

**DEBATE SOBRE DENGUE PROMOVIDO PELO CEENSP  
EM 30.04.1986**

O Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública traz, hoje, a debate, a discussão sobre o problema do Dengue no Rio de Janeiro. Para isto, trouxemos pessoas do mais alto gabarito, reconhecidas pela competência que têm nesta área, e que vou chamar para compor a mesa.

Convido para se sentarem à mesa o Dr. Eduardo de Azeredo Costa – ex-Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, atual Assessor do Secretário de Saúde e que coordena, neste momento, a investigação de Dengue no Estado do Rio de Janeiro. O professor Eduardo é Professor Titular da nossa casa.

Convido o Dr. Pedro Luís Tauil – Assessor Parlamentar do Senado Federal e professor da Universidade Federal de Goiás. O Dr. Tauil é ex-Diretor Geral do Departamento de Erradicação e Controle de Endemias da SUCAM.

Convido o Dr. Carlos Osanai, professor da Escola de Saúde Pública e que é a pessoa que fez a investigação do surto de Dengue, que tivemos em 81, em Roraima. Assim, é uma pessoa que também conhece muito esse assunto.

O Dr. Antonio Carlos Rodopiano de Oliveira, que representa a Superintendência da SUCAM, não chegou ainda. Vamos começar sem ele. Passo a palavra agora ao Dr. Eduardo de Azeredo Costa.

*Maria do Carmo Leal*

## EDUARDO DE AZEREDO COSTA

Queria agradecer o convite para participar deste debate e saudar a todos os presentes, colegas e amigos. Acho que é uma oportunidade que se abre, aqui, de discutir um tema do momento, de grande importância, porque passa em revista, muitas questões da saúde pública brasileira. Vou começar dando um pouco do histórico dessa epidemia de dengue, relatando como a Secretaria tomou conhecimento do fato.

Aconteceu no momento em que uma pessoa, uma ex-aluna nossa, telefonou para a minha casa relatando que havia uma doença, não identificada, em Nova Iguaçu. Tinha havido um vazamento, na fábrica de inseticidas da Bayer, e isso era associado ao fato de várias pessoas estarem adoecendo com uma espécie de alergia. Houve um pedido para que eu interviesse, pessoalmente, porque temiam que a Bayer fosse muito poderosa e acabasse por engavetar qualquer investigação. Fui à área, e descobri que a Secretaria já sabia, ou seja, o Centro de Saúde já estava lidando com uma notificação de febre tifóide em um bairro. Já estava mais ou menos claro que não era, exatamente, febre tifóide, pois já haviam realizado alguns exames e afastado essa hipótese.

Falo nessa ordem para mostrar que algumas coisas estavam funcionando e, já nessa visita, foi possível esclarecer algumas coisas, com base nas informações então disponíveis. Primeiro, tivemos a clareza de que era uma doença nova, que a população não tinha experimentado antes, e atingia todos os grupos etários, igualmente. Era nova também pela característica de atingir muita gente ao mesmo tempo, ou seja, num período muito curto, mostrando que a população tinha pouca ou nenhuma imunidade para aquilo. Outra coisa muito característica, a virose, tem o seu curso muito uniforme. E tinha aquele quadro clínico muito marcado. Uma das manifestações clínicas que acho interessante no Dengue, pouco marcadas para alguns, é que, praticamente, todos os casos de maior intensidade desenvolveu, depois de passar o período febril, uma depressão muito profunda, inclusive com desejo de morte. Eles não sabem por que estão vivendo e se referem a isso. Por isso, começava-se a pensar que estivessem relacionados com os próprios inseticidas, pois, eventualmente, intoxicações podem trazer um quadro de depressão. Esse quadro estava presente, os doentes falavam com clareza em relação a isto e, também, numa aversão a alimentos de um modo geral. Isto é uma coisa que me impressionou muito, nas conversas que tive com os doentes, além do estado febril agudo.

Mas não havia um padrão de transmissão nítido.

Quando se olhava a série temporal dentro da casa, e mesmo entre casas, não se encontrava um padrão nítido; não havia aquela curva típica de alguma coisa que se transmite para todos, ao mesmo tempo. E, na transmissão interpessoal, especialmente, dentro do domicílio, esperar-se-ia que houvesse, pelo menos, duas gerações de casos com algum intervalo, que o marcassem. E isso também não havia. Em alguns casos, tinha-se dois casos no início, para dois casos depois, mas, em muitas casas, a doença rodava sem um padrão definido. Por esses fatos e pelas condições do local, com vegetação, terrenos baldios com lixo acumulado, entre-meando as residências. Comecei a inquirir sobre a presença de artrópodes na área. Perguntei à população sobre a existência de carrapatos, pulgas . . . Pelos mosquitos, eles achavam que não estavam sendo muito incomodados no período. Achavam que o tempo era de seca e que não havia muitos mosquitos. Na verdade, acho que se referiam mais ao *Culex* cuja densidade deveria estar diminuindo. Falavam também, nitidamente, sobre o problema do mosquito palha, do flebótomo, que antes não havia, mas, agora, apareceu; é um inseto que brilha um pouquinho, meio prateadinho. Por isso incluímos entre as possibilidades, além de que fosse uma enterovirose, essa possibilidade de se tratar de uma arbovirose. A epidemia de Dengue, apareceu então como uma possibilidade concreta, até porque o quadro clínico era mais ou menos parecido.

Acho que o resto se conhece, começou-se um trabalho de investigação maior na área, para conhecer a extensão do problema, enquanto se esperava a confirmação. Antes da confirmação laboratorial, já considerávamos, praticamente, certos de que fosse Dengue, quando soubemos os índices de infestação. Tive a informação logo, pelo Dr. Parigot, que tínhamos 2%, mais ou menos, de domicílios infestados na área, e que isso era suficiente para a transmissão do Dengue, embora fosse pouco para uma transmissão da febre amarela.

A própria SUCAM se movimentou, começando a trabalhar na área, com a organização possível naquele momento, face a uma epidemia que estava se instalando.

Uma das coisas interessantes a relatar, no plano laboratorial, foi que, das nove primeiras amostras tiradas, seis delas, inoculadas em células de *Aedes* mostraram efeito citopatogênico. Foi possível então isolar o vírus, e só depois foi feita a tipagem, que demora mais. Fizemos também, recentemente, uma investigação para tentar identificar o início do surto. Uma curiosidade que não é só científica, porque sabendo-se que vários estados brasileiros, hoje, têm o *Aedes*, seria possível localizar um surto em outro local. Houve esse interesse em saber se, eventualmente, o vírus não estaria circulando no Brasil, em outros

estados, sem o conhecimento das autoridades. E foi mais nesse sentido, que se fez a investigação porque, em geral, não se sabe como é que o surto começa e a infecção se dissemina muito, rapidamente. Encontramos uma pista, com ajuda da comunidade, através da Associação de Moradores, onde fizemos uma reunião.

Eles nos levaram, primeiro, a um senhor que é piloto, trabalhou muito tempo sediado em Roraima e tinha, recentemente, voltado para Nova Iguaçu. Ele tem ainda lá, dois filhos casados, que continuaram trabalhando em Roraima e vieram passar, aqui, as festas de fim de ano. Acontece que sua nora chegou, aqui, grávida, doente, em dezembro com descamação da pele, febre, enfim, um quadro que poderia, eventualmente, ser o da Dengue. Isso nos levou a outra possibilidade. Lá, em Nova Iguaçu, fica a sede de um circo, exatamente em um desses bairros mais atingidos. Esse circo, no momento, está viajando pela Venezuela, tendo estado antes em Roraima. Pelo menos, quatro pessoas, cujos nomes nos deram e nós entrevistamos, estiveram, nesse período, de novembro para cá, na Venezuela, acompanhando esse circo. Eles vieram para o Brasil, e um deles, no dia seguinte da sua chegada, adoeceu, com um quadro também compatível com a Dengue. Outra possibilidade, também lebrada, foi a questão da Via Dutra, com os caminhões. Inclusive porque eles associaram o surto àquela greve dos caminhoneiros que pararam, ali, em grande número, na Dutra, ao mesmo tempo. Eles se lembraram de que as coisas começaram mais ou menos por aquele período, no final de janeiro, início de fevereiro.

A SUCAM levantou um dado importante. Em todas as 170 borracharias que há no trecho de Nova Iguaçu, em 100% delas foram encontradas larvas de *Aedes*. Fomos com o pessoal da Secretaria visitar os ferros-velhos que existem ali, depósitos de carros batidos com pneus abertos etc. A Via Dutra configura, de fato, uma área altamente infestada pelo *Aedes*. É um corredor para a transmissão da doença. E passam por ela, caminhões de todo o Brasil: da Amazônia, de São Paulo, de qualquer lugar. Podemos, assim, configurar uma situação de risco.

