior parte das endemias que aqui estão, apesar da nossa capacidade de abordá-las convenientemente, até porque várias delas se manterão a despeito do desenvolvimento social que porventura possa concretizar-se; porém, é inegável que a abordagem adequada evitará epidemias danosas para a sociedade.