

VEM AÍ A DENGUE HEMORRÁGICA APÓS O PAN

ALERTA GERAL:

HABITAÇÃO PRECÁRIA É HOSPEDEIRA DO AEDES AEGYPTI.

Há mais de 20 anos, todas as autoridades sanitárias, pesquisadores cientistas como o saudoso sanitarista Sérgio Arouca, o Dr. Irun Santana e tantos outros manifestaram a preocupação com a dengue no Brasil, principalmente com a possibilidade da chegada do vírus 4. Circula no país, desde a década de 1980, as cepas dos vírus 1, 2 e 3, propiciando as epidemias no Rio de Janeiro, em 1986, e em seguida espalhou-se por todo o Brasil se consolidando de forma endêmica, causando mortes e grandes prejuízos econômicos.

O slogan “Pan sem dengue!” divulgou mais o PAN do que conscientizou ou ensinou aos brasileiros o que é a dengue e como combatê-la. Ocorrem pelo Brasil afora milhões de casos de dengue, em Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, São Paulo, Rio Grande do Norte, Alagoas, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Ceará, Rio de Janeiro. O número de casos dobrou em relação a 2006. O PAN é no Brasil. Então, tem dengue no PAN. Os milhares de turistas que vieram tanto do exterior como de outros estados se hospedaram em residências da região metropolitana onde existem focos do *Aedes aegypti*.

O combate ao vetor não tem sido permanente e as orientações não têm dado resultado satisfatório. Poderíamos até dizer que não se tem combatido este mal pela raiz. Vejamos, inicialmente o combate prioritário foi eliminar os vetores alados, isto é, o mosquito adulto. Parecia óbvio, mas não foi conseqüente, não só porque se eliminava também o predador natural do mosquito, como pássaros, rãs e a resistência às substâncias usadas.

Passou-se ao combate às larvas, em campanhas com larvicidas, realizadas pelos agentes sanitários, sem condições de trabalho e em quantidade insuficiente para cobrir todos os focos permanentemente. A população é sempre cobrada, os mosquitos estão em suas casas e esta responde ou pergunta: “não passou o fumacê!”, “o agente sanitário não vem aqui?”. “Foi ao hospital tomou uma injeção e não resolveu”. “Uma semana depois voltou ao hospital após uma falsa melhora” “demoraram para levar ao CTI”, “morreu de dengue hemorrágico”. “Está no atestado de óbito”, “ estava internado, passou a febre, deram alta e morreu em casa”, “já não agüento mais esta propaganda da água parada”, “a dona de casa não vira a lata e o vaso de água”, “já estou neurótico com esta propaganda”, “na minha casa não tem foco, só tem mosquito e pode ser da piscina do vizinho abandonada”, “eu não tenho pneu em casa” e “minha caixa d’água está coberta”.

A doença está aí, o vetor não foi eliminado, são 20 anos de endemias, epidemias e os profissionais de saúde ainda não estão suficientemente informados sobre a doença e ao combate ao vetor, assim como a população e a mídia. É só fazer uma pesquisa.

QUAL O MOTIVO DO FRACASSO DAS CAMPANHAS?

Não podemos criminalizar os habitantes das moradias, a dona de casa ou seus proprietários. As autoridades têm feito um esforço muito grande e os resultados não são satisfatórios. Tem havido negligência, isto é, crime sanitário. A responsabilidade direta da prevenção, planejamento e tratamento da dengue é das prefeituras municipais com o apoio dos governos federais e estaduais através do financiamento econômico e do suporte tecnológico.

EXISTE UMA MIOPIA SANITÁRIA?

UMA CONFERÊNCIA ESPECÍFICA SOBRE DENGUE AJUDARIA A RESOLVER ESTA SITUAÇÃO?

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu site, informa que 3 bilhões de pessoas do planeta estão localizadas onde a dengue é endêmica, 500 milhões são acometidas da doença e 20 mil morrem anualmente. A OMS afirma que esta situação está diretamente ligada a precariedade das habitações onde vivem. Vamos aprofundar os estudos, analisar este ambiente antropomórfico, onde ocorre a proliferação do vetor ao longo dos anos.

O estudo da epidemiologia, ciência que estuda a relação dos seres vivos com as doenças, nos leva aos tempos de Oswaldo Cruz quando, em 1904, no Rio de Janeiro, se alastrava a febre amarela e ele, epidemiologicamente, equacionou a situação. Acabou com os focos principais do Aedes que estavam nos cemitérios, “verdadeiro hospedeiro” do vetor e do vírus, acabando com a água acumulada nos vasos das plantas. A frequência de pessoas diariamente nos cemitérios, naquela época, era maior do que hoje. Atualmente, os cemitérios apresentam outra realidade com os cuidados que foram tomados. E o que mudou de 1904 para cá? Que ambiente pode ser semelhante ao daquela época que facilita a proliferação do mosquito e que podemos levar em consideração como “verdadeiros hospedeiros do vetor e do vírus”?

Com relação a febre amarela todos nós sabemos que o vírus encontra-se concentrado em regiões de florestas onde os hospedeiros são os animais silvestres, primatas, roedores, etc. e que algumas vezes através do vetor albopictus ou Aedes Aegypti chegam aos centros urbanos.