Eu diria ainda que, o risco potencial de ocorrer uma epidemia de Dengue era uma coisa para a qual nós havíamos chamado a atenção em 83. Houve, inclusive, um certo alarido, um movimento intenso, na época, quando um colombiano entrou no Brasil e se suspeitou de que tinha Dengue. O fato chegou até a ser noticiado no Jornal Nacional, manchete, na "Última Hora" — "Secretário adverte, 100 mil casos de febre amarela no Rio de Janeiro". A doença era outra, eles fizeram confusão e ficaram meio irritados comigo, na época. Retifiquei o que eles haviam colocado na

manchete da 1ª página. Evidentemente sabemos que a SUCAM tinha poucas possibilidades de enfrentar o problema, em termos de equipamento e de pessoal. A coisa se arrastou, de lá para cá, até acontecer o que fora previsto, previsão que não era só minha, mas de qualquer técnico da área.

Eu queria tão-somente recordar a história do *Aedes aegypti* marcando, nitidamente, quando se erradicou o *Aedes* no Brasil. Em 1955, foi o reconhecimento, mas, em 1957, foi dado por acabado o trabalho de erradicação pelas autoridades nacionais, e, em 1958, foi feita a verificação pela Organização Panamericana de Saúde. Talvez o dr. Tauil tenha dados mais precisos de quando o OPAS declarou erradicado o *Aedes aegypti* no Brasil. De qualquer forma ele reaparece em 67, no Pará, possivelmente, ligado ao contrabando de pneus do Caribe, e, depois, vai descedo e chega à Bahia e no Rio de Janeiro, em 77. Esse período, de maneira nítida, no Brasil, foi um período de grande centralização e centralizados, também, os recursos da Saúde, especialmente, através da unificação da Previdência Social, e desenvolvimento da área hospitalar, especialmente, privada. É um período que marca, ao mesmo tempo, uma grande retração da saúde pública no Brasil. Foi essa retração que levou, de certo modo, à retomada da situação que nós tínhamos no começo do século, no Rio de Janeiro, por exemplo.

Desse período de 20 anos, portanto, retomamos alguns problemas que pensávamos que já tivessem sido eliminados.

Eu encerraria aqui. Temos que ouvir os outros participantes da mesa.

#### PEDRO TAUIL

Quero agradecer, também, esse convite e a oportunidade de discutir o estudo dessa doença, cujo reaparecimento já foi alertado muitas vezes, não só em congressos científicos, mas, também, pela imprensa leiga. Um dos grandes obstáculos da luta contra o *Aedes*, no Brasil, é por ele ser o transmissor de duas doenças consideradas fantasmas: a febre amarela urbana, que não existe no Brasil desde 42, e a Dengue que era uma abstração, apesar de já ter ocorrido uma epidemia em Roraima, que o dr. Osanai vai relatar. A repercussão que houve nos grandes centros foi mínima, e nós, lamentavelmente, mesmo com a Dengue em Roraima, na ocasião, não conseguimos levantar os recursos necessários, junto aos órgãos de decisão do governo para uma campanha de erradicação do *Aedes*, no Brasil.

Gostaria de fazer alguns comentários sobre a Dengue

Cadernos de Saúde Pública, R.J. 2 (3):181-212, abr/jun, 1987

em geral, e depois abrimos o debate. A Dengue é uma doença virótica, aguda, que na sua forma benigna se apresenta com "mialgias", "artralgias". A chamada doença quebra-ossos, porque dá uma artralgia muito violenta, uma dor "retroorbicular", cefaléia e, mesmo na sua forma benigna, é acompanhada de "petéquias". É uma doença que dura cerca de 7 a 10 dias e apresenta, como um sinal, também, a "hepatomegalia".

A Dengue, na sua forma maligna, hemorrágica, se apresenta como uma púrpura plaquetopênica que leva a uma síndrome de coagulação intravascular disseminada e ao choque hemorrágico. Há o aumento da permeabilidade capilar, com seqüestro de líquido para o extracelular, o indivíduo morre de um choque hemorrágico. Os agentes etiológicos são quatro tipos de vírus: os vírus 1, 2, 3 e 4. Não há resistência, imunidade cruzada com esses vírus, prolongada. Existe imunidade para o próprio vírus, isto é, quem tem Dengue tipo 1 estaria imunizado, naturalmente, por um tempo prolongado contra outras infecções por vírus tipo 1. A Dengue é, realmente, benigna em termos individuais, mas temos que colocar que ele se apresenta, do ponto de vista social, de uma malignidade muito grande, como o dr. Eduardo relatou. Aparece de forma explosiva tendo assim, um componente social e econômico muito grande.

Na América Central, em Honduras, numa última epidemia que houve lá, várias fábricas foram fechadas, entre elas, uma fábrica de cerveja, porque não tinha ninguém para trabalhar naquele momento.

Esse é um problema que não deve ser desconsiderado, mesmo dentro do quadro clínico do Dengue, na sua forma benigna.

Até 1981, não se conhecia no Ocidente a forma hemorrágica do Dengue. Acreditava-se que, por alguma razão não explicada, ele só existiria no sudeste da África, na Ásia e no Pacífico. Como lá, apesar de existir o *Aedes aegypti*, não há febre amarela, imaginava-se que, aqui no Ocidente, mesmo ocorrendo febre amarela, por uma razão eventual do transmissor, a febre hemorrágica do Dengue não teria condições de vingar ou de prosperar. Lamentavelmente, em Cuba, em 1981, foi registrada uma epidemia de forma hemorrágica. Esperávamos que, a partir dessa epidemia, a América toda se sensibilizasse para o problema da erradicação do mosquito. A epidemia da Dengue foi tão grave que alcançou cerca de 344 mil casos. Com todo o sistema que Cuba apresenta, de saúde pública e de assistência, eles conseguiram baixar a letalidade a níveis muito baixos, em relação ao Oriente, mas tiveram 159 casos de óbitos, principalmente, de crianças. Houve uma movimentação

muito grande no órgão de saúde das Américas a Organização Pan-Americana da Saúde sobre a possibilidade de uma campanha continental de erradicação do *Aedes*, que é a única forma segura de se prevenir epidemias da Dengue no País. Não há outra maneira de se evitar o risco de aparecimento de Dengue.

Já houve relatos de epidemia da Dengue no Pacífico, em países do Pacífico Oriental, onde a densidade de *Aedes* era menor que 1%. A experiência histórica brasileira mostra que não há epidemia, não há casos de febre amarela urbana com densidades inferiores a 5% de infestação predial. No caso da Dengue, esse fato não acontece, por uma razão de ordem biológica, a "viremia", isto é, o tempo de permanência do vírus no sangue, na Dengue, é muito prolongado, em torno de 6 a 7 dias. O período de transmissibilidade começa a partir do primeiro dia, antes dos sintomas, e dura cerca de 5 a 6 dias, *a posteriori*. Isso faz com que a possibilidade de um mosquito se infectar seja muito maior do que na febre amarela, pois na febre amarela, a viremia é em torno de 72 horas. Ora, esse fato sempre mostrou que tínhamos muito mais risco de ter Dengue do que ter febre amarela. E para a febre amarela, temos outras armas que, para o Dengue, não temos.

Levanta-se a hipótese de que a vacina de febre amarela daria uma proteção cruzada contra o dengue, porque são vírus do mesmo grupo, vírus do grupo B, conhecidos, também, como "Flavi-Vírus", e poderia haver uma proteção cruzada, através da vacinação. Esse fato nunca foi comprovado. E a explosividade dessas epidemias é muito importante, porque os países que convivem com o Dengue chegam a ter milhares de casos; em 1979 foram registrados 500 mil casos. Na verdade, esse fato está relacionado à viremia prolongada e à explosibilidade de casos e à necessidade de ações muito intempestivas, que nem sempre os países estão dispostos a utilizar. Para se ter um exemplo, Cuba utilizou até a aspersão de inseticida, por avião. Pode-se imaginar que esta é uma situação não só muito onerosa, mas onde há alguns riscos para a saúde da população, como um todo.

A única maneira segura de se prevenir qualquer epidemia de Dengue é a erradicação do mosquito, repito, não há outra. Não se pode falar em controle do mosquito, porque o controle exige uma atividade permanente, intensiva, de verificação do nível de infestação, coisa que, hoje em dia, é impossível se manter, devido a seu alto custo. E já vimos que o *Aedes aegypti* do Brasil e das Américas é resistente aos inseticidas organoclorados, tanto que, desde os anos 50, quando houve a reinfestação a que o dr. Eduardo se referiu, já se usavam os organofosforados. Estes últimos inseticidas com toxicidade relativamente maior

que os organoclorados, mais caros, e, provavelmente, uma luta interminável de controle, com aplicação desse inseticida, vai levar à resistência e à necessidade da busca de outros inseticidas.

Por ocasião de uma epidemia de Dengue, como a que estamos vivendo, é impossível o isolamento dos pacientes. A eliminação do vetor, na sua forma alada, é diferente da luta pela erradicação do mosquito, que é fundamentada na sua fase larvária. O *Aedes aegypti* é um mosquito muito domiciliar, ele vive ao redor do domicílio, convive com o homem e é antropofílico, (preferência pelo sangue humano). Assim, a única maneira é destruir os insetos alados, já infectados. E a gravidade é grande, porque eles se infectam e permanecem infectados a vida toda; continuam transmitindo a doença enquanto estiverem vivos como alados, que é uma vida em torno de 1 mês e meio a 2 meses. Esses mosquitos têm de ser combatidos, senão, continua a transmissão. Por ocasião de uma epidemia, deve-se intensificar a luta contra os alados. É claro que a luta antilarvária deve continuar, mas não é prioridade. Deve-se continuar a luta antilarvária para que não apareçam novos exemplares adultos. Inseticidas normais são utilizados para o combate à forma alada. Entretanto, hoje em dia, existem técnicas modernas de aplicação de partículas de ultrabaixo volume, que podem ser aplicadas, através de bombas costais, por máquinas montadas em veículos e, também, por avião.

