

PESTILÊNCIAS: VELHOS FANTASMAS, NOVAS CADEIAS*

*José da Rocha Carvalheiro***

São discutidos diversos aspectos relacionados com a Epidemiologia e o Controle de Doenças que, pela natureza de seus processos endemo-epidêmicos, tornaram-se grandes "fantasmas" que assolaram a humanidade durante séculos — as "pestilências". Relaciona-se seus respectivos processos com a história da humanidade, a organização das medidas e as próprias técnicas de combate. Mencionam-se os fantasmas do passado representados, fundamentalmente, pelas Doenças Quarentenáveis e o seu ressurgimento no mundo atual. Discute-se a emergência de novos fantasmas que assolam a humanidade: doenças crônico-degenerativas, violência e trauma, AIDS. Defende-se a idéia de que são alterações da estrutura epidemiológica que devem ser buscadas para explicar as mudanças de perfil epidemiológico, em particular os processos endemo-epidêmicos das pestilências. Neste sentido, os velhos fantasmas, quando ressurgem o fazem com características e estruturas epidemiológicas mudadas.

Velhos Fantasmas

"Um espectro ronda a Europa — o espectro do comunismo".

A mordacidade com que Marx e Engels⁽¹⁾ iniciam o "Manifesto Comunista" faz pensar num outro espectro que, na mesma época, meados do século XIX, de fato rondava a Europa: o espectro do cólera. Ambos espectros mereceram atenção cuidadosa de inteligências cintilantes. A respeito de ambos foram produzidas obras de argúcia tão grande que se tornaram clássicos, reeditados até hoje em praticamente todas as línguas conhecidas. O já referido "Manifesto Comunista" teve sua primeira edição em fevereiro de 1848. "Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera", de John Snow ⁽²⁾, em agosto de 1849.

Quase 150 anos passados, os mesmos espectros rondam novamente o mundo. O comunismo, na descendente; o cólera, em maré montante. A crise do socialismo real, com o esfacelamento da URSS, transformada numa Desunião de Repúblicas Socialistas Soviéticas, desvia o eixo do poder mundial.

* Financiamento: CNPq

** Docente do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. Professor Visitante, Instituto de Estudos Avançados, IEA-USP

Reedita, em nova versão, um poder imperial com polo único. Para completo aturdimento de teóricos e políticos, já inquietos diante da obrigatória revisão de conceitos e práticas. Estará, finalmente, afastada, no limiar do século XXI, a ameaça de uma guerra nuclear? As catastróficas previsões apontavam para uma tragédia ainda maior do que a experimentada pela Europa em séculos anteriores⁽³⁾. A "Peste Negra" do século XIV matou milhões de pessoas, sendo responsabilizada pela redução da população europeia, nesse século, à metade, segundo as estimativas mais cruéis ⁽⁴⁾. Matou outros milhões na maior parte do mundo então "conhecido", isto é, conhecido na Europa. O cólera, considerado por alguns como a "peste do século XIX" ⁽⁵⁾, atingiu milhões de pessoas em sucessivas pandemias, sendo responsável por um número consideravelmente menor de mortes que, ainda assim, alcançou a casa dos milhões. O comunismo, após a vitoriosa Revolução de 1917, na Rússia, expandiu-se, no século XX, pelo leste europeu e países asiáticos, organizando Estados (de socialismo real) cuja população total, em 1975, alcançava quase 1,5 bilhões de habitantes, praticamente um terço da população mundial⁽⁶⁾.

Os recentes acontecimentos políticos do leste europeu obrigam a refletir sobre o sentido atual da última frase do "Manifesto". Quais serão, hoje, as cadeias que os proletários têm a perder, para ganhar o mundo? Obrigam, ainda, a encarar a pesada carga de ironia que os mesmos acontecimentos emprestam à palavra de ordem com que se encerra o "Manifesto", que havia sido originalmente concebido como catecismo de profissão de fé: "proletários de todos os países, uní-vos!"

As cadeias (epidemiológicas) do cólera, da peste e das outras "pestilências" estão, hoje, muito mais elucidadas. Incorporam os resultados de investigações científicas sobre os processos biológicos que determinam sua emergência como problemas de saúde pública. Investigações que ultrapassam o plano biológico, para buscar uma compreensão dos mecanismos de difusão destas "pestilências".

Avanços recentes conduzem à contextualização dos processos biológicos, subsumidos numa visão abrangente dos processos gerais da sociedade. No caso, os modos como se equacionam e implementam as respostas organizadas da sociedade ao processo endemo-epidêmico fazem parte da estrutura epidemiológica e, portanto, são essenciais na elucidação das cadeias (fi-

sionomia epidemiológica).

