

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA

SETOR GOIÁS

NOTICIÁRIO

**CONFERÊNCIA PROFERIDA
NA COMISSÃO DE SAÚDE
PÚBLICA E ASSISTÊNCIA SO-
CIAL DA ASSEMBLÉIA LE-
GISLATIVA DO ESTADO DE
GOIÁS, A CONVITE DO DR.
HENRIQUE SANTILLO, PRE-
SIDENTE DA MESMA, EM
16/09/75. (1)**

**Dr. Luis Alberto Olmos Molina
Resp. p/ Chefia do Setor Goiás
da SUCAM**

I — INTRODUÇÃO

As enfermidades transmissíveis constituem, ainda, um sério desafio à toda humanidade, a despeito do contante aperfeiçoamento médicos.

Mesmo nos países desenvolvidos, o número de óbitos por elas ocasionados não chega a ser desprezível em termos de saúde pública. Em nosso país é ainda elevada a taxa de mortalidade provocada pelas doenças infecciosas; muito mais elevada, porém, é a morbidade das mesmas, com repercussão negativa na vida e no desenvolvimento da Nação.

A Malária, a doença de Chagas, a Esquistossomose, Febre Amarela Silvestre e outras, ainda constituem grave problema de saúde em nosso país.

O Ministério da Saúde instituiu, em 1970, um órgão dotado

de autonomia administrativa e financeira: a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), com jurisdição em todo território nacional, para executar programas de combates às essas endemias.

A SUCAM criada com base em princípios da reforma administrativa em implantação do Ministério da Saúde, resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM), e da Campanhas de Erradicação da Varíola (CEV), possui 22 Setores, 7 Distritos Especiais, 99 Distritos Técnicos Administrativos, 120 Laboratórios de Campo e 32 Laboratórios de apoio, estando essa estrutura distribuída pelas unidades Federativas. O seu quadro atinge a quase 26.000 servidores, sendo a grande maioria constituída por

(1) Este trabalho é reproduzido aqui, na íntegra como homenagem póstuma ao Dr. José Paulo Filgueira Filho.

pessoal estritamente ligados às atividades de Campo.

O Setor Goiás está dividido em 5 Distritos Técnicos Administrativos com sedes em: Jataí, Céceres, Pôrto Nacional, Tocantinópolis e Formosa. Sendo a Chefia Central em Goiânia. Com um laboratório Hemoscópico em cada Sede, com um total de 14 microscopistas e mais ou menos 1.200 funcionários a nível de campo, fora o pessoal de escritório.

II — MALÁRIA

Das doenças parasitárias de nossa zona rural, constitui ela a de maior repercussão. Já por que largamente dispersa, pode apresentar-se sob a forma de surtos epidêmicos de rápida propagação, causando grande morbidade e alguma mortalidade.

A área originalmente malárica de Goiás onde foi comprovada a presença do vetor, abrange cerca de 641.100 Km², com 221 municípios, correspondendo a 100% do território Goiano, não sendo considerado malárico apenas municípios de Goiânia, Aparecida e Goianápolis.

A população da área malárica, hoje, é de cerca de 2.756.354 habitantes, dos quais aproximadamente 1.083.969 estão livres de transmissão da doença. A interrupção da transmissão e o consequente desaparecimento da enfermidade, obtidos por medidas específicas de erradicação, não significa que a transmissão não mais se possa restabelecer. Os vetores permanecem e estão aptos

a propagar a doença, a partir de fonte de infecção que com eles se puser em contacto. O problema não perde, portanto, a sua magnitude enquanto o país não tiver erradicado a endemia de todo o seu território, razão por que se mantém a vigilância epidemiológica em todas áreas em que cessou a transmissão.

Para efeitos operacionais neste 2º semestre, a área malárica do Setor foi dividida em quatro grandes grupos: (mapa anexo).