Para se ter uma idéia, na epidemia de Boa Vista, que tinha, naquela época, 50 mil habitantes, houve mais de 10 mil casos. Em Boa Vista, depois que se diagnosticou e se aplicou inseticida em ultrabaixo volume, rapidamente, se conseguiu o controle da epidemia. O custo de qualquer iniciativa dessas é muito elevado. Cuba relatou, no Congresso que houve em Mérida, México, em 82, que gastou 40 dólares *per capita*, só em material importado: inseticida e equipamentos. Imagine-se o custo de uma epidemia, se for para controlar de verdade, no Rio de Janeiro! O grande problema do *Aedes aegypti* é que ele está disperso por quase todos os países da América. Sabemos que, nas décadas de 40 e 50, 18 países da América conseguiram erradicar o *Aedes*. O primeiro que conseguiu foi a Bolívia. Para se ter uma idéia, todos esses 18 países estão reinfestados. Por que isso? Porque alguns países não lograram a erradicação, não defendiam a erradicação, não a consideravam uma prioridade. E esses países passaram a conviver com a Dengue. Convive-se com a Dengue em toda a América Central, América do Norte, México, no Caribe e nos países do norte da América do Sul, entre Venezuela, Colômbia e Guianas.

Antes dessa epidemia no Rio, havíamos comentado que o risco do aparecimento do Dengue, no Brasil, era uma



questão de tempo, apenas. Temos, reconhecidamente, infestados o Rio de Janeiro, os Estados de São Paulo, Bahia, Alagoas, Ceará, o Paraná na área de Foz do Iguaçu, o Mato Grosso do Sul, em Campo Grande e Ponta Porã. Devem existir outros, mas os registros que temos são estes. O que faz com que se torne impossível a ação de erradicação, se esta não for acompanhada, também, de uma ação por parte dos países vizinhos, principalmente, aqueles que mantêm fronteiras terrestres com o Brasil. Se a vigilância fosse centrada, apenas, nos países com os quais não temos fronteiras, onde o inseto poderia entrar por via marítima, principalmente, pois por via aérea é pouco provável que entre, e assim, nós pudéssemos centrar a vigilância nessa área, seria uma situação bastante privilegiada. Mas, lamentavelmente, as nossas fronteiras terrestres, todas, com exceção da Argentina e do Uruguai, desde o Paraguai até as Guianas, estão infestadas, com o agravante de que o Peru, por exemplo, tem o *Aedes aegypti* na cidade de Iquitos, que é em plena Amazônia, onde coexiste com casos de febre amarela silvestre.

A redução da densidade do *Aedes*, mesmo não chegando à sua erradicação, é claro que reduz a probabilidade de epidemias ou de casos, mas não exclui essa possibilidade. O período de incubação da doença, que é um dado importante, varia em torno de 5 a 6 dias, mas pode variar de 3 a 15 dias. O período de transmissibilidade vai do primeiro dia, antes da manifestação dos sintomas, até o quinto ou sexto dia da doença. O mosquito fica infectante a partir do oitavo dia, de 8 a 11 dias, após se infectar, e, assim, permanece por toda a sua vida adulta.

Como eu disse, não existe vacina contra o Dengue. Em todos os congressos de que participei, os americanos dizem que daqui a cinco anos terão uma vacina contra um tipo de Dengue. Mas, esses cinco anos já se passaram e nada aconteceu. Isso mostra a dificuldade técnica de obtenção de uma vacina. O dr. Antônio Pedro, na década de 20, relatou, na "Gazeta Médica", uma epidemia em Niterói: o vírus não foi isolado, mas a doença foi caracterizada como dengue. Na época, existiam muitos *Aedes aegypti*, que Clementino Fraga erradicou em 28.

O problema da falta de disponibilidade da vacina é muito sério. Na verdade, o aparecimento de formas graves de Dengue está relacionado a possíveis surtos posteriores. Há duas teorias, ainda não comprovadas, a respeito do aparecimento da forma hemorrágica do Dengue: a primeira seria uma mutação do vírus, de um dos tipos de vírus que não está identificado, que poderia ter sua virulência aumentada, em determinado momento. Essa é uma teoria que não é tão aceita quanto a segunda, que é a teoria de uma reação

anamnésia de um paciente que esteve com Dengue, por uma conjunção com um outro tipo de Dengue posterior. Em Cuba, eles começaram a ter epidemias de Dengue, desde 1977. Em 1977, tiveram o tipo 1, depois tiveram o tipo 2 e, depois, coexistiram os tipos 1 e 2. E, por ocasião da epidemia de Dengue hemorrágico, em 81, durante esses 4 anos, houve o convívio com o Dengue. Foi identificado e isolado o vírus tipo 2. E, dessa forma, acredita-se que uma eventual combinação desses vírus seria a razão mais provável dessa manifestação. Uma coisa curiosa é que as formas mais graves do Dengue benigno aparecem nos adultos, e as formas mais graves do Dengue hemorrágico, em crianças. Este é um fato constatado nas epidemias que ocorreram, tanto na forma benigna quanto na maligna. É importante notar que, todos esses vírus do Dengue, estão circulando pela América Central, pelo Caribe e, também, pelos países da América do Sul. A possibilidade do Brasil apresentar essas epidemias foi confirmada: era muito previsível, uma questão de tempo. Quando eu trabalhava na SUCAM, em todos os carnavais, preocupava-me muito, porque havia sempre o risco, quando um grande contingente de pessoas entrava, e a doença pode passar despercebida em qualquer alfândega, em qualquer serviço de saúde dos portos, porque é uma doença que, na verdade, não apresenta conotação dramática e é difícil de ser surpreendida, por ocasião de uma triagem em aeroporto. Tenho a impressão de que, a possibilidade de estar havendo outros surtos no país, é um pouco remota, porque o Dengue não se esconde. Ele sempre aparece de forma explosiva. Pode demorar para ser reconhecido, mas é uma doença estranha, que aparece em surtos, sempre com número grande de casos e, ao que parece, não tem havido o registro dessas circunstâncias. Acho que, das hipóteses que o prof. Eduardo levantou, a do circo talvez seja, das três, a mais provável, como introdutora do vírus numa área com *Aedes aegypti*. Estou às ordens para qualquer esclarecimento ou discussão, sobre qualquer coisa que não tenha ficado clara na minha exposição. Muito obrigado.

CARLOS OSANAI

Gostaria, só para retomar a questão da epidemia de Boa Vista, de reportar-me à palavra "doença-fantasma" que o Pedro Tauil usou. Na verdade, há um pouco de nervosismo meu, talvez até, por dois fantasmas. Um fantasma de quase uma reedição da apresentação de tese, que foi centrada em cima disso. Agora, muito maior, essa questão do fantasma do Dengue, uma situação vivida, concretamente, em Boa Vista e que, na ocasião, se conjecturava sobre a

possibilidade de que isso viesse a se repetir, em outros centros maiores. Concretamente, é muito semelhante a minha participação, atualmente, na investigação desta epidemia que está ocorrendo no Rio de Janeiro. Ela se assemelha muito às circunstâncias em que ocorreu a epidemia de Dengue, em Boa Vista. Na época, diretor da Divisão de Epidemiologia da SUCAM, eu estava, inclusive, nesta casa, participando de um curso, e fui chamado pela Superintendência a Brasília, devendo viajar, imediatamente, para Belém, a fim de tomar conhecimento de achados de *Aedes aegypti* e, também, da confirmação laboratorial do Dengue no país.

Naquela ocasião, além desse achado de Antônio Pedro, havia o registro de uma cicatriz sorológica de casos de 1930: em um estudo feito em 1955, na Amazônia, encontraram-se anticorpos de Dengue na área Amazônica. Há 25 anos atrás, era uma época da existência ainda de *Aedes*, na região Amazônica. Então, nós tínhamos da ocorrência, no país, primeiro uma descrição clínica, de 1923. Por outro lado, um achado sorológico, em 1955, reportando-se a pessoas de 25 anos e mais.

Para mim, o Dengue era uma doença desconhecida. Por volta de março de 1982, o Departamento de Arbovírus do Instituto Evandro Chagas recebeu o encaminhamento de um material procedente de uma paciente internada no Instituto de Neurologia, com esses sinais que foram descritos pelo Pedro Tauil ou seja, febre, dores musculares, náuseas, vômitos, tonteados, calafrios e dor de cabeça. Essa paciente disse que estava doente há cerca de oito dias e que havia estado na região, sendo proveniente da região de Boa Vista. Ao mesmo tempo, havia outra paciente que fora encaminhada por outro serviço; não tenho os dados precisos, porque, na ocasião, não me encontrava lá, mas esses dados são descritos no trabalho da Dra. Amélia Travassos da Rosa, que foi a primeira a reportar a questão do Dengue, no Brasil, nesse episódio de Boa Vista. Quando a SUCAM recebeu essa notificação de Dengue, eu me lembro que, no Departamento de Erradicação, se questionou isso, porque se tinha Boa Vista como uma área de vigilância, ou seja, como um centro de alerta, sem infestação de *Aedes*.