Em relação as endemias da dengue, qual é o ambiente semelhante à época de Oswaldo Cruz? Observando o que a OMS informa, a dengue está localizada onde se encontra a péssima qualidade das habitações. É importante valorizarmos esta informação quando mais de 700 mil habitações, no Rio de Janeiro, são de alvenaria, sem as clássicas coberturas habitacionais, onde predominam tetos sem coberturas, lajes abandonadas, cheias de poças de água das chuvas, com superfícies porosas, limo (os mosquitos prevêm acúmulo de água das chuvas semanais, principalmente no verão) com temperaturas ideais para a ovoposição e onde diminuem o tempo do ciclo biológico e ocorre a eclosão dos ovos.

O espaço da cobertura destas habitações é ocupado por objetos como garrafas, calhas e materiais abandonados. A ovoposição do vetor neste ambiente cria uma situação de manutenção permanente e ideal para a consolidação do ciclo biológico em um verdadeiro hospedeiro permanente, onde põem seus “bilhões” de ovos fecundados e com um percentual de 30% contendo a cepa do vírus 1, 2 e 3 e até o 4 (que poderá chegar a qualquer momento e estabelecer uma epidemia), fomentando outros milhares de focos secundários. É necessário aprimorarmos a eliminação dos ovos, como prioridade, orientando a população com este enfoque, dando ênfase às coberturas inacabadas das moradias de alvenaria que formam as poças de água após as chuvas.

É necessário que as campanhas sejam enfocadas e direcionadas para as inadequadas coberturas das moradias onde os mosquitos põem seus ovos e se fixam como hospedeiros permanentes e reciclando com as águas das chuvas. É fundamental a limpeza das coberturas das moradias, principalmente das alvenarias, que acumulam água das chuvas onde poças d'água são formadas, (as coberturas não possuem declive para as águas escoarem) e como o ciclo biológico dura menos que 10 dias, é tempo suficiente para eclodir os ovos, diante deste ambiente com temperaturas ideais e com pessoas próximas para serem sugadas pelos

vetores e repovoarem estes nichos com novas ovoposições, organizando um grande hospedeiro permanente.

O vetor, o vírus e a luta pela perpetuação da espécie, nos leva a entender, conhecer e compreender o antropomorfismo do *Aedes aegypti*, a sua condição de animal peridoméstico. O homem não necessita dele, mas ele necessita do ser humano, pela dependência da albumina humana para o amadurecimento dos ovos. Temos, na vida animal, vários exemplos de situações pela sobrevivência da espécie, como ocorre com a tartaruga, que é ovípara, nasce em uma praia e viaja por oceanos e volta quando adulta para por seus ovos nas areias quentes da praia onde nasceu. Nos rios os peixes põe ovos e para perpetuar a espécie ocorre o fenômeno da piracema, e vão à nascente para a desova. Podemos citar o comportamento de milhões de seres vivos. E os mosquitos? Sim, os mosquitos! Todas as espécies com comportamentos diferentes. Mosquito palha da leishmaniose tem o seu ciclo reprodutivo na terra e não na água, o *albopictus* que transmite a dengue e a febre amarela, tem seu habitat silvestre.

E o *Aedes aegypti*, que para nós é muito especial, é ovíparo, faz a sua ovoposição após sugar o sangue humano para retirar a albumina para desenvolver o embrião no ovo, o qual evolui após a ovoposição. Este conhecimento é fundamental no combate à reprodução do *Aedes aegypti*, sendo necessário criar comitês de combate ao vetor nos colégios, com professores de ciência e biologia, agentes sanitários, junto à população e até mesmo à mídia, a qual não tem aprofundado este conhecimento, assim como os profissionais de saúde. É necessária ainda uma campanha para recuperar estas habitações. Tendo chuva, os moradores devem retirar as águas acumuladas nas lajes e vasilhames. O combate à dengue depende de levar conhecimentos e informações ao cidadão sobre a biologia do mosquito e o seu antropomorfismo.

É necessário ainda ficarmos atentos ao uso das águas sem o devido controle, como os lava-jatos de ruas, que guardam as mesmas em tonéis por dias, assim como caixas d'água sem tampa. É importante observar que em muitas construções e puxadinhos em moradias de alvenaria encontra-se muita água sem controle e formam-se focos da dengue, daí ser preciso valorizar esta situação, onde praticamente não existe vistoria neste ambiente. A propaganda deve ser mais criativa. Chega de água parada, fotografias de pneus nos cartazes, sem a mínima explicação e ainda culpar a dona de casa. Vamos dar ênfase à biologia do vetor.

Está na hora de recuperar as moradias para expulsar este inimigo do homem de suas habitações, acabando com a precariedade das moradias e da dengue.

Diante do quadro acima, cabe à Secretaria Municipal de Saúde a organização de um Sistema de Referência da Dengue como parte integrante das ações básicas de saúde, por bairros ou distritos sanitários, que seja multiprofissional, com clínicos, cardiologistas, hematologistas, nutricionistas, agente sanitário para acompanhar de imediato o paciente da dengue até o foco, se identificado, e demais profissionais de saúde.

Rio de Janeiro, 06/08/2007

Dr. Eraldo Bulhões Martins
Médico, Clínico Geral, Diretor do SINMED/RJ
e-mail: ebulhoes01@ibest.com.br