Não associamos os dois fenômenos apenas pela coincidência das primeiras edições das obras que se tornaram clássicas. O recrudescimento do cólera, em sua sétima pandemia, atingiu pesadamente a América Latina, inclusive o Brasil. Outras doenças, consideradas fantasmas do passado, ameaçam igualmente os países subdesenvolvidos. A resposta da sociedade organizada, a problemas de saúde, é hoje muito diferente das incríveis propostas da Idade Média para conter a "Peste Negra", ou do século XIX para combater o cólera. Sabe-se, hoje, muito mais a respeito dos mecanismos dos processos endemo-epidêmicos. A tecnologia de combate é muito mais eficaz. Os meios modernos de comunicação social permitem atingir toda a população de um país do tamanho do Brasil simultaneamente. Os meios de transporte disponíveis, inclusive bicicletas(!), dão-nos a certeza de que se pode atingir qualquer ponto do país em tempo oportuno. O problema maior reside na eficiência e efetividade dos serviços. Muitas das maneiras de organizar o sistema de prestação de serviços, derivam diretamente das práticas de planejamento normativo, centralizado, oriundo da experiência do socialismo real do leste europeu, com a supremacia do Estado ordenador e executor das ações. Mesmo a crítica ao planejamento normativo, apontando para um planejamento estratégico, o tem como referência. A crise do mundo socialista, a sofreguidão com que se empunha a bandeira do neoliberalismo, preconizando um estado mínimo, trazem fundadas suspeitas de que o campo da saúde pública não passará incólume. Qualquer iniciativa que reduza ainda mais a precária efetividade dos serviços, sob alegação de baixa eficiência, poderá ser catastrófica no que concerne ao controle dos processos endemo-epidêmicos.

Outros Fantasmas do Passado

Num passado remoto, pequenos agrupamentos humanos, em estado que se assemelhava ao de tribos isoladas ainda hoje existentes, devem ter sido vítimas de processos epidêmicos que as dizimaram. Estudos atuais sobre tribos da Amazônia lançam alguma luz sobre o tema. Pecam por um inevitável viés: o estudo pressupõe o contacto, o início da aculturação. Não é impune o rompimento de um estado em que, numa visão estritamente etnocêntrica, seres humanos vivem de tal maneira integrados ao ambiente natural que quase podem ser considerados parte da patobiocenose, em focos naturais de

"zoonoses", na concepção de Pavlovsky(7). É ainda mais peculiar a tendência de construir uma hierarquia de estados de organização social contemporâneos, na tentativa de descrever como se teria dado, ao longo da história, a mudança dos perfis nosológicos. Esta idéia está implícita nos diversos estudos a respeito da distribuição de doenças "da modernidade" (especialmente crônico-degenerativas) entre tribos "primitivas".

Indícios de natureza variada, inscrições em cavernas, exploração arqueológica de cemitérios datados de milhares de anos, documentos diversos (a Bíblia inclusive), dão conta da ocorrência de fenômenos que se poderiam catalogar, hoje, como epidemias. Geralmente, é difícil fazer coincidir as idéias atuais a respeito dos processos epidêmicos com o que se consegue recuperar desses indícios. Uma linha de extremo fascínio é a que busca, nas associações xeno-parasitárias estáveis atuais, descobrir em que era geológica se deu o contacto entre espécies diferentes (o homem incluído). De qualquer maneira, não é necessário um grande conhecimento epidemiológico para intuir que foi apenas a partir do momento em que se estabeleceram grupos humanos maiores que o processo endemo-epidêmico teve ingresso, como manifestação de massa. A questão da **massa crítica** é quase do âmbito do senso comum.

Os relatos, freqüentemente tradição oral, resenham a saga de um povo. Entre os eventos capazes de mobilizar um povo inteiro, inscrevem-se as guerras como momentos inesquecíveis. Em muitas há certezas, na quase totalidade fortes indícios, de que o **general doença** teve papel protagonista. Muitas vezes apenas em alguma batalha, ou cerco a cidadelas. Em alguns casos, de uma maneira tão mais abrangente que acredita-se ter mudado o rumo da história da humanidade(3). É, indiscutivelmente, o caso da vitória de Esparta, contra Atenas de Péricles no século IV A.C.. A população das aforas, fustigada pelos espartanos e pela doença que se alastrava, concentrou-se em Atenas e desencadeou um processo epidêmico (de natureza controversa, possivelmente o tifo clássico) de grandes proporções, que vitimou o próprio Péricles. O que daí resultou: declínio da civilização ateniense, supremacia quase imediata dos macedônios, abrindo espaço para a emergência do domínio romano: sem dúvida mudou o rumo da história. A mais documentada e mais vezes mencionada é, no entanto, bem mais recente. Não só por ser recente (início do século XIX), mas por ter conduzido à derrota um gênio militar (Napoleão) e um dos maiores exércitos jamais mobilizados (500.000 homens). A derrota

na guerra contra a Rússia deve-se menos ao **general inverno** do que à genialidade militar do Giap do século XIX, o **general russo Kutusov** e ao **general doença**. Este, desta vez, documentado com nome e sobrenome: o tifo clássico transmitido por piolhos, secundado por diarreias de diversas naturezas, dizimaram as tropas napoleônicas (regressaram 40.000 soldados). A repercussão sobre a política francesa, abalando o prestígio napoleônico, e a posterior derrota de Waterloo, mudaram o eixo da história europeia.