O isolamento do vírus fez com que, realmente, se desencadeasse um processo de investigação. O próprio Instituto Evandro Chagas, na ocasião, deslocou uma equipe de entomologistas, e também pessoas para entrevistas e coleta de material, para recolher maior número de amostras de sangue e investigar, epidemiologicamente, aquela situação. Nessa ocasião, o Instituto Evandro Chagas procedeu a uma coleta rápida e recolheu cerca de 7.500 exempla-

res de *Aedes aegypti*, que infestavam a cidade. Mais do que isso, numa investigação, semelhante a essa que foi desdobrada aqui, inicialmente, no Rio de Janeiro, em Nova Iguaçu, foi encontrada uma positividade muito grande em pacientes de diferentes bairros de Boa Vista.

A partir desse ponto de vista epidemiológico, buscou-se entrevistar o pessoal da área, os médicos daquela cidade, os serviços de saúde e esses profissionais relataram que, anteriormente, a epidemia já grassava uma doença estranha na cidade; achava-se que era rubéola ou outra virose. Não se tinha um diagnóstico firmado, era estranho o que estava acontecendo. Mas, certamente, não era apenas aquele episódio, mas algo que já vinha acontecendo desde novembro ou dezembro do ano anterior. Além disso, também, a Secretaria de Saúde já havia enviado o soro ao Evandro Chagas, confirmados alguns achados de positividade para Dengue. E já nessa fase, assinalava-se a circulação de dois vírus, inclusive com isolamento. Primeiro, foi isolado o tipo 4 e depois o tipo 1. Isso quase que simultaneamente.

Nessa ocasião, procedeu-se, também, a um levantamento mais rápido da SUCAM; não de uma forma sistemática de campanha, mas rapidamente, um levantamento inicial, entomológico. E detectou-se a infestação de 80% na cidade, em regime amostral pura e simplesmente. Ou seja, era uma infestação altíssima de *Aedes*, numa cidade onde se supunha que não houvesse a presença desse mosquito. A partir dos casos de Dengue é que se verificou a infestação da cidade.

Nessa ocasião, então, o que foi feito? Trabalhou-se, juntamente, com a Secretaria da Saúde, foi-se produzindo algum material para divulgação aos médicos. O pessoal de educação sanitária entrou em contato com as diferentes instituições: escolas, igrejas, ou seja, houve uma mobilização popular, da comunidade, através dos meios de comunicação, no sentido, exatamente, de reduzir-se o número de criadouros e fazer o tratamento dos focos. E, ao mesmo tempo, quase que, imediatamente, a utilização de uma bomba "Leco", que na ocasião não existia na cidade e cujo transporte foi solicitado, via FAB, para Boa Vista. Essa bomba se encontrava em Natal, fazendo o trabalho de consolidação de uma área de infestação de Natal.

Quer dizer, em Boa Vista foi adotado o mesmo procedimento, a erradicação, em si deu-se, através da busca do combate, realmente, aos criadouros, mas, numa situação emergencial; era uma situação em que era indicado esse método de ultrabaixo volume, com vistas à diminuição da densidade imediata da forma alada. Coisa que era indicada, simplesmente, como medida complementar em áreas em que não haja transmissão. Posteriormente a

isso, foi feito um inquérito epidemiológico na área, porque a incidência da doença estava em franca ascensão.

Procedeu-se, então, por dificuldades operacionais, a um inquérito sorológico na área, posteriormente ao episódio. Esse inquérito sorológico reforçou a estimativa que se tinha da ocorrência da doença, na ocasião, que foi de cerca de 22%, considerando-se os dois tipos de vírus circulantes. Uma outra questão interessante é que, embora seja uma história colhida, posteriormente à epidemia, já com a memória enfraquecida das pessoas, essa epidemia mostrou um caráter de distribuição unimodal, ou seja, usualmente, a circulação de vírus que se tem descrita é a ascensão de um determinado tipo de vírus, a sua queda e, posteriormente, a ascensão de um outro tipo. Esse achado já nos parecia — os dois vírus circulando ao mesmo tempo — uma questão curiosa. O inquérito sorológico feito, posteriormente, demonstrou que a circulação se havia dado, simultaneamente.

Em termos de medida de controle, o que foi feito? Foram feitos, imediatamente, ciclos de borrifação UBV e, também, a busca de outros pontos de infestação de *Aedes*. Ao longo de uma rodovia que liga Boa Vista a Caracará, não foi constatado nenhum achado positivo. Por outro lado, em direção ao Sul, em direção a Manaus, foram encontrados. Também em Caracará foram encontrados pequenos focos, inclusive um deles no próprio barco da SUCAM. Mas não houve ocorrência de relato de epidemias nessas outras localidades.

Em termos de hipóteses explicativas, a infestação ocorreu na época de setembro a outubro do ano anterior: 1º) através, eventualmente, de um movimento muito grande de caminhoneiros, procedentes da Venezuela (Havia, na ocasião, um tráfego muito grande de madeireiros para exportação de madeira para a Venezuela); 2º) através de um vôo, que fazia a conexão de Boa Vista com uma cidade da Venezuela e que era porta de entrada e saída de turistas brasileiros. Isso é uma particularidade: o pessoal passava, na ocasião, por Boa Vista, depois ia à Venezuela e, a partir de lá, através de vôos de tarifa ponto-a-ponto, e de vôos charter, conseguiam então chegar à área do Caribe, Flórida, assim por diante.

Como o Eduardo colocou, em relação a Nova Iguaçu — não se vai poder certificar, exatamente, qual foi a pessoa ou o episódio que levou à introdução do Dengue, aqui em Nova Iguaçu —. Também, em Boa Vista, ficamos a nível dessas hipóteses.

Talvez fosse interessante colocar os pontos básicos da conclusão do trabalho. Primeiro, claro, foi registrada essa ocorrência de Dengue tipo 1 e tipo 4, no período entre

junho a agosto de 82, em Boa Vista, com uma incidência estimada de 20%. O fator fundamental da gênese da epidemia foi uma falha no sistema de vigilância. Quer dizer, a rotina não foi capaz de detectar essa introdução do *Aedes* na cidade. Outras coisas, de ordem mais geral, dizem respeito à revisão que procedi, em relação ao Dengue e a assuntos controversos.

Realmente, o conhecimento a respeito do Dengue em termos de fisiopatogenia é muito controverso. Essas hipóteses levantadas por Pedro Tauil, em relação à virulência e ao desencadeamento da forma hemorrágica, através de infecções sucessivas por tipos diferentes, ficam a nível de hipóteses e não a nível de comprovação definitiva.

Uma outra questão diz respeito às ações de erradicação. Com o pessoal da SUCAM, aqui, torna-se mais fácil; eles apresentaram os dados em relação ao combate ao vetor do que foi conseguido em Boa Vista. Mas, de qualquer forma, há cerca de um ano, conseguiu-se a negatividade de Boa Vista, em termos de *Aedes aegypti*.

Chamo a atenção para o seguinte: esse episódio de Boa Vista, na verdade, deu-se em uma cidade, praticamente, isolada do restante do País. Quer dizer, as medidas de controle adotadas lá, realmente, tiveram muito sucesso, acredito, em função da própria peculiaridade da cidade, com duas vias de acesso. Uma via de acesso da Venezuela a Manaus, por via terrestre, com um rio no meio, inclusive. A outra é um voo diário a Manaus, mais um voo semanal para áreas endêmicas de Dengue, pela Venezuela. Quer dizer, uma cidade que certamente não serviria de modelo para essa situação, aqui de Nova Iguaçu. Na situação de Nova Iguaçu, Salvador e de outros grandes centros, certamente, todas as dificuldades encontradas em Boa Vista seriam multiplicadas, realmente, por um fator muito grande.

Acho que poderia encerrar por aqui.

Eu teria dois comentários a fazer. Em relação à questão política levantada pela Mesa, acho apenas lastimável que esses debates se tornem públicos, em situações críticas como essa. Porque, na verdade, assumindo a minha participação na equipe da SUCAM, acho que, talvez, um dos erros fundamentais da SUCAM tenha sido não ter solicitado, de todas as formas, a busca de uma decisão política sobre a erradicação do *Aedes aegypti*. Uma é a questão dos canais técnicos, outra é a sensibilização institucional dos poderes decisórios, em relação a isso. Deixo o meu depoimento frustrado, em relação a essa situação, uma questão não apenas minha, mas de um grupo.