- a) **Área de erradicação a curto prazo**, onde os fatores epidemiológicos e ecológicos, condicionam uma malária mais suscetível às medidas de ataque. Essa área, com população de 884.470 habitantes e uma superfície de 137.834 Km², é a área mais evoluída do programa, com uma densidade demográfica de 6,2 habitantes por Km², compreende 56 municípios, com 18.196 localidades de 186.542 prédios em borri-fação, com D.D.T. 75%.
- b) **Área de erradicação a longo prazo**, compreende a Amazônia Legal, com uma população de 807.915 habitantes, distribuídos por uma superfície de 317.581 Km², com uma densidade demográfica de 2,5 habitantes por Km², compreendendo 45 municípios com 9.923 localidades e 205.442 prédios em borri-fação.

Nesta área não só a deficiência das habitações (casas com paredes incompletas), o grande fluxo migratório, a implantação de glebas em plena mata, a abertura de estradas de integração, a colonização que no momento se processa, provocando modificações ecológicas substanciais assim como, a densidade do transmissor e a disparidade homem/vetor, constituem sérias dificuldades para o combate à malária.

- c) **Áreas em Borri-fação Suspensa e Em Consolidação**, depois de vários anos de borri-fação e constatando a não existência de casos de malária ou muito baixa incidência da mesma, foram realizadas avaliações epidemiológicas, nos municípios da área do Centro Goiano, Vale do São Patrício e da estrada de ferro, e foram retirados de borri-fação e mantidos em vigilância Epidemiológica; compreendendo uma área de 156.206 Km², com 1.083.969 habitantes em 84 municípios e 9.136 localidades.

A incidência da Malária vem se reduzindo progressivamente. Em 1963 registrava-se o índice de lâminas positivas igual a 24%. De 1965 a 1974, com a amostragem anual sempre situada entre 40.000 e 39.000 lâminas de positividade foi, respectivamente, 14,9, 14,5, 14,6, 8,8, 13,8, 9,4, 5,3, em 74: 3,3% e no primeiro semestre de 75: 3,2%.

Nas áreas de transmissão peregrina como o Norte Goiano entre os rios Araguaia e Tocantins, divisa de Mato Grosso e Pará a endemia está em declínio; de índices médios de 14% a 15%, tem baixado atualmente para 6% a 5% de positividade, sem que isso signifique dizer que há alta morbidade, exatamente nas localidades relacionadas com os últimos movimentos migratórios, precariamente organizados e com baixa cooperação do migrante. Em tais áreas há um trabalho adicional e exaustivo da SUCAM, com vistas à localização, desses novos agrupamentos humanos, que se vão adensando e criando problemas no interior, pois não se localizam à margem dos grandes eixos rodoviários, já em cobertura.

Outro indicador importante é o IPA, ou incidência parasitária anual, que mede o número de casos por mil habitantes. Os seus registros, nestes últimos dez anos, tiveram acentuados declíneos: em 1968 foi de 2,27, e em 1974 teve sua melhor marca 1,10 por mil habitantes da área malárica. Em síntese, pode-se assegurar, que a endemia malárica está em progressivo e firme declínio em todo país: a fase preparatória já foi ultrapassada; a fase de ataque deixou de ser a dominante, em mais de 39% da população da área malárica deste estado cessou a transmissão da doença, perdendo ela seu caráter endêmico.

III — DOENÇA DE CHAGAS

Zoonose originária de animais silvestres, a doença de Chagas

passou a constituir problema de patologia humana em consequência da adaptação de insetos transmissores da infecção na casa rural de má qualidade. Esta doença se constitui atualmente, pela sua vasta distribuição e altos níveis de prevalência, um dos maiores problemas de saúde pública em nosso país.

A doença de Chagas, estritamente ligada ao atrazo sócio-econômico das áreas rurais, está em função da casa de paú-a-pique, de barro, não rebocada, que favorece a colonização dos vetores e, assim, possibilita o ciclo domiciliário da moléstia, atingindo o homem e animais domésticos.