Ao lado de processos que se poderiam considerar de curta duração em termos históricos, como as guerras mencionadas, há outros de mais longa duração que, indiscutivelmente, também mudaram o curso da história da humanidade (3). A colonização da América e da África pelos europeus, a partir do século XVI, são exemplares. Tanto na colonização da América do Norte quanto, especialmente, na da América Latina, o contacto com os europeus dizimou, pela doença e pela mais avançada tecnologia militar, guerreiros e civis da população primitiva das terras "conquistadas". O papel saliente foi representado por epidemias de doenças que desabaram sobre populações inteiramente despreparadas imunologicamente (imunidade coletiva, "herd immunity"). Menciona-se o sarampo e a varíola, além de tuberculose, febre tifóide, gripe, resfriado, difteria, coqueluche, como os principais **generais**. Na África, abaixo do Saara, deu-se o inverso. Foi o europeu a sucumbir diante das doenças "exóticas". A malária, a doença do sono, febre amarela e diversas arboviroses, a xistosomose e as filarioses deram ao continente africano sua fama de "tumba do homem branco". Embora o geógrafo (médico) inglês Stamp(8), comentando os hábitos etílicos do europeu nos trópicos, assinala que essa fama é devida "tanto às febres quanto ao gim" (9). Algumas dúvidas persistem quanto à verdadeira origem da sífilis. Tem-se como certo que se espalhou pela Europa após o retorno das caravelas de Colombo. Admite-se, daí, sua origem americana. Sua catastrófica disseminação, na Europa do século XVI, atribuída ao "desregramento" dos costumes, conduziu a um curioso jogo de empurra: cada país atribuía a culpa de sua disseminação a outro povo(10).

Todos esses espectros encontraram "explicações": místicas, mágicas, apocalípticas (sempre anunciavam o fim do mundo) e até "científicas". Louve-se, neste sentido, a honestidade da Academia Francesa, confessando-se absolutamente incapaz de entender, explicar e, muito menos, propor medidas para conter a Peste Negra do século XIV(10). Na verdade, por um jogo

intuitivo do tipo ensaio e erro, algumas associações foram feitas (ratos com peste, por exemplo) e medidas úteis preconizadas. Perceber que a mobilidade das pessoas estava associada à disseminação das doenças, conduziu ao confinamento dos migrantes e à quarentena ("quarante jours") de navios. Embora a mobilidade de então não fosse nada, comparada com a intensidade e rapidez da atual, os migrantes eram expostos a situações vexaminosas: obrigados a provar que não provinham de áreas assoladas por pestilências. As **cartas da peste** ("plague letters") eram verdadeiras cartas de apresentação, ou salvo-condutos, precursoras das Carteiras de Identidade (RG) e dos Passaportes.

Na verdade, existem fundadas suspeitas que muitas das medidas, especialmente as quarentenas marítimas, atendiam mais a interesses de domínio do comércio internacional do que, propriamente, a preocupações com a saúde da população portuária. Uma espécie de relação entre lobos e cordeiros, na qual a culpa estava sempre com o lado mais fraco. De qualquer forma, geraram-se daí os embriões do entendimento. Deram origem a preocupações válidas, a respeito das maneiras de conter a disseminação indiscriminada das doenças. Como seria irreal cobrir todo o espectro da nosologia, elegeram-se algumas. Definir, mediante acordos internacionais, as Doenças Quarentenáveis, ou "do Código Sanitário Internacional", como viriam a ser chamadas, correspondeu, de certa forma, a conferir-lhes um "RG de fantasma". Os fantasmas reconhecidos configuraram um elenco pequeno: tifo transmitido por piolhos, peste, cólera, varíola e febre amarela. Arrastaram suas cadeias por séculos e atingiram o século XX quando, finalmente, vieram a ter sua importância grandemente reduzida. Sem nunca renunciar à sua natureza fantasmagórica.

Fantasmas Novos

As alterações experimentadas pelo mundo nos últimos séculos conduziram a mudanças na composição populacional. A marca registrada da transição demográfica é o "envelhecimento" da população. O aumento da esperança de vida traduz uma importante redução da mortalidade nos grupos mais jovens, sempre mais vulneráveis às doenças que dependem de contactos prévios com agentes encontrados no ambiente. Ao desenvolvimento econômico, mais do que ao avanço da tecnologia médica (inclusive medicamentos

e vacinas), deve ser creditada a fantástica redução da mortalidade por doenças transmissíveis⁽¹¹⁾. Resultando no que foi chamado "Primeira Revolução Epidemiológica" por Terris⁽¹²⁾. São mecanismos que conduzem ao mesmo efeito final: o controle das transmissíveis e a emergência das crônico-degenerativas, dominando a paisagem nosológica. Vivendo mais, pelo controle das infecciosas, as pessoas têm mais chance de sofrer a ação prolongada dos agentes ("fatores de risco") responsáveis pela doença crônica. Ou sobra mais tempo de vida para que as deficiências orgânicas, que decorrem do desgaste, se expressem sob a forma de doença degenerativa. Discussão interminável: as doenças da modernidade são crônicas, ou são degenerativas? Contornada por solução "mineira" (que é o jeito brasileiro de ser salomônico): um hífen, ligando as duas designações, termo de compromisso: crônico-degenerativas.