A segunda diz respeito ao trabalho técnico da SUCAM. Realmente, a SUCAM está preparada para uma campanha prolongada de erradicação, todo o sistema de Cadernos de Saúde Pública, R.J. 2 (3):181-212, abr/jun, 1987

saúde está despreparado para essas situações epidêmicas. Não cabe, aqui, imputar a culpa à Secretaria de Saúde ou à SUCAM, ou aos órgãos de pesquisa. Realmente, o quadro sanitário, em termos de recursos, tanto recursos de insumos, recursos técnicos, quanto recursos humanos, faz com que se crie uma situação de alerta a esse respeito. Além da situação de alerta, em relação a essa epidemia, acho que isso deve servir como um alerta da falência de nosso sistema de saúde. Nesse aspecto, também, queria chamar atenção para uma outra questão que diz respeito à participação comunitária.

É lastimável que a participação comunitária se dê, apenas, nessas circunstâncias. Claro, há determinantes para isso; seria realmente muito difícil sensibilizar uma população para o problema de um mosquito que, realmente, não esteja causando dano nenhum, naquele momento. A respeito dos trabalhadores da SUCAM, verifica-se uma coisa que, num seminário da SUCAM, chamávamos de "ortodoxia normativa", a dificuldade que encontrávamos para resolver situações que fugiam àquelas expectativas de atuação. Em relação a essa questão da participação comunitária, acho que é feita em termos estratégicos, ou vinha sendo feita, sem um pleno esclarecimento. Não porque não houvesse tentativas, mas sem uma plena mobilização ou abertura dessa discussão. Então, é realmente lastimável, que a população seja chamada a participar nesses momentos e que, em outros momentos, sobre aspectos técnicos ou políticos, ela seja rechaçada ou colocada de lado, na discussão.

#### JOAQUIM DE CASTRO FILHO

Na realidade, eu não me havia preparado para fazer uma exposição, nem a organizei, porque o motivo da minha presença aqui era outro, ou seja, desenvolvimento de uma programação e de uma atividade mais racional e mais eficiente da SUCAM, no que concerne à epidemia que está surgindo em Nova Iguaçu. Não poderia me furtar, porém, a este encontro, acho-o positivo, e eu colocaria a situação nos seguintes termos: o que está ocorrendo, atualmente, no Rio de Janeiro, particularmente, em Nova Iguaçu, era previsível? A minha primeira resposta seria sim.

No final de 79, já havia sido programada uma reunião sobre febre amarela, não se falava em Dengue naquela ocasião, mas em combate ao *Aedes*. Na gestão que me sucedeu, a do Dr. Pedro Tauil, houve continuidade nessas reuniões. Recordo-me, exatamente, que nessa reunião que houve em 1980, participou o que existia de melhor no Brasil sobre febre amarela, sobre combate ao *Aedes* e, diga-se de passagem, considero que o Brasil possui, hoje, a

melhor tecnologia e o melhor pessoal que trabalha em febre amarela e *Aëdes*, talvez no mundo. A nossa experiência em erradicação do *Aëdes aegypti* é uma experiência ímpar no mundo, não só uma vez mas duas vezes, três vezes, quatro vezes, se for necessário outra vez agora, também, temos condições e tecnologia suficientes para fazer isso, muito tranquilamente.

Esse grupo, do qual creio que o Dr. Bica participou, assim como o Dr. Solón, o Dr. Mário Magalhães e outras pessoas, sob a égide do Ministério da Saúde, foi definido, claramente, o que tinha de se fazer no Brasil no próximo quinquênio. Isso está muito bem declarado, está registrado em ata, foi, amplamente, divulgado pela imprensa e tudo o que se programou naquela ocasião, que ficou decidido e que deveria ser feito foi, exatamente, o que não se fez: admitir pessoal, declarar um programa de erradicação, reintegrar o programa de erradicação, nada disso foi feito.

A partir de 76, houve uma progressiva reinfestação do *Aëdes aegypti* em vários estados do Brasil, país com altas áreas endêmicas de febre amarela. Reiteradamente, defendida nos Comitês da Organização Pan-Americana da Saúde, a política de erradicação não foi adotada pelos países, inclusive pelo próprio Brasil, que achou que não deveria adotar, isoladamente, essa solução, quando este era um problema de natureza internacional. Vou dar um salto agora para 1985, quando verificamos que havia uma progressiva e ampla dispersão do *Aëdes*, no país.

Geralmente, no setor saúde, as autoridades políticas governamentais, são muito mais suscetíveis a reagir, quando um problema se apresenta grave. Pela razão de terem ocorrido dois casos de febre amarela em Presidente Prudente, no oeste de São Paulo, na ocasião, procurou-se integrar, novamente, as autoridades políticas com as autoridades técnicas e, administrativas. Nessa ocasião, achou-se o problema mais grave. O problema era tão grave quanto o era um ano antes; não havia maior nem menor gravidade, o problema era o Rio de Janeiro que, nessa época, estava com uma infestação altíssima. Pelo menos cerca de 10 bairros estavam infestados por *Aëdes aegypti*. Nessa ocasião, no mês de agosto, reunimo-nos com o Ministro, numa reunião aberta, com a presença da imprensa, e apresentamos uma programação para intensificar o combate ao *Aëdes aegypti*, no Brasil. Essa programação era até modesta pelas necessidades, envolvendo recursos da ordem de 340 bilhões de cruzeiros. É bom que se diga que, em nenhuma ocasião, o programa de febre amarela mereceu, por parte das autoridades políticas do país, mais do que 10% do orçamento da SUCAM. Foi assim no passado, em 84, em 85, e continua assim,



este ano. Isso representa mais ou menos 150 milhões de cruzados, quando o orçamento total da SUCAM, para o ano, é de 1 bilhão e 500 milhões de cruzados, absolutamente, insuficiente, insuficiente para o programa da esquistossomose, no qual menos da metade está sendo contemplada, sendo apenas suficiente para a área do programa de Chagas, graças a uma injeção de fundos do Finsocial.

Nesse mês de agosto foi dito, claramente, ao Ministro que, no Rio de Janeiro, era, absolutamente, previsível o desencadeamento de uma epidemia de Dengue. Não tínhamos pensado em Nova Iguaçu, nem nos arredores do Rio, mas pensamos no Rio de Janeiro. Nessa ocasião, o máximo que se conseguiu foi uma verba de 40 bilhões de cruzeiros para a intensificação do programa de febre amarela. Com esse problema do Rio de Janeiro, que apresentava, na ocasião, alta infestação do *Aedes*, conseguiu-se intensificar o programa de combate ao *Aedes*. É impossível, em três minutos, dizer tudo, mas posso concluir dizendo o seguinte: a epidemia da Dengue era previsível, todas as autoridades políticas da época sabiam, não foram dados recursos para a SUCAM. O número de pessoal não foi ampliado mais do que era previsto, 500 pessoas, quando não precisávamos de, no mínimo, 900.

Então o que eu acho é que, hoje, a preocupação da SUCAM deve ser partilhada por toda comunidade científica, por todo o setor saúde, de um modo geral. Acho que, temos de reformular toda a programação, temos que visar eu já não digo a erradicação, mas a compatibilização do índice do *Aedes* a menos de 1%. Há alguns trabalhos que dizem que isso é insuficiente, mas nós temos de partir de alguns parâmetros, o parâmetro é menos de 1%. Isso está sendo conseguido, hoje, na cidade do Rio de Janeiro. Hoje estima-se que 14 estados estão infestados, mas não temos condições nem recursos para mensurar essa infestação.

Reservo-me para depois, se houver necessidade de intervir, porque não quero prejudicar a exposição do Dr. Rodopiano. Quero finalizar dizendo que o problema é, realmente, preocupante. Nós estamos, absolutamente, conscientes dele e certos de que procuramos fazer o melhor possível com os menores recursos existentes, os recursos que são ainda insuficientes.

#### ANTONIO CARLOS RODOPIANO DE OLIVEIRA

A situação do *Aedes aegypti* no Brasil, é a seguinte: foi erradicado, em 1955, e retornou em 1967, para ser novamente erradicado, em 72, no Pará e, em 1979, em Natal. Preocupado com essa situação, reporto-me, novamente, à criação de uma Comissão Nacional de Erradicação de Febre

Amarela, quando as recomendações foram bem claras, definidas e bem aceitas, no momento da reunião.

Hoje nós temos uma situação que foi, plenamente, previsível, como disse o Dr. Joaquim. Apesar de termos eradicado o mosquito em Natal, já havia uma reinfestação em Salvador e no Rio de Janeiro, e com índices realmente alarmantes. Hoje, temos episódios de Dengue no Rio de Janeiro, Fortaleza e em Maceió, temos um problema de fronteira com o Paraguai, Mato Grosso do Sul e Paraná.

