

Dois graves problemas de saúde

dos países subdesenvolvidos

* 9 JUN 1980

Albert B. Sabin

OS mais graves problemas de saúde nos países subdesenvolvidos são causados pela pobreza — escassez de comida, de água, de higiene, de educação — e pela falta de organização para atividades de ajuda mútua. O ponto que desejo expor diz respeito ao conhecimento disponível e útil, do ângulo prático, que com uma organização adequada e um mínimo de despesas pode ser empregado para combater problemas de saúde gravíssimos, antes que as causas da pobreza sejam eliminadas.

Dois graves problemas de saúde nos países subdesenvolvidos, em crianças de menos de cinco anos, pelos quais alguma coisa pode ser feita antes da conquista da pobreza, são as doenças diarréicas, graves sobretudo devido ao alto índice de mortalidade, e a poliomielite, grave devido à paralisia definitiva que provoca.

Numericamente esses problemas já são enormes e tornam-se ainda maiores, a cada ano, em virtude do crescente aumento do número de crianças de menos de cinco anos que são as principais vítimas dessas doenças nos países subdesenvolvidos.

O quadro mostra esse aumento, contrastando a situação da América Latina com a da América do Norte. Note-se que, em 1950, a população total era mais ou menos a mesma em ambas as regiões, enquanto a população de menos de cinco anos era de 26 milhões na América Latina e de 18 milhões na América do Norte. Em 1975, a população da América Latina quase dobrou, passando para 324 milhões; seu número de crianças de menos de cinco anos aumentou em 25 milhões, ao passo que na América do Norte, durante o período de 25 anos, o aumento correspondente foi de apenas 1 milhão. Calcula-se que pelo ano 2 000 a América Latina tenha uma população total de 620 milhões, mais que o dobro dos 296 milhões previstos para a América do Norte. O número de crianças de menos de cinco anos será então de 84 milhões na América Latina — ou seja, um aumento de 33 milhões durante o novo período de 25 anos, contrastando com um aumento de apenas 3 milhões na América do Norte. Aumentos similares são previstos em países subdesenvolvidos de outras partes do mundo.

A ampliação do problema das doenças diarréicas agudas em crianças de menos de cinco anos, nos países subdesenvolvidos, pode ser esquematizada assim: 30% a 50% das mortes, nessa idade, são ocasionadas por elas; mais de 6 milhões de crianças morrem anualmente dessas doenças; as diarréias agudas precipitam a má nutrição, retardando por isso o crescimento e comprometendo a qualidade da vida das crianças sobreviventes.

As causas das doenças diarréicas agudas na primeira infância são ambientais (incluindo a higiene precária e más condições sanitárias, os ajuntamentos excessivos, a subnutrição e a má nutrição, o desmame antecipado, o uso de leite em pó ou natural contaminado) e microbianas, incluindo muitas bactérias e vírus. A principal causa de morte é a desidratação e a perda de sais minerais, que leva a uma insuficiência renal.

Não há vacinas contra essas doenças. Sua prevenção depende antes de tudo da melhoria do abastecimento de água, da nutrição, da higiene e das condições sanitárias, em suma, da melhoria do padrão de vida que se vincula à eliminação da pobreza. A mortalidade e as consequências enfraquecedoras sobre os sobreviventes podem contudo ser grandemente reduzidas pela TRO (terapia de reidratação oral), um tratamento simples aperfeiçoado na Índia durante os últimos anos.

A terapia de reidratação oral consta de uma barata solução de sal e açúcar, que pode ser preparada em casa, dissolvendo-se num litro de água potável fervida os seguintes ingredientes:

Sal de cozinha (cloreto de sódio) — 3.5 gramas
Bicarbonato de sódio — 2.5 "
Cloreto de potassio — 1.5 "
Glicose ou sacarose — 20 "

O sucesso desse tratamento em crianças depende da freqüente administração da solução em pequenas doses — cerca de 30 cc a intervalos de 10 a 15 minutos. Quando doses maiores são dadas de uma só vez, os bebês vomitam e o tratamento é inútil. É indispensável, por isso, que a solução seja tomada a intervalos, inclusive durante a noite, numa colher ou numa chicara.