De qualquer maneira, a heterogeneidade estrutural da humanidade faz com que a 1ª Revolução Epidemiológica se dê com ritmos diferentes: entre países e, em cada país, entre grupos sociais. Recente publicação das Nações Unidas, o "Human Development Report, 1991"⁽¹³⁾ explora o tema listando, através de um índice, a brecha ("gap") entre o hemisfério norte e o hemisfério sul. Ou, o que é o mesmo, entre os países industrializados e os subdesenvolvidos. Quanto menor o índice, maior a brecha, considerando como 100 o índice do conjunto dos países industrializados em cada dimensão do desenvolvimento humano. Os países subdesenvolvidos alcançam, em 1990 ou anos próximos, os seguintes: 84 para a esperança de vida ao nascer; 16, para mortalidade abaixo de 5 anos; 80, para o suprimento diário de calorias; 72, para educação primária e secundária; 15, para uso de bens e serviços. Acrescenta, a mesma fonte, que, na década de 80, 32% da população urbana e 36% da rural, nos países subdesenvolvidos situavam-se abaixo da linha de pobreza, i.e., tinham nível de renda incompatível com requerimentos mínimos de alimentação e outras necessidades essenciais para a sobrevivência.

Diversos estudos têm mostrado que esta brecha, visível a nível internacional, reproduz-se internamente em todos os países entre grupos sociais. Embora não disponíveis para todos os países, a já referida publicação do PNUD⁽¹³⁾ traz alguns indicadores de desigualdade interna. O coeficiente de Gini, só disponível para 28 países subdesenvolvidos, traduz quanto uma distribuição de renda está afastada da equidade. Tende a 0, para equidade absoluta e a 1 para absoluta inequidade. Varia, entre os países que o têm dis-

ponível de 0,31, no Perú e na Indonésia, até 0,66 na Jamaica. O do Brasil é de 0,57. Outro índice apresentado, que guarda forte correlação com o Coeficiente de Gini, é obtido dividindo a renda apropriada pelos 20% mais ricos pela dos 20% mais pobres. Nos países industrializados em que está disponível, 21 entre 33, varia de 3,0 na Hungria, até 9,6 na Austrália. Nos países subdesenvolvidos está disponível em 20 dos 127, variando desde 4,0 em Marrocos, até 26,1 no Brasil. É relativamente mais concentrado ao redor da mediana (6,0) entre os países industrializados, com intervalo entre o primeiro e terceiro quartis de 2,0. Nos subdesenvolvidos, a mediana é maior (10,0) e a dispersão, traduzida pelo intervalo inter-quartis (5,5) expressa maior dispersão. Assinale-se o valor aberrante do Brasil (26,1), seguido de perto por Botswana (23,6) e, um pouco mais distante, pela Costa Rica (16,5).

Com estas disparidades, não é difícil compreender a designação de **Belíndia** (mistura da Bélgica com a Índia) utilizada para designar países como o Brasil. Com tais heterogeneidades estruturais internas não surpreende que o quadro epidemiológico dos países subdesenvolvidos seja muito mais complexo. Coexistem doenças do passado, anteriores à Primeira Revolução Epidemiológica dos Países Industrializados, com as doenças crônico-degenerativas ("da modernidade"). Numa composição perversa que exige mais recursos econômicos exatamente nos países mais desprovidos.

Os novos fantasmas são as crônico-degenerativas, o trauma e a violência e a "nova peste", AIDS. Na curiosa terminologia dos nossos dias é "politicamente incorreto" chamá-la "peste gay", embora tenha sido esta a primeira, e preconceituosa, designação popular da síndrome. Em processo de franca expansão, bem além dos limites de grupos homossexuais, representa hoje a principal das "pestilências" que afrontam a humanidade. Freqüentadora habitual das publicações "leigas", representa, na imprensa científica, em número de artigos por centena de páginas, o mesmo que o cólera há exatamente um século⁽¹⁴⁾. As crônico-degenerativas, a violência e o trauma, têm, disparadamente, muito maior impacto sobre a morbi-mortalidade que a AIDS e as pestilências fantasmagóricas do passado. Morrem numa semana, mais acidentados no trânsito das grandes cidades e crianças assassinadas, do que por todas as "pestilências" juntas. Muito mais!

Sem mencionar o fantasma maior: a ameaça de uma guerra nuclear, nunca de todo afastada.

As Novas Cadeias e o Exorcismo

" – Não sabia que tínhamos chegado a tanto.
– Vocês chegaram 'a tanto', quando mataram
o primeiro inocente!"
(diálogo entre Burt Lancaster e Kirk Douglas
no clássico " Julgamento de Nuremberg")

A transcrição livre do diálogo entre o acusado, um juiz alemão, e o promotor, um advogado americano, durante o julgamento dos crimes nazistas na 2ª Guerra Mundial, dá uma boa medida do que o mundo deve pensar a respeito do atual impacto do ressurgimento das " pestilências" . A humanidade, assolada por séculos pelos espectros das doenças epidêmicas, aprendeu a tremer à simples menção de seus nomes. E da sua proximidade...