Sabemos que toda campanha sanitária tem três aspectos: o técnico, o operacional e o administrativo. Acredito que o *Know-how* apresentado pelo Brasil, durante todos esses anos, atesta, suficientemente que, técnica e operacionalmente, a SUCAM tem condições de operar. Falta a parte administrativa, e é essa que nós estamos buscando agora. Certamente, seria muito infantil prever, dentro de um prazo curto, a erradicação do *Aedes*. Estamos aplicando medidas de erradicação para efetuar um bom controle e, através dele, chegar à erradicação, porque a política de controle ou de convivência com o vetor é desastrosa. Acabo de retornar do Seminário Internacional sobre Dengue, no Panamá, onde estive com mais de 15 colegas de outros países, inclusive Cuba, que sofreu, na pele, um Dengue hemorrágico. Eu já saí daqui pensando em estado de alerta. Retornei, e já se encontra nas mãos do Superintendente da SUCAM, a criação de uma Comissão Nacional de Emergência, congregando todas as forças, já que a SUCAM é um órgão que foi criado para combater grandes endemias, não é um órgão de grandes epidemias. Epidemia já é um problema de congregação, de união de esforços, de ponderação e de civismo. Os prejuízos que o Rio está tendo são enormes. A SUCAM é um órgão que tem uma consciência do seu trabalho, da sua credibilidade, e acredito que não será mais do que justo fazer um apelo para que, juntos, trabalhem, visando ao bem-estar desse povo que está sofrendo.

Resta aqui agradecer à Dra. Maria do Carmo essa oportunidade. E, agradecer em nome da SUCAM, na pessoa do Superintendente, a nossa participação.

## PEDRO TAUIL

Gostaria de fazer duas colocações: primeiramente, que o Dr. Rodopiano talvez tenha sido um pouco amargo com a gestão que o antecedeu. A luta por recursos está comprovada em vários documentos, que foram encaminhados à SEPLAN. Esses recursos, relamente, nós não conseguimos. Essa luta ocorreu, não só a nível nacional, mas também a nível internacional, em diversas reuniões de que participamos, na busca de uma solução para o problema da

erradicação continental do *Aedes*. Mais ainda, a única reivindicação que o então Ministro da Saúde, o Ministro Arco-verde, fez ao Embaixador Americano, que estava recém-chegado ao país, Diego Ascêncio, foi o pedido de apoio aos Estados Unidos para o funcionamento do Fundo já criado na Organização Pan-Americana da Saúde, para o financiamento da Campanha de Erradicação Continental do *Aedes*. A resposta foi negativa, mandada por escrito, pelo próprio representante do Governo Americano. É claro que, sem a participação financeira do Governo Americano, na Organização Pan-Americana da Saúde, não há possibilidade desses recursos. Gostaria de dizer que não logramos a erradicação, e seria impossível fazê-lo, sem que os outros países vizinhos, principalmente, os de fronteiras terrestres, exerçam atividades semelhantes.

Nunca houve abandono da política de erradicação. Acho que o Dr. Rodopiano não está expressando o sentimento que reinou na SUCAM, no período anterior à sua gestão. O que houve, na verdade, foi uma luta para conseguir a adesão dos países e a adesão do Governo brasileiro, enquanto não se conseguia a adesão dos demais países, na luta pela erradicação. Mas isso, como eu disse no início, era uma luta contra doenças fantasmas, que não existiam, como a febre amarela urbana e o Dengue. No momento em que o episódio de Boa Vista apareceu, ressurgiu a esperança de se conseguirem os recursos, mas, lamentavelmente, não foi possível sensibilizar as autoridades, donas do dinheiro.

Outra coisa faltou dizer na exposição foi que, além do *Aedes aegypti*, há outros vetores da febre amarela, e outro vetor importante é o *Aedes albopictus* que não existia na América e foi registrado nos Estados Unidos, no estado do Texas, há três meses atrás. De acordo com uma publicação do CDC, ele é um outro transmissor da Dengue. É claro que, graças a Deus, esse inseto ainda não existe no Brasil, mas já é uma ameaça para as Américas também. Obrigado.

#### VICTOR VINCENT VALLA

Queria fazer uma pergunta para a Mesa. A Folha de São Paulo, hoje, fala de um caso de febre amarela fatal em Nova Iguaçu, se não me engano, no dia 22 deste mês. Gostaria que se comentasse o que significa isso.

#### EDUARDO DE AZEREDO COSTA

A grande questão é a política, uma definição política de prioridades que não houve. É evidente que esse setor, durante um longo período, foi um setor marginali-

zado, que lutou. Acho que todos nós entendemos que, basicamente, a situação que vivemos hoje foi o resultado de políticas oficiais que atingiram o setor saúde.

Acho que outro ponto importante, que o Rodopiano comentou é que, realmente, as grandes campanhas se estruturaram para durar muito tempo, e é verdade que a SUCAM hoje, que é sucessora do DNERU e da CEM, é uma estrutura pesada, de trabalho sistemático e com dificuldades de trabalhar numa situação epidêmica, mais emergencial.

Com tudo isso, foi até surpreendente o grau de agilidade que o Dr. Parigot conseguiu imprimir à equipe local. Acho que a coisa lá avançou, tivemos acesso ao trabalho que começa a ser feito em Nova Iguaçu, embora seja totalmente insuficiente para enfrentar o problema. Insuficiente até porque, por exemplo, não temos índices de infestação para os outros municípios da Baixada. Tínhamos para o município do Rio de Janeiro, agora temos para Niterói, estamos começando em Nova Iguaçu. Em São João de Meriti, Caxias, etc, não se conhecem os índices de infestação pelo *Aedes*. Acreditamos que pode ser tão alto quanto o de Nova Iguaçu, pelas condições ambientais básicas, já que é o mesmo corredor da Dutra.

Pelo seu modo de operar, sistemático, a Secretaria Estadual, especialmente, não tem nenhuma tradição de intervir em um problema como este de vetor, mas a Secretaria tem demonstrado ter uma certa movimentação, capaz de agilizar esses processos mais agudos.

Temos, entretanto, condições de compatibilizar toda essa experiência. Cada vez que acontece alguma coisa na área da saúde, sente-se que é um motivo a mais, para que esses serviços sejam unificados logo. Mas agora, quando há recursos, por exemplo, do nosso sócio capitalista como eu o chamo, que é o INAMPS, como é que se faz esta transferência? Aí começam os fatores políticos. Então, é necessário que se faça essa reorganização institucional do setor saúde, e temos possibilidade, agora, de fazer um plano, onde vamos deixar muito claro, para todos os setores, o que precisamos para avançar no controle dessa epidemia e, depois, no controle do *Aedes*, ou seja, mais a longo prazo.

Queria, ainda, comentar o problema que parece polêmico, que se estabeleceu, em relação ao risco de febre amarela. Eu diria o seguinte: o risco para a febre amarela, nessa área, é um risco potencial. Ele é quase palpável, com as condições que mostramos: cem por cento dos borracheiros, ferros-velhos, da Dutra estão infestados; o pessoal pára, dorme na beira da estrada, naqueles hotéisinhos, esses caminhões vão pela Amazônia, onde a gente sabe que existe a febre amarela silvestre. É claro que deve haver uma proporação grande de caminhoneiros que

Cadernos de Saúde Pública, R.J. 2 (3):181-212, abr/jun, 1987

se vacina, mas deve haver os que não se vacinam, os seus acompanhantes, etc. Então, há condições de transmissão local, quer dizer, uma vez que haja um caso, há condições para a febre amarela.

Por isso é fundamental que a luta seja anti-*Aedes*. Esse caso de óbito foi trazido por um médico. Acho que o caso não era de febre amarela, mas foi suspeito. Essa pessoa, no dia 22, teve uma icterícia e faleceu, depois de passar pelo Hospital de Nova Iguaçu. Como há, no momento, essa preocupação, ativamos essa vigilância. O pessoal está notificando, e nós estamos fazendo a investigação epidemiológica. No momento está aparecendo muito hepatite, outros quadros de icterícia, mas nós queremos que seja assim mesmo, nesse momento, na área, para fazermos um primeiro rastreamento desses casos e, em seguida, quando se achar que há uma suspeita maior, transferir, também, para a SUCAM, esses dados. É isso o que está acontecendo, não há nenhum caso de febre amarela. São notificações que estamos até, de certo modo, incentivando a nível interno. Acho que essa é a informação que se havia pedido sobre esse caso.

#### JOAQUIM DE CASTRO

Queria complementar os seguinte: acho que essa polêmica é muito boa, é democrática e até desejável, até certo ponto, porque permite que exponhamos nossas idéias, e que o público que, realmente, é o grande cliente de tudo isso, o grande beneficiário, participe, também, das opiniões e do que existe. Voltaria, apenas, a acrescentar que, realmente, acho que essa epidemia está no início. A epidemia de Dengue tem sempre um crescendo, em seguida começa a baixar. Ahamos que talvez haja condições, atualmente, mesmo com recursos insuficientes, de cortá-la, antes que chegue ao pique mais alto, inverter essa cura e desejar que ela não se expanda.

Diria também, o seguinte: quando o Dr. Pedro mencionou que o Dr. Rodopiano fez uma crítica amarga, da administração anterior, acredito que não houve intenção nem desejo de criticar, porque, se for para criticar o que nós deixamos de fazer, eu diria que a administração anterior da SUCAM deve ter sido tão ruim quanto a atual, ou tão boa quanto esta. São pessoas muito bem-intencionadas, pessoas que vivem profissionalmente, disso, e não acho que tenha havido, realmente, intenção nenhuma de fazer qualquer crítica anterior. Acho que essa decisão, como diz muito bem o Prof. Bica, não é uma decisão da SUCAM, nem uma decisão do Ministério da Saúde, é uma decisão de governo. Acredito que o go-

verno, enquanto dedicar esta parcela de seu Produto Bruto, ao setor saúde, vai ter problemas, não só de prevenção, como de assistência médica, propriamente. Temos de nos convencer que, realmente, ainda somos subsidiários da área social, pelo menos em termos de custo; isso é uma decisão de governo, de política de governo. A nossa reivindicação tem de ser constante, não estamos conformados com os recursos que possuímos. Estamos preocupados, isto sim, em aplicar esses poucos recursos que temos, da maneira mais eficiente possível.