Devem ser ressaltadas as consequências da endemia chagásica sobre a economia: ela incapacita para o trabalho uma considerável parte da população produtiva, principalmente na zona rural onde o trabalho exige, em geral, grande esforço físico. É frequente o registro da cardiopatia chagásica em indivíduos do grupo etário de 25 aos 50 anos, assim como a ocorrência de morte súbita em pessoas aparentemente saudáveis. Devem ser lembrados, também, os gastos com a hospitalização dos doentes, bem como a sua reabilitação.

Atualmente, o Ministério da Saúde se propõe a executar um programa nacional de controle da doença de Chagas e com esta finalidade foram melhorados recursos para treinamento de pessoal, inclusive técnicos, e compra de inseticidas, viaturas.

A experiência obtida como expurgo seletivo, com BHC, nas residências infestadas, demonstrou

a excelência desse método para chegar-se, a curto prazo, ao controle triatomínico. Enquanto, para considerar-se o êxito da luta anti-vetorial, é indispensável a continuidade da vigilância entomológica a base de levantamento nas áreas controladas. Para garantir essa continuidade, obviamente, o programa deverá dispor de recursos regulares.

A solução definitiva, contudo, será a melhoria das habitações, resultante da elevação do nível sócio-econômico e sanitário da população da área chagásica.

No 1º semestre foi realizado o Levantamento Entomológico ou Triatomínico, em 17 Municípios, em 2.730 localidades com 66.405 prédios, sendo capturados 7.331 triatomíneos, que examinados no laboratório, deram 106 positivos para Tripanossomas. Neste 2º semestre continua em andamento os trabalhos do Levantamento Triatomínico programado para 78 Municípios. Com mais ou menos 10.000 localidades, com 240.000 prédios. Trabalho este a ser realizado para o qual serão contratados mais 120 guardas levantadores.

Outra preocupação do Ministério com relação a esta endemia é definir a sua prevalência atual. Com esta finalidade, foi assinado convênio com o CNPq para a realização de inquérito sorológico, visando a determinação da prevalência da infecção humana pelo *Trypanosoma cruzi*, por critério de amostragem, em âmbito nacional. Juntamente com esta pesquisa, será levado a efeito um inquérito triatomínico, também por amostragem, em to-

do país, para estudo da distribuição dos vetores da endemia e o grau de infestação dos mesmos. A amostragem para sorologia está estimada em 1.4 milhões de amostra, nas 25 Unidades da Federação, para o triênio 1975/77. O Instituto de Medicina Tropical do Estado de São Paulo, coordenará os trabalhos de laboratório, que contará com a participação do INERu e das Universidades do Rio de Janeiro, Brasília, Goiás, IPT e das Secretarias de Saúde do Rio Grande do Sul e Pernambuco. Como Piloto para este inquérito, foram escolhidos municípios de Goiás onde houve colheita de 14.000 amostras no 1º semestre de 1975, onde a sorologia foi positivada em 10.8%. No 2º semestre deverá continuar este levantamento sorológico.

IV — ESQUISTOSSOMOSE

No Brasil, a esquistossomose mansônica é uma das endemias de maior relevância no panorama da saúde pública. Além de sua ampla distribuição geográfica têm tendência a implantar-se em novas áreas. Dêsse potencial invasor, deve-se temer que os efeitos decorrentes da sobrecarga que ela representa para uma determinada região, venha a ser observada, cada vez mais frequentemente, em todas as zonas do país. Sua disseminação mais ampla ocorre nas regiões quentes e úmidas do Nordeste e Sudeste brasileiro: nas áreas de irrigações, o maior contato entre o homem e a água multiplicam as oportunidades de aquisição da helmintose. Outro fator agravante: os seus transmis-

sores, moluscos aquáticos de difícil combate, que se distribuem por quase todo o território nacional.