Ao longo deste trabalho desenvolvemos um conjunto de idéias que apontam, na aparência, para minimizar a importância das " pestilências" clássicas no mundo contemporâneo. Do ponto de vista estrito da enumeração de áreas atingidas e contagem dos casos e óbitos ocorridos em cada uma delas, nada pode nos conduzir a um prenúncio de grande catástrofe. O tifo clássico desapareceu e a varíola permanece erradicada de todo o mundo. A peste restringe-se a algumas poucas áreas rurais, no Nordeste Brasileiro e em outros países subdesenvolvidos, com número pequeno de casos. Acompanhada por uma Vigilância de Estrutura Epidemiológica, com monitoração dos focos naturais da enzootia. A Febre Amarela é mais preocupante. Restrita a seu ciclo silvestre, com focos irredutíveis, apresenta-se como ameaça permanente e tanto mais séria quanto mais se intensificam os contactos do homem com o ambiente natural. Para atividades de lazer, caça e pesca de aficionados, ou para ocupações de colheita extrativa, garimpo, construção de barragens, narcotráfico. O repovoamento do ambiente urbano pelas estegomias (*Aedes S. aegypti*) é o elemento estrutural que faltava. Associadas ao processo endemo-epidêmico do dengue, já amplamente disseminado no ambiente urbano, as estegomias desafiam a Saúde Pública atual, como desafiaram Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz e outros sanitaristas do início do século XX. Com risco óbvio da reintrodução da Febre Amarela, na medida em que tem aumentado os casos (isolados) da doença adquirida no contacto com os focos naturais. É

um momento extremamente rico em alternativas, capaz de exemplificar, de maneira notável, a relação de dependência entre os dois ciclos.

Nem é por outro motivo que se chamam ciclos: o vírus circula. Entre macacos, através de mosquitos silvestres, no ciclo natural. Entre homens, através das estegomias, no ciclo urbano. É neste sentido que se consideram isolados (e esporádicos) os casos humanos de Febre Amarela silvestre, apesar do seu aumento numérico. Aumento ou diminuições cujas explicações devem ser buscadas em elementos de estrutura epidemiológica do âmbito social e econômico. O vínculo entre os casos há de ser buscado no estudo das mudanças sociais que aumentam a frequência dos contactos do homem com os focos naturais. É curioso, atestando, neste terreno, a hegemonia das explicações biológicas, que continuem a chamar-se casos isolados. Casos que não formam ciclo, obtidos isoladamente pelo contacto de cada novo doente com foco natural. O ressurgimento das estegomias no ambiente urbano, torna ameaçadoras as perspectivas. Aumentando indiscriminadamente o número de casos isolados não está afastada a possibilidade de reinstalação do ciclo urbano. Desta vez, porém, em situação tecnicamente vantajosa, em relação ao espectro do início do século XX. Mencione-se, além da obriedade da melhoria dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica e das técnicas de controle dos mosquitos, a existência de uma vacina eficaz que confere imunidade de longa duração. Neste aspecto particular, o Brasil está em situação privilegiada: Bio-manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz, é o maior produtor mundial da vacina anti-amarílica.

Dos fantasmas do passado, restava recuperar a ameaça do cólera, ausente do Brasil há quase um século. Ameaça brandida como cajado justiceiro, em meados da década de 70, há aproximadamente quinze anos, não chegou a instalar-se, então, no território brasileiro. O mundo já vivia a sétima pandemia de cólera originada na Ásia e disseminada pela África e mesmo parte da Europa. A derrocada do colonialismo português na África, ampliou intensamente o processo migratório para o Brasil de pessoas provenientes de áreas onde o cólera já se tornara endêmico, especialmente de Angola. Todos os preparativos, então imaginados, para recepcionar o cólera, viram-se baldados. É de mencionar o enfoque dado na época: não se adquiriram bicicletas; foi providenciado um imenso estoque de camas especiais, montadas numa armação de canos de água articulados por meio de luvas, cotovelos e tês (ainda existiam canos metálicos!). Camas do tipo padiola, de borracha, com um

buraco no centro para o escoamento dos dejetos. Distribuídas por todo o país, eram impossíveis de montar: faltou consultar um especialista, no caso um encanador, para assessoria especializada. A ausência de uma rosca-ao-contrário impedia articular, firmemente, o último cano do quadro: ao enroscar uma extremidade, desenroscava a outra. Felizmente, não foi dessa vez que o cólera chegou. A série de medidas então propostas deixou um legado: a confissão da prioridade pelas ações de prevenção secundária: vigilância especialmente severa em portos, aeroportos e fronteiras e a fabricação de camas improvisadas para os prováveis milhares de doentes. As folclóricas "descobertas" de vibriões coléricos nos canais da cidade de Santos, o esforço de examinar amostras dos conteúdos das privadas dos aviões provenientes de áreas endêmicas, foram notáveis. Muito se discutiu a respeito das precárias condições de vida nas grandes metrópoles da América Latina e da catástrofe que representaria a chegada do cólera. A falta de saneamento básico, especialmente abastecimento de água e esgotamento sanitário foi apontada como prenúncio da tragédia que se abateria sobre a América Latina com a chegada do cólera. Numa época de grande fechamento político, censura e perseguição, tornava-se difícil veicular opiniões críticas. O autor deste trabalho expressou essa perspectiva sombria em entrevista a um jornal mexicano, comparando as condições da imensa "barriada" de Netzahualcoyotl com as das piores favelas brasileiras⁽¹⁵⁾. Para demonstrar que o país estava preparado, o Ministro da Saúde do Brasil fez um teste: dirigiu-se, num fim-de-semana, a uma pequena cidade do Nordeste e despachou um alerta fictício pela rosa dos ventos. A resposta do sistema montado não foi muito convincente, provavelmente por saber que se tratava de alarme falso. Mas, enfim, o cólera não chegou: não foi possível verificar na prática se, com alguma criatividade, seria possível dar um jeito de montar as camas de campanha de borracha sem a rosca invertida.