A poliomielite nos países subdesenvolvidos

O problema é a paralisia definitiva. A mortalidade pela poliomielite é maior do que nos países desenvol-

tistas oficiais desses países, em parte porque elas são incompletas, quando a doença na realidade ainda grava entre as crianças, e em parte porque a comunicação de doenças contagiosas permanece inadequada em países com inadequados serviços de saúde.

As pesquisas na Tailândia e no Brasil demonstraram também que houve uma significativa redução no número de crianças com paralisia residual, nas áreas beneficiadas nesses últimos anos por amplos programas de imunização, mas que a poliomielite continuou a manifestar-se em crianças não vacinadas ou incompletamente vacinadas.

Nos países subdesenvolvidos, de cli-

Note-se que o uso extensivo, embora insuficiente, da vacina Salk injetável havia fracassado em prevenir o aumento anual (de verão e outono) do número de casos de poliomielite, em 1962 e 1963 (3 mil 260 e 2 mil 830 casos de paralisia, respectivamente). Note-se também a completa eliminação desse aumento sazonal que se seguiu de imediato à campanha em massa com a vacina oral, durante os meses de inverno e primavera de 1964. Refiro-me a essa experiência porque muitos burocratas italianos diziam que era impossível organizar tal campanha em seu país, mas um ministro da Saúde, recém-nomeado em 1963, mostrou que o inverso era verdade e a doença quase desapareceu da Itália, como na maioria dos países mais ao Norte da Europa.

Os processos usados com êxito em partes desenvolvidas da América, Europa, Ásia, Austrália e Nova Zelândia são inadequados para os países subdesenvolvidos porque:

1) As campanhas únicas de vacinação em massa, bem organizadas e postas em prática em algumas cidades de países desenvolvidos, foram menos eficazes para interromper a continúa transmissão dos poliovírus paralisantes em áreas tropicais e subtropicais. Nessas áreas, o clima, associado às más condições sanitárias, à higiene imprópria e aos ajuntamentos, responsabilizava-se por um predomínio muito maior de vírus paralisantes e outros vírus intestinais na comunidade.

2) Os programas subsequentes de vacinação de rotina, inviavelmente, atingiram apenas uma pequena proporção de crianças. Nessas condições, há muitas crianças não vacinadas ou incompletamente vacinadas para manter uma cadeia de transmissão de poliovírus paralisantes, com índice contínuo de paralisia.

Qual será então o melhor processo para eliminar a poliomielite dos países subdesenvolvidos tropicais e subtropicais? O Programa Mundial de Imunização Expansiva, que nem mesmo inclui uma vacinação em massa inicial contra essa doença e que, na melhor das hipóteses, alcança apenas uma pequena proporção da população infantil, sobretudo com mais de uma dose da vacina, pode ajudar a diminuir o número de casos de paralisia entre os que recebem mais de uma dose, mas não pode impedir a continúa ocorrência de um grande número de casos.

