

## Epidemia de cólera no Sul do Brasil Cholera epidemiology in Southern Brazil

Afonso Dinis Costa Passos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes 3900, Ribeirão Preto, SP 14049-960, Brasil.

No decorrer da sétima pandemia universal, iniciada em 1961, a cólera acabou por atingir o Brasil em abril de 1991, cerca de três meses após invadir a América do Sul através do Peru. Disseminando-se rapidamente pelas Regiões Norte e Nordeste, a doença parece ter se estabelecido de maneira permanente em extensas áreas do território brasileiro, alternando períodos de transmissão endêmica e epidemias de dimensões variáveis.

Ao grande destaque dado à doença nos seus primórdios, medido tanto pela extensa cobertura proporcionada pelos meios de comunicação de massa, como pela mobilização dos organismos de saúde pública, seguiu-se um longo período de relativo silêncio, quebrado apenas nas situações em que os níveis de incidência alcançavam valores alarmantes em uma ou outra área. De uma certa maneira, a cólera parecia ter sido incorporada à realidade epidemiológica nacional, passando a constituir apenas mais uma doença associada às condições precárias de higiene e saneamento, característica de regiões tão pobres e desassistidas, que careciam até mesmo de abastecimento de água de boa qualidade. Por um raciocínio inverso, passou-se a aceitar que as áreas mais desenvolvidas do País estariam a salvo da doença, uma vez que as suas condições sanitárias – especialmente relacionadas à disponibilidade ampla de água potável – representariam uma barreira eficaz à disseminação do vibrião colérico. Os fatos pareciam dar razão a esse modo de pensar, na medida em que, nos oito anos decorridos desde a chegada da cólera ao Brasil, a Região Sudeste apresentou um número relativamente reduzido de casos, quase todos concentrados nos anos de 1993 e 1994, e muitos deles ligados a pacientes que haviam adquirido a doença em áreas do norte ou nordeste. Além disso, excluídos seis casos ocorridos em 1993, no Paraná, a cólera nunca se havia feito presente nos estados do sul, reforçando a aparente invulnerabilidade das regiões economicamente mais desenvolvidas.

Esse raciocínio foi subitamente abalado no final de março de 1999, quando uma epidemia de grandes proporções foi identificada na cidade portuária de Paranaguá, escoadouro de parte considerável da produção de uma unidade federativa tida como das mais ricas do Brasil. Em pouco tempo, o número de casos elevou-se de maneira rápida, com dezenas de novos diagnósticos sendo realizados diariamente no início de abril. No total, foram registrados 466 ocorrências e três óbitos.

Essa situação, insólita e à primeira vista inesperada, comporta diferentes leituras. Do ponto de vista meramente biológico, levanta questões instigantes, para as quais não se têm respostas absolutas. As incertezas começam na própria origem do fenômeno, muito embora as evidências mais fortes apontem para o fluxo de caminhoneiros envolvidos no transporte da safra de soja, provenientes de áreas diversas do País, como o mecanismo responsável pela introdução do agente causal da cólera na cidade. Todavia, ao menos do ponto de vista teórico, não pode ser descartada por completo a possibilidade de ocorrência de outros mecanismos, tais como uma eventual contaminação da região portuária por material jogado na baía pelos navios provenientes de áreas endêmicas, reproduzindo o que provavelmente ocorreu quando da instalação da epidemia no Peru, em 1991. Ainda no campo biológico, o ocorrido em Paranaguá mostra algo notável ao revelar, conforme atestam estudos levados a efeito pela Secretaria Estadual da Saúde e pelo Centro de Biologia Marinha da Universidade Federal do Paraná, uma contaminação intensa pelo vibrião colérico do zooplâncton e de mariscos, de modo particular um molusco bivalve (*Modiolus brasiliensis*), popularmente conhecido como *bacucu*, o qual é bastante consumido pela população vizinha às áreas de mangue, praticamente sem qualquer cozimento. A propósito, não escapou à atenção dos pesquisadores o fato de, na presente temporada, ter ocorrido um grande aumento da população do *Modiolus brasiliensis*, o que aponta para uma transmissão predominantemente por via alimentar e, de uma certa maneira, explica a disseminação rápida de casos da doença em área onde o acesso à água potável é praticamente universal. Sem dúvida, a apreciação da epidemia sob o prisma biológico coloca aspectos extremamente instigantes, com destaque para os mecanismos envolvidos no surgimento da mesma e na sua propagação, sem falar na necessidade de se entender o real alcance de prováveis reservatórios extra-humanos presentes na baía.

Tal apreciação, entretanto, será incompleta se não for acompanhada de uma reflexão que ultrapasse os limites do biológico e tente atingir os determinantes mais profundos da epidemia de cólera em Paranaguá. Essa análise mostra, de maneira inequívoca, a falácia da separação geográfica absoluta de dois 'brasis', um pobre e sujeito às doenças da exclusão, muito distante do outro, desenvolvido e imune a tais males. Ou seja, a 'Belíndia' da comparação comum de anos atrás existe, sim, e não se trata de um conceito aplicável a áreas geográficas estanques. Ao longo de todo o território brasileiro, componentes de Bélgica e de Índia coexistem muito próximos um do outro, inclusive em áreas localizadas nas macrorregiões tidas como mais desenvolvidas e prósperas. Isso se torna claro para aqueles que conhecem o local onde a epidemia se estabeleceu, assim como ficou evidente para todos os

que acompanharam as imagens das reportagens televisivas sobre a região atingida. A uma curta distância do terceiro porto do país em movimento de cargas, onde bilhões de dólares são movimentados anualmente em produtos de exportação, milhares de excluídos socialmente ocupam uma área invadida, praticamente dentro do mangue, sem qualquer serviço minimamente aceitável de escoamento e tratamento de esgoto. Como, aliás, em qualquer área carente das regiões brasileiras normalmente associadas ao nosso lado hindu.

Nesse cenário, em tudo propício ao aparecimento de doenças de transmissão entérica, ocorre, nos períodos de safra, um intenso e rudimentar comércio de alimentos, freqüentado por milhares de caminhoneiros, que permanecem às vezes por longos períodos no aguardo do descarregamento dos seus veículos. Em tal situação, o insólito deixa de ser o aparecimento da epidemia em si e passa a ser a questão de por que a mesma ocorreu apenas agora, decorridos oito anos da introdução do vibrião colérico no Brasil.

A epidemia de Paranaguá permite inúmeras reflexões e deixa algumas lições. A principal delas, sem dúvida, refere-se à questão da vulnerabilidade de qualquer região do país às doenças da pobreza, independentemente da localização geográfica e do nível de desenvolvimento. Apesar de o Brasil revelar dados que colocam a sua economia entre as dez maiores do mundo, essa vulnerabilidade continuará a existir de modo permanente enquanto persistirem as desigualdades sociais verificadas nos dias de hoje em praticamente todas as suas regiões. Como consequência, já quase entrando no terceiro milênio, continuaremos a conviver com doenças medievais, há muito eliminadas de países onde o desenvolvimento econômico se fez de maneira mais equilibrada e justa, sem a escandalosa marginalização de extensos segmentos populacionais que se observa entre nós. Vista como fenômeno biológico, a cólera apresenta desafios que instigam nossas mentes. O reconhecimento dos seus determinantes sociais, contudo, enche-nos de vergonha, como profissionais da saúde e como cidadãos.