A própria essência da discussão, escamoteada na época pela rigidez do autoritarismo reinante, questionava a viabilidade de uma prevenção primária. A vacinação, ainda hoje controversa por sua reduzida eficácia, apesar dos avanços da tecnologia de produção, não foi cogitada. Até por que, a limitada duração da imunidade produzida pelas vacinas então existentes associada à deficiente organização dos serviços de saúde, fatalmente implicaria numa baixa efetividade. A medida soberana, em termos de prevenção primária, o saneamento básico, não é apenas dependente de vontade política. A situação a que chegaram as parcelas miseráveis da população, nos países subdesen-

volvidos, demanda investimentos da ordem das centenas de bilhões de dólares. Para garantir, simplesmente, acesso universal a água potável e destino adequado dos dejetos, sem riscos de contaminação dos mananciais. Estas quantias não se encontram disponíveis com facilidade. Além do que, as prioridades de investimentos com recursos externos estão direcionados segundo interesses nem sempre (ou quase nunca!) coincidentes com os anseios de melhoria das condições reais de existência dos povos. Mas isto já é enveredar pelo terreno especulativo da internacionalização do capital, da hegemonia dos interesses de monopólios e oligopólios: do predomínio das grandes corporações sobre os Estados Nacionais.

O trágico quadro de falta de acesso a água potável e esgotamento sanitário, nos países subdesenvolvidos, nos anos de 1985 a 1988, é estimado pela já mencionada publicação do PNUD⁽¹³⁾ como atingindo, respectivamente, 38% e 54% das populações desses países. Em termos absolutos, em 1990, corresponde a um bilhão e quinhentos e cinqüenta milhões de pessoas sem acesso a água e dois bilhões e duzentos milhões, desprovidas de esgoto. Para mencionar apenas dois países, Brasil e Peru, o potencial de expansão do cólera já poderia ser facilmente previsto. Com uma população estimada, em 1990, de 22 milhões de pessoas, o Peru tinha apenas 61% da população com acesso a água potável e 51%, ao esgoto. O que conduzia, em 1990, a 8.300.000 pessoas sem água potável e 10.600.000, sem esgoto. A maior cidade com máxima densidade populacional, Lima, com 1379 pessoas por quilometro quadrado, apresentava, em particular, terríveis deficiências. Não surpreendeu o impacto que, ali, teve o cólera quando entrou em território peruano⁽¹⁶⁾. O Brasil não dispunha de dados globais, na rígida exigência do PNUD⁽¹³⁾, sobre esgoto. A publicação estima, para 1990, uma população de 150 milhões, 96% com acesso a água entre 1985 e 1988. Apesar da aparentemente boa cobertura, o tamanho da população permite estimar que, em 1990, 5.300.000 pessoas não tinham acesso a água potável. A maior cidade com máxima densidade populacional, Recife, contava com 6232 pessoas por quilometro quadrado. Também não surpreende a preocupação das autoridades brasileiras com as perspectivas de instalação do cólera em Recife, e nas zonas metropolitanas do Sudeste. Nada que se compare às condições da Índia, com população estimada, em 1990, de 853.100.000 pessoas. Embora apenas 27% dessa população seja urbana, contra 70% do Peru e 75% no Brasil, a maior cidade com máxima densidade populacional é Calcutá, com 88.135 pessoas por quilometro quadrado. Na Índia como um todo, 370.000.000 de pessoas não ti-

nam, em 1990, acesso a água potável. Os dados apresentados repetem-se em outras fontes consultadas⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

Tendo atingido o continente Latino Americano pelo litoral peruano⁽¹⁶⁾ o cólera impactou pesadamente Lima e espalhou-se pelo país, inclusive a Amazônia Peruana.

Obedecendo a uma lógica conhecida antes mesmo do clássico trabalho de Snow⁽²⁾ ter sido publicado, acompanhou o homem em sua mobilidade: atingiu a Amazônia Brasileira e, neste momento (março de 1992) já chegou ao Nordeste, com forte impacto sobre as periferias das grandes cidades, notadamente Recife.

Não apenas o cólera; as parasitoses em geral tem uma forte associação, em seu processo de disseminação, com o processo migratório da população humana⁽¹⁹⁾.

Parasitas acompanham o homem, onde quer que ele vá. Esta aparente trivialidade tem sido apontada, em textos de diversa natureza, há séculos. A moderna rapidez e facilidade dos transportes, induz movimentações populacionais de cada vez maior número de pessoas para lugares cada vez mais distantes. Retomar a discussão a respeito do tema demanda esforços em, ao menos, dois sentidos. Em primeiro lugar, fugir do estritamente fenomênico, do processo em si mesmo, sem referência a seus determinantes estruturais. Em segundo, considerar o espaço organizado, que incorporou o tempo histórico transformando-se em paisagem, em sua complexidade moderna ⁽²⁰⁾. Fugindo ao plano estrito das paisagens **quase naturais**, que configuram a epidemiologia paisagística de focos naturais de zoonoses⁽⁷⁾. Sem negar a importância de continuar investigando, a nível biológico, a formação dos "complexos patogênicos" ou das "patobiocenoses", há que avançar no sentido da contextualização da ecologia das parasitoses. Isto passa por desenvolvimentos em diversos eixos. De um lado, a determinação social da distribuição das parasitoses. Aqui está implícita a urbanização de doenças originalmente silvestres ou rurais e sua dinâmica de distribuição, obedecendo a processos sociais de índole distinta, no ambiente urbano. O processo migratório e suas determinações sociais, econômicas e culturais, desempenha papel saliente. A epidemiologia da febre amarela no Brasil é exemplar. A racionalidade biológica da distribuição urbana da doença no início do século foi substituída por