Quanto ao problema da febre amarela aqui, vou apenas acrescentar, ao que foi dito, o seguinte: revendo a bibliografia e consultando as pessoas que mais entendem do assunto, nunca houve, no mundo, concomitância de epidemia de Dengue com febre amarela. É um fato que nos chama a atenção.

Acho até que, hoje, o Rio de Janeiro corre um risco potencial menor do que há um ano atrás.

O interessante é que nós, trabalhadores do setor saúde, estamos muito preocupados com febre amarela hoje, mas essa preocupação, não vi há um ano atrás, quando o risco era muito maior. Estamos preocupando mais o povo, com todos esses problemas que existem, com mais essa perspectiva. Realmente, ela pode existir, mas não há uma possibilidade maior do que antes. Há um ano atrás, a probabilidade de se contrair febre amarela, no Rio de Janeiro, era muito maior do que hoje, quando os índices são menores. De modo que não descarto a possibilidade de ocorrência de febre amarela urbana no Brasil, mas penso que, por exemplo, na área endêmica, no oeste de São Paulo, hoje, há uma possibilidade maior de se contrair a febre amarela urbana, do que no Rio de Janeiro. Existe uma disponibilidade de vacinas suficiente para as pessoas que vão para a área endêmica, e acho que a nossa preocupação, no momento, deve ser reduzir o índice de infestação do *Aedes aegypti*; essa deve ser a grande meta e essa é a nossa grande preocupação.

A epidemia da Dengue, em Nova Iguaçu e municípios vizinhos, pode ser obtida dentro de um mês. Esse método, que está sendo empregado no Rio de Janeiro, com o uso de bombas, não vai eliminar o *Aedes aegypti*. Está se criando uma falsa expectativa, inclusive no próprio meio da SUCAM, de que vamos erradicar o *Aedes aegypti*, usando esse tipo de pulverização. O velho processo manual de trabalho focal é que é o fundamental. Então, o máximo que se pode conseguir é reduzir o índice de infestação a índices menores de 1%, desejando que esse índice seja realidade. Todos temos esse propósito.

## CARLOS OSANAI

Eu teria dois comentários a fazer: Em relação à questão política levantada pela Mesa, acho apenas lastimável que esses debates se tornem públicos, em situações críticas como essa. Porque, na verdade, assumindo minha participação na equipe da SUCAM, acho que, talvez, um dos erros fundamentais da SUCAM tenha sido não ter solicitado, de todas as formas, a busca da decisão política, sobre a erradicação do *Aedes aegypti*. Uma é a questão dos canais técnicos, outra é a sensibilização institucional dos poderes decisórios, em relação a isso. Deixo o meu depoimento frustrado, em relação a essa situação, uma questão não apenas minha, mas de um grupo, a nossa saída da SUCAM, por ingerência de questão política menor, não a questão política, realmente, de decisão.

A segunda diz respeito ao trabalho técnico da SUCAM. Realmente, a SUCAM não está preparada para uma campanha prolongada de erradicação, como todo o sistema de saúde está despreparado para essas situações epidêmicas. Não cabe, aqui, imputar a culpa à Secretaria de Saúde ou à SUCAM ou aos órgãos de pesquisa. Realmente, o quadro sanitário, em termos de recursos, tanto recursos de insumos, recursos técnicos, quanto recursos humanos, faz com que se crie uma situação de alerta a esse respeito. Além da situação de alerta, em relação a essa epidemia, acho que isso deve servir como um alerta da falência de nosso sistema de saúde. Nesse aspecto, também, queria chamar atenção para uma outra questão que diz respeito à participação comunitária.

É lastimável que a participação comunitária se dê apenas, nessas circunstâncias. Claro, há determinantes para isso, seria realmente muito difícil sensibilizar uma população para o problema de um mosquito que, realmente, não esteja causando dano nenhum, naquele momento. A respeito dos trabalhadores da SUCAM, verifica-se uma coisa que, num seminário da SUCAM, chamávamos de "ortodoxia normativa", a dificuldade que encontrávamos para resolver situações que fugiam àquelas expectativas de atuação. Em relação a essa questão da participação comunitária, penso que é feita em termos estratégicos, ou vinha sendo feita, sem pleno esclarecimento. Não porque não houvesse tentativas, mas sem uma plena mobilização ou abertura dessa discussão. Então, é, realmente, lastimável que a população seja chamada a participar nesses momentos e que, em outros momentos, sobre aspectos técnicos ou políticos, ela seja rechaçada ou colocada de lado, na discussão.

SARAH ESCOREL

Primeiro, um comentário: eu estava na Nicarágua, quando houve o surto de Dengue na América Central. Num país muito menos desenvolvido que o Brasil, em que o conhecimento técnico de que se dispõe, e a quantidade de gente formada, pelo menos na teoria, nem existia, a epidemia, simplesmente, não entrou no país; isso, quando todos os países vizinhos tinham Dengue. Então, isso é uma realidade: é possível evitar uma situação como essa. Claro. Temos, nesse caso, um país de menores proporções e com um número de habitantes muito menor. Mas acho que existiu lá, realmente, um esforço para evitar que entrasse o Dengue no país.

A partir dessa constatação, tenho algumas perguntas porque achei as pessoas bastante tranqüilas com uma situação que, a meu ver, é bastante grave, não só pelo que está acontecendo agora, mas pela possibilidade de um segundo surto, talvez do tipo hemorrágico.

Acho que, para combater uma epidemia dessas, precisa-se fazer quase que um esforço de guerra, ou seja, deve-se mobilizar, absolutamente, tudo que se tenha disponível, com um único objetivo: parar essa epidemia e controlar a situação em outras localidades, onde ainda não apareceu a doença, para evitar que isso continue. Não estou vendo esse esforço de guerra, vejo muita gente falando sobre o que não está sendo feito, mas fazer mesmo eu não vejo! Bem, eu só estou acompanhando isso pelos jornais. Ontem, apareceu no Jornal Nacional que já estão ocorrendo casos na Penha e aqui. Acabou-se de falar que a infestação no Rio de Janeiro é menor que 1%, e que, portanto, com esse índice de infestação, não haveria possibilidade de acontecer a doença. Mas a Penha está aqui no Rio de Janeiro. Então, está havendo surto na Penha? É uma pergunta.

Por outro lado, qual é o papel que a vigilância epidemiológica, concretamente, está desempenhando, para diagnosticar a doença, antes que se atinja um número de 20 mil pessoas? Antes que se chegasse a essa proporção de 20 mil pessoas, víamos também, que o pessoal de Nova Iguaçu estava falando que havia uma doença muito estranha. Depois, levou-se uma semana para se fazer o isolamento do vírus. Bem, isso é uma técnica, lava-se esse tempo, mas levou-se uma semana para que se começasse a tentar descobrir que doença era aquela, e aí as proporções já eram enormes, como estamos vendo, vinte mil pessoas, e já se fala em cinquenta mil.

Pergunto outra coisa: a informação que está sendo transmitida pelas autoridades, no noticiário, é uma informa-



ção parcial, não é a real, não é a completa? As plantinhas nas águas aparecem como sendo as grandes causadoras do problema. Todos esses aspectos que estão sendo colocados aqui, a falta de privilegiamento da saúde pública, a falta de integração e de articulação entre as instituições, a falta de um serviço de vigilância epidemiológica, realmente, eficaz, que consiga diagnosticar e combater, também, isso não sai no noticiário. Também não está sendo colocada a possibilidade da Dengue hemorrágica, e acho isso uma omissão de informação muito grave.

Além do combate ao *Aedes*, pergunto o seguinte: o que se está fazendo em termos de assistência médica, para as pessoas que estão doentes. Existem postos-volantes na Dutra, perto de Nova Iguaçu, ou em outras localidades, não só para detectar, mas para orientar essas pessoas sobre o que fazer, durante esse período? Por que elas estão indo para o Souza Aguiar? E com relação às instituições estaduais, qual é o papel da FEEMA nisso? A FEEMA não pode borrar? E a Defesa Civil? Não é o caso de começar a borrar com tanque? Por que temos de esperar comprar 50 mil caminhões para começar a borrar? Se Cuba botou um avião borrifando, por que a FAB não pode botar também? A pergunta é a seguinte: parece que o diagnóstico da situação está feito. Existe conhecimento técnico, conhecimento científico, mas fazer, fazer mesmo, evitar que isso assuma uma proporção enorme, que ultrapasse Nova Iguaçu, que chegue à Penha e ao restante do país, pergunto, o que está sendo feito?