O desenvolvimento do país, com a abertura de novas estradas e desbravamento de áreas para colonização, tem criado condições ecológicas favoráveis à expansão geográfica da esquistossomose. Contudo, a disseminação mais aparente tem sido por contiguidade, especialmente para o sul do país onde grandes áreas de São Paulo (bacia do paraíba do Sul) e Paraná (Londrina e Jacarezinho) foram invadidas. Em direção ao Norte, a doença atingiu o Maranhão (Pindaré e Ilha de São Luis), com alta prevalência, e o Pará (Quatipurú e arredores de Belém).

Em janeiro deste ano, a SUCAM e CNPq assinaram convênios para a realização, em âmbito nacional, de inquéritos malacológico e coprológico para o levantamento da distribuição dos moluscos transmissores do *S. mansoni* e da prevalência da esquistossomose. Estes inquéritos serão realizados no triênio (1975/77).

A estratégia adotada na luta contra a esquistossomose tem sido: levantamento coprológico da população; levantamento malacológico da área; aplicação de malusquicida e tratamento dos doentes.

No Setor Goiás, na área de Goiânia onde temos o controle há muitos anos, neste 1º semestre, foram capturados e examinados 1.722 moluscos, todos negativos, dos 965 exames coprológicos tiveram 32 positivos para *S. Man-*

soni. Todos os doentes vindos de passagem de outros estados. Na área do DTA-Formosa foram capturados no Município de Formosa 4.771 moluscos, dos quais deram 14 positivos. Capturados estes nas margens do Córrego Santa Rita, numas poças feitas para tirar barro da fabricação de tijolos. Do pessoal dessa área recolhemos 148 amostras para exames coprológicos e deu 6 pessoas positivas, para S. Mansonii. Os quais já estão sendo tratados pelo médico do Setor e foram tomadas as medidas necessárias para combate do foco.

V — FEBRE AMARELA

Com relação a febre amarela urbana está afastada a possibilidade da ocorrência de casos pelo fato de não haver no Brasil seu transmissor o *Aedes-egypti*, eradicado em 1955.

A vacina antiamarilica é altamente eficaz; confere imunidade duradoura (a OMS aceita uma validade de 10 anos para o certificado de vacinação), em dose única; praticamente não provoca reações, e, embora exija refrigeração permanente, sua técnica de aplicação é relativamente simples em relação a outros tipos de vacina, podendo ser injetada por meio de seringa comum ou de injetores.

A vacina representa a única proteção possível contra a febre amarela silvestre. Para isto, a Campanha Contra a Febre Amarela prevê, a continuação ininterrupta de seu programa de vacinação.

O último surto de febre ama-

rela silvestre registrou-se em 1973, em Goiás com a ocorrência de aproximadamente 80 casos comprovados. Como atividade profilática desenvolveu-se um programa de vacinação que imunizou mais ou menos 1.586.412 indivíduos em 194 municípios correspondente a 87% do existente. Posteriormente houve declínio na incidência da endemia.

Neste 1º semestre, revacina-mos 13 Municípios, no total de 37.990 pessoas vacinadas. No 2º semestre continuamos com a revacinação.

VI — BÓCIO ENDÊMICO

Regularmente são colhidas amostras de sal de cozinha, em todos os Municípios do Setor, pelos Inspectores de malária. Após o exame do teor de iodato, encaminhamos esses resultados a Superintendência no Rio, para a comunicação a firma Moageira ou Industrial, para que seja feita a sua dosagem normal de Iodato.

VII — TRACOMA

Neste 2º semestre será realizado o Inquérito sobre Incidência de Tracoma e Bócio Endêmico no Setor Goiás, por técnicos do Setor e outros que deverão vir de outros Setores.

Observação:

Participaram pela Superintendência — Brasília—DF., Dr. José Paulo Filgueira Filho. Chefe das Campanhas: Controle da Doença de Chagas e Campanha Nacional Contra a Meningite, e Dr. Saul Tavares de Mello. Chefe da Campanha Contra Tracoma, Bouba e Bócio Endêmico.