uma racionalidade social a partir dos anos 40. Casos humanos absolutamente sem nenhuma relação entre si passaram a dominar o quadro da Febre Amarela silvestre. Não se pode ignorar que, se a racionalidade anterior não foi estritamente biológica, tampouco a nova é estritamente social. É desta duplicidade de determinações, simultaneamente biológicas e sociais, que se deve construir o quadro completo de qualquer parasitose enquanto endemia, isto é, enquanto encarada na sua dimensão coletiva. Outro eixo importante é o da tendência à urbanização desses processos, transformando e sendo transformados em seus contactos com a estrutura urbana. Ponto crucial é o da transformação histórica das estruturas epidemiológicas das parasitoses. Estas transformações de estrutura repercutem imediatamente na fisionomia ou paisagem epidemiológica (características: distribuição no lugar, tempo e pessoa). Mas também, e fatalmente, na própria natureza da doença em sua faceta estritamente biológica e individual. A urbanização da doença de Chagas é ilustrativa. A transmissão essencialmente transfusional, obviando a passagem pelo invertebrado, não pode deixar de alterar a composição das populações de tripanossomos, sabido como é o verdadeiro papel de filtro biológico do barbeiro para determinadas variantes. A explicação da controvertida questão da regionalização da doença pode passar também por mecanismo semelhante. Na moderna visão geográfica, o espaço pode ser encarado como sistema de estruturas. A estrutura epidemiológica é apenas um dos elementos deste complexo sistema, como a estrutura social, a econômica, a geomorfológica, a urbana e outras. Buscar a compreensão de como o processo social (história) transforma a natureza criando novas paisagens implica conhecer, em nosso caso, as mudanças estruturais que se expressam por alterações da fisionomia epidemiológica. O processo migratório, não isolado, é marcante na busca do entendimento das alterações estruturais de inúmeras doenças, notadamente das endemias parasitárias.

Pensar a saúde e a doença, o processo saúde-doença, em sua dimensão coletiva, impõe um mergulho na questão do espaço e sua organização. O espaço, compreendido como sistema de estruturas, incorporando o tempo histórico, alterando estruturas e modificando a paisagem⁽²¹⁾. No caso do processo saúde-doença, a paisagem (nosológica) é dada pelos perfis epidemiológicos, na concepção de Breilh⁽²²⁾. A concepção do perfil epidemiológico, construção dialética do processo de reprodução das classes sociais e do processo saúde-doença, dá conta das mudanças na distribuição das pestilências. O processo de organização do espaço pelo trabalho humano traz implícita a

reprodução das classes e a construção da "segunda natureza" (23). Não se trata de uma natureza menos natural, mas de uma espécie de natureza recíclada pela ação do homem, transformando continuamente a paisagem, geração após geração.

As doenças infecciosas e parasitárias constituem os exemplos mais explorados desta relação recíproca entre organização do espaço e paisagem nosológica. Desde os trabalhos precursores de Pavlovsky(24), a Epidemiologia (soviética) tem trabalhado a dimensão ecológica das doenças parasitárias. Sua maneira de analisar os ecossistemas (biogeocenose) foi extensamente discutida por Pessoa no capítulo de Geografia Médica de seu "Ensaio Médico-Sociais" (25). Este texto foi pioneiro, em nosso meio, dando margem ao desenvolvimento de estudos do próprio Pessoa, analisando o impacto sobre a nosologia brasileira da construção de Brasília e das rodovias amazônicas. De todo esse desenvolvimento das idéias neste campo, podemos admitir que, ainda que retornem velhas doenças, nem suas características e ainda menos suas estruturas serão as mesmas.

As novas estruturas epidemiológicas incluem o saber e seu braço armado, a tecnologia, como elementos essenciais. Não apenas o saber resultante da indagação científica, também a sua relação com o senso comum. "As representações sociais constituem campo fértil para o estudo do processo saúde-doença, por que permitem explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico, seja este concebido como corpo de conhecimentos ou como relações sociais entre um grupo definido corporativamente como detentor do saber e o grupo de usuários/clientes" (26). O papel representado pela "mídia" neste contexto é essencial, sendo notáveis os disparates quando o ressurgimento de pestilências do passado aguça a cobiça por espaços (auto) promocionais na imprensa.

Não poderíamos encerrar sem retomar o início deste ítem, o diálogo do "Julgamento de Nuremberg". Temos, de fato, a convicção de que, apesar da gravidade da situação sanitária, não ocorrerá nada que se compare às grandes catástrofes provocadas no passado pelas pestilências. O que não nos exime: um único óbito provocado por doença que a humanidade aprendeu a controlar, prevenir e curar é crime hediondo. Suficiente para colocar em tela de juízo toda a organização social contemporânea.