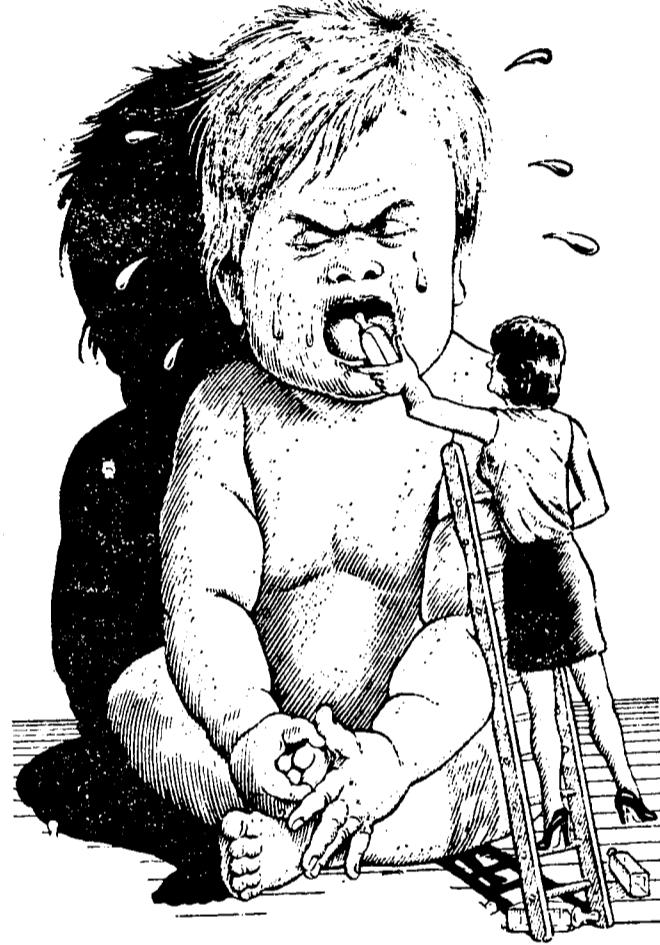
Já as campanhas anuais bem organizadas para a vacinação em massa de todas as crianças com menos de quatro ou cinco anos, independentemente de quantas doses de vacina elas tenham tomado antes, dando-se dois dias para cada uma das duas doses, com um intervalo de dois meses entre ambas, podem eliminar a poliomielite rapidamente. Mas a repetição dessas campanhas a cada ano e a boa organização das comunidades — para levar a vacina ao povo, em grande quantidade, em postos de vacinação temporários de acesso fácil ou mesmo as residências, quando necessário — são as chaves do sucesso para conseguir: a) a indispensável interrupção na cadeia de transmissão dos poliovírus paralisantes; b) a transmissão natural extensiva dos vírus inofensivos e imunizantes da vacina, que atingem muitas das crianças eventualmente não vacinadas. A quantidade de vacina por dose, nas campanhas em massa, pode ser cinco vezes menor que a usada nas vacinações de rotina, e não há razão para que o custo por dose também não seja cinco vezes menor. Isso exige acordos especiais com fabricantes da vacina, mas o custo pode e deve ser reduzido.

POPULAÇÃO DA AMÉRICA LATINA E DO NORTE

(em milhões)

ANO	população total		com menos de 5 anos	
	AMÉRICA DO NORTE	AMÉRICA LATINA	AMÉRICA DO NORTE	AMÉRICA LATINA
1950	166	164	18	26
1975	237	324	19	51
2000	296	620	22	84

Esta conferência foi apresentada na convenção do 75º aniversário do Rotary International, em Chicago, Estados Unidos.



vidos devido à falta de equipamentos para enfrentar a paralisia dos músculos respiratórios, que significa uma ameaça à vida, mas o número total de mortes é relativamente pequeno.

Uma velha crença, a que muitas autoridades sanitárias ainda aludem, garantia que a paralisia infantil é rara nos países subdesenvolvidos tropicais e subtropicais e que ela só comece a aumentar quando o padrão de vida melhora, tal como refletido, entre outras coisas, pelos baixos índices de mortalidade infantil e pelo aparecimento de freqüentes e grandes epidemias da doença.

O engano dessa crença foi demonstrado pela recente constatação de paralisia infantil duradoura entre crianças em escolas e casas da África, da Ásia e da América Latina. A primeira pesquisa a desacreditar a velha crença foi efetuada em Gana, em 1974-75, seguindo-se outras, com resultados similares, em Rangoon (Birmânia), Davao (Filipinas), Alexandria (Egito), na Indonésia, na Tailândia e — em março desse ano — em 25 mil 500 crianças do Distrito Federal do Brasil, pelo Dr Ernesto Silva e eu mesmo.

Tais pesquisas demonstraram que, mesmo na ausência de epidemias, a paralisia infantil foi e, devido à falta de imunização extensiva, continua a ser mais freqüente nas áreas rurais e urbanas dos países tropicais do que nos Estados Unidos, há 25-30 anos, antes do uso de vacinas. Essa nova perspectiva sobre a poliomielite nos países subdesenvolvidos não se reflete nas esta-