#### CONCEIÇÃO CASSANO TORRES

Sou professora aqui da Escola, mas também Diretora da Federação das Mulheres. Estou, especialmente, preocupada com a participação da comunidade nesse processo, porque, em primeiro lugar, procura-se utilizar, da melhor forma possível, os recursos existentes. Acho isso válido, mas acho que está na hora de se buscar mais recursos. Diante de uma situação dessas, mesmo que não queiramos chorar sobre o leite derramado, deve haver uma liberação de recursos para enfrentar o problema que está, hoje, grassando no nosso estado e que poderá atingir outras áreas do Brasil. Acho que o Osanaí entrou na questão da participação da comunidade, e aí eu me coloco, em especial do ponto de vista das mulheres, porque, pelo que eu sei, do problema de Dengue em Cuba, a Federação das Mulheres Cubanas teve um papel-chave e decisivo na eliminação de mosquito *Aedes*, lá. A borrarção mata as formas aladas. As fontes onde se reproduz o mosquito só podem ser eliminadas acabando-se essas fontes. As mulheres cubanas tiveram um pa-

pel decisivo naquela ocasião, pois, a mobilização da comunidade tem um papel-chave nesse processo. Eu queria saber como é que vai se dar o engajamento organizado na nossa comunidade, inclusive a Federação Fluminense das Mulheres. Nós estamos preocupadas com isso, como é que nos engajamos nisso, como é que as mulheres que fazem parte das bases da Federação, das Associações de Mulheres de Campo Grande, de Mesquita, de vários bairros, se engajam nisso. Isso vai ser decisivo para a erradicação do mosquito, a história de Cuba já mostrou isso.

## EDUARDO DE AZEREDO COSTA

Eu só quero dizer, com a brevidade possível, que acho todas as exposições, da maior importância. E algumas, sendo opostas, são interessantes para começar. Acho que a Sarah Escorel colocou uma situação que exige mais informação. Por que não se admite o risco de febre amarela e de Dengue hemorrágico? Falta informação à população, como de resto acho que falta informação até sobre o que que se fez até agora.

Fica muito claro que, agora, a imprensa está muito positiva, em relação a tudo isso, realmente, está cobrindo o assunto, mas, não da maneira que esperaríamos: noticiou-se, durante uma semana, no RJ-TV, como se não estivesse ninguém lá trabalhando. Era falso: estávamos trabalhando, estive lá algumas vezes, e a imprensa sabia, inclusive, que eu estava lá, mas naquele momento não iam noticiar. No caso do Rio de Janeiro, dificilmente, se divulga o que estamos fazendo, e que não é pouco. Agora, quando há um problema, aparece alguém para botar a culpa. Conhecemos como funciona a imprensa. Isso não quer dizer que não tenhamos o melhor relacionamento com os jornalistas, mas é nos escalões superiores, em outros setores, que a coisa se passa.

Outro problema que foi abordado, nas entrelinhas do que falou o Dr. Joaquim, passa uma crítica que me estão fazendo, de que estou criando pânico e sou alarmista. Isso, para mim, é oficialismo, é o que sobrou dessa ditadura; todo mundo tem medo. Tem medo de sair dos espaços conquistados. E, então, começa a segurar, "olha, vai botar medo na população, mais uma preocupação para a população." Poupar a população de Nova Iguaçu, dessa preocupação, quando sabemos do seu cotidiano? Chega a parecer brincadeira! Eu, sem uma notícia no jornal, vivia em pânico e preocupado, durante a ditadura, com medo de ser torturado. Não havia uma linha no jornal. Vivíamos em pânico, e a população tinha um medo real, sem que saísse uma linha no jornal, noticiando que a polícia batia ou

prendia! Não precisa sair no jornal para se ter pânico, quando um problema é real, a população tem medo, se preocupa e quer saber mais. Então, não considero esse tipo de crítica como justa e bem colocada, politicamente. Acho um erro, que temos de acabar. Como estamos vendo, o outro pode dizer “não, ele está vendo errado, não há esse risco”. E dizer por que não há, demonstrar por que não há e deixar as pessoas avaliarem. Podemos errar na avaliação — claro que se pode errar — vamos dar oportunidade para que os outros também sintam. Então, essa é a questão, eu quis falar sobre ela, porque acho importante para a saúde pública, por causa da situação que se criou.

Temos, também, trabalhado em relação à parte de Assistência Médica. Vou falar, então, mais globalmente, sobre o que está sendo feito e o que se tentou fazer até agora. Procuramos reunir as instituições; a Secretaria de Saúde chamou várias instituições, inclusive a FEEMA e a COMLURB estão presentes nas discussões, que se prolongam, agora, por quase uma semana, sobre a organização desse trabalho, lá no campo e sobre todo o conjunto de medidas que visam a atacar a epidemia, como o Plano Emergencial de Combate à Dengue, aqui no Rio. E, desse Plano, nós tiramos algumas estratégias básicas, além de uma Comissão Central para o comando unificado. Acho que essa posição que a Sarah colocou, de guerra, é mais ou menos a nossa visão. A partir dessa Comissão Central, e junto a ela, atuam quatro grupos que estavam preparando os planos, ou quatro segmentos, para o trabalho poder deslanchar. O último que se reuniu foi o da Operação de Controle do Vetor, mas ontem, lá na SUCAM, começou-se a considerar o problema do controle do vetor mais globalmente, abrangendo outras áreas, além de Nova Iguaçu.

Aqui foi colocado que a SUCAM possui essa aparelhagem para aspersão, que funciona para a forma alada, mas não destrói as larvas e que, para este trabalho, a SUCAM não tem, praticamente, ninguém. Este grupo tem 80 pessoas, se não me engano, só em Nova Iguaçu, e a estimativa nossa para Nova Iguaçu, seria de 1000 pessoas para esse trabalho. Para outras áreas, para o resto da Baixada, seriam mais outras 1000 pessoas. Vamos poder mobilizar alguns da Secretaria de Saúde, fizemos um concurso agora, temos um quadro de sanitaristas, de agentes de saúde pública. Isso foi feito mais ou menos na hora, criamos isso, hoje sai a lista dos aprovados e a classificação dos sanitaristas e agentes de saúde pública; vamos chamar esse pessoal e botar no fogo direto. Já é um reforço, são 600 agentes de saúde pública e cento e poucos sanitaristas. Precisamos de mais gente, vamos ter de contratar e, também, mobilizar as pessoas.

Temos esse grupo de Controle de Vetor, há o grupo da Participação Comunitária. Não foram à 1ª reunião, a FAFERJ e a FAMERJ, embora convocadas. O MAB, filiado à FAMERJ, foi, porque é lá de Nova Iguaçu e está participando desde o início do processo, e esse grupo trabalha com Jorge Teixeira, que é nosso assessor na Secretaria. Eles estão atacando por este lado que achamos fundamental. Há um grupo voltado para a comunicação social e produção de material educativo. Está-se produzindo material para se poder chegar à comunidade, com material explicativo. Outro grupo, ainda, é aquele ligado à Vigilância Epidemiológica e à Assistência Médica, que funciona na busca ativa de casos. Inclusive decidiu-se pela criação de um grupo tático, também; a idéia seria levar o trabalho sistemático para a área de Nova Iguaçu, e, se os recursos permitirem, continuar o trabalho no município do Rio e em Niterói. Fazer o trabalho na área de Nova Iguaçu e no resto da Baixada, os três municípios ali da Dutra, fazer um trabalho sistemático ali. Fora disso, ter unidades táticas para tentar apagar o fogo, onde ele aparecesse.

Considerações a respeito de se utilizar avião, é claro que houve, houve o exemplo de Cuba, o trabalho da Colômbia. A posição da SUCAM era contrária, e eu acho que eles têm algumas razões boas para serem contrários a isso. Há certas medidas que, pelo menos entre nós, podem ter um papel negativo e não vão resolver o problema. Negativo porque podemos ter uma avaliação depois, diferente. Eu tenho muito medo das soluções heróicas. Passa um avião e parece que está tudo certo. No entanto, a epidemia continua depois, até porque a larva não foi atingida, o ovo eclode um ano depois. O trabalho sistemático, em cima dos criadouros, é fundamental. Pensou-se em se convocar a Defesa Civil, sabe-se que em Cuba, também, chamaram a Defesa Civil. Essa é uma possibilidade, dependendo das características que assuma o surto. Na nossa avaliação, não era ainda o caso de se mobilizar, agora, porque o que eles fazem é mobilização da comunidade. Há algumas coisas muito boas na Defesa Civil, que a gente pode aproveitar, especialmente, o sistema de comunicação muito ágil, que pode nos ajudar e está na consideração do Plano da Vigilância, aproveitar esse sistema de comunicação, eficiente.

Gostaria de falar, ainda, da questão da comunidade. Com as campanhas de vacinação que temos feito, a estrutura dessas campanhas é de uma mobilização fantástica. Quer dizer, não chegamos a avaliar o que se tem de bom, às vezes, de cooperação entre autoridades sanitárias e população. Poucos lugares têm a capacidade de mobilizar, em um

## DEBATE

dia, como aqui no Rio de Janeiro, trinta por cento da população, para vacinar noventa e tantos por cento das crianças.