Uma derradeira menção ao espectro do comunismo. Ronda, hoje, o mundo um outro espectro: o do neoliberalismo acrítico, que se vale da ingênua idéia de que o mercado mundial é livre. Que se serve dos equívocos cometidos pela aventura do "socialismo real" do leste europeu para alvejar a **utopia socialista**. Baseados na crítica ao socialismo utópico e na imensa tarefa que representou a construção teórica do **socialismo científico**, produto intelectual de uma legião de seguidores do pensamento de Marx e Engels, preconizam o "fim da história". Criam um fantasma tenebroso, que atende pela curiosa designação de "transição do socialismo para o capitalismo". Apresentam receitas para a saída da crise dos países subdesenvolvidos (capitalistas) que redundam em crises piores como a que atualmente atinge a Venezuela. Em entrevista recente, um ex-presidente conservador (Rafael Caldera) afirmou textualmente: "A corrupção sempre existiu na Venezuela. Mas, como não havia o mal-estar econômico e o custo social das medidas do FMI, a população se queixava, mas acabava tolerando" (27).

É mais urgente exorcizar este novo fantasma do que aqueles com que convivemos ao longo deste trabalho. Disto depende, de fato, o exorcismo dos demais. Especialmente do mais formidável espectro da atualidade, AIDS, que arrasta suas cadeias pelos escombros de uma sociedade em ruínas. Cujas cadeias (epidemiológica), ainda não totalmente esclarecida, tem como elemento essencial o papel representado pela omissão do Estado na organização de um Sistema de Hemocentros que assegurem um fornecimento de sangue e hemoderivados isentos de contaminação. Este exorcismo passa por uma definição clara da questão levantada no início deste trabalho: **quais são as cadeias que o mundo tem a perder?**

Referências

- 1 MARX, K. & ENGELS, F. *Manifesto do partido comunista*. São Paulo, Global, 1988.
- 2 SNOW, J. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1990.
- 3 ROBINS, R. S. Disease, political events, and populations. In: Rothschild, H. Ed. *Biocultural aspects of disease*. New York, Academic Press, 1981. p.153-75.
- 4 SALVERAGLIO, F. J. *Tratado de higiene y medicina preventiva*. Montevideo, Imprenta Rosgal, 1951.
- 5 HOWARD-JONES, N. Prelude to modern preventive medicine, In: Stanley, N. F. & Joske, R. A., Ed. *Changing disease patterns and human behaviour*. London, Academic Press, 1980. p.69-80.
- 6 CASTRO, F. *La crisis económica y social del mundo*. México, Siglo XXI Ed., 1984.
- 7 PAVLOVSKY, E. *Natural nidity of transmissible diseases*. Moscow, Peace Publishers, 1964.
- 8 STAMP, L. *Medical geography*. London, Oxford University Press, 1964.
- 9 CARVALHEIRO, J. R. *Tendencias y perspectivas de la investigación en los aspectos sociales de las enfermedades tropicales*. Cuenca, Ecuador. Taller "Tendencias y Perspectivas de las Ciencias Sociales en Salud", Cuenca, 1983.
- 10 LOPES, O. C. *A medicina no tempo*. São Paulo, Ed. Melhoramentos/EDUSP, 1970.
- 11 MCKEOWN, T. & LOWE, C. R. *An introduction to social medicine*. 2nd ed., Oxford, Blackwell, 1974.
- 12 TERRIS, M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México, Siglo XXI Ed., 1982.
- 13 UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM (UNPD) – *Human development report 1991*, New York, Oxford University Press, 1991.
- 14 EVANS, A. S. Ruminations on infectious disease epidemiology: retrospective, curspective, and prospective. *Int. J. Epidem.* 14 (2): 205-14, 1985.
- 15 CARVALHEIRO, J. R. *Amenaza del colera en America Latina*. Entrevista a " El Dia", México, 15 de setembro 1977.
- 16 REYNA, C. & ZAPATA, Á. *Cronica sobre el colera en el Peru*. Lima, Public. DESCO, 1991.
- 17 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD *Las condiciones de salud en las Americas*, Washington, 1990. 2v. (Publ.cient. 524).
- 18 INTAL. Salud en el desarrollo: alternativas para la integracion. Estadísticas. *Integr. Latinoamer.*, Buenos Aires, 16 (164): 75-90, 1991.
- 19 CARVALHEIRO, J. R. Disseminação de doenças através de migrações. In: Ministério da Saúde. *Doenças e migração humana*. Brasília, Centro de Documentação: 1982, pp.157-167. (Série D. Nº 1).
- 20 SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo, HUCITEC, 1991.
- 21 DOLFUSS, O. *O espaço geográfico*. Rio de Janeiro, DIFEL, 1975.
- 22 BREILH, J. *Epidemiologia: economia, medicina Y política*. Coleções SESPAS, 1980.
- 23 SHIMIDT, A. *El concepto de naturaleza en Marx*. México, Siglo XXI, Ed., 1976.
- 24 PAVLOVSKY, E. *Human diseases with natural foci*. Moscow, Foregin Languages Publishing House, 1954.

- 25 PESSOA, S. B. *Ensaio médico sociais* 2ª ed. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1978.
- 26 SPINK, M. J. P. As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área da saúde. 1989. São Paulo, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, 1989 – mimeografado.
- 27 CALDERA, R. *Ex-presidente teme uma guerra civil na Venezuela*. Folha de São Paulo, 14 mar., 1992.