

ANÁLISE & DADOS

SOCIAL

A Cólera na Bahia

Zenaide Calazans Oliveira *

Descrição da Doença e sua Trajetória até a Bahia

A cólera é uma infecção intestinal aguda causada pelo vibrião colérico; caracteriza-se por diarreia e desidratação, que nos casos graves leva rapidamente à morte, se não tratada de imediato e de forma adequada.

Trata-se de uma doença secular, presumivelmente originária da Índia. Endêmica em algumas regiões asiáticas e africanas, a sua disseminação para vários continentes (pandemios) já se deu por sete vezes. Tem se desenvolvido de forma explosiva em regiões de precárias condições sócio-econômicas, com insuficientes investimentos nas áreas sociais como saúde, educação e saneamento básico, o que favorece a permanência da doença de forma endêmica.

A sétima pandemia, atualmente em curso, causada pelo vibrião colérico biotipo El Tor, teve início desde 1961, e já atingiu mais de 100 países, chegando a América do Sul em janeiro de 1991, quando foram confirmados os primeiros casos no Peru. A partir daí, esta epidemia atinge outros países com os quais faz fronteira, inclusive o Brasil, onde os primeiros casos foram detectados em abril do mesmo ano, no município de Benjamin Constant, no Amazonas. A seguir, a doença se propagou para outros Estados da Região Norte, tendo como principal rota de disseminação o rio Solimões, Amazonas e seus afluentes.

Dessa região o cólera chegou ao Nordeste, através da rodovia que liga o litoral Paraense ao Maranhão.

Os primeiros casos dessa região foram conhecidos em fevereiro de 92, no sertão Paraibano e, a partir daí, outros Estados também foram atingidos.

Na Bahia, foram confirmados dois casos no mês de janeiro, importados da Região Nor-

te, porém os primeiros casos autóctones foram confirmados na segunda semana de abril do mesmo ano, no Município de São Sebastião do Passé, situado no recôncavo baiano, trazidos por cortadores de cana da região pernambucana. Municípios vizinhos a São Sebastião do Passé como Santo Amaro da Purificação e Terra Nova, passaram a apresentar casos da doença na terceira semana do mesmo mês.

No início de maio, Salvador e São Francisco do Conde confirmavam os seus primeiros casos; ao mesmo tempo, também se detectava a doença em Ituberá, Sudeste da Bahia, levada por um pescador contaminado em Santo Amaro. De Ituberá a cólera atingiu a maioria dos municípios da região Sul e alguns da região Sudeste. Observa-se assim, que a distribuição da doença sugere que o seu deslocamento se faz por contiguidade no caso de municípios vizinhos ou próximos facilitada por importantes meios de disseminação, como os rios Subaé e Jacuípe (Bacia Paraguaçu), ou acompanhando importantes polos econômicos, ligados por grandes rodovias, como as BR 101, 116 e 324. No outro extremo, ao Norte do Estado, observa-se a entrada da cólera no mês de setembro, através da fronteira com Sergipe. Esta região aliás, mostra-se bastante vulnerável, pois limita-se com outros estados do Nordeste, com registro sistemático de cólera, como Alagoas, Pernambuco e Piauí.

Situação da Cólera no Estado da Bahia

Até 16 de novembro de 1992, dos 415 municípios baianos, 62 (15,0%) já tinham confirmado casos de cólera. Estes municípios estão localizados em 12 (40,0%) das 30 Direto-

rias regionais de saúde-DIRES, das quais as 1ª (Salvador), 4ª (Santo Antonio de Jesus), 5ª (Gandu), 7ª (Itabuna) e 13ª (Jequié), possuem o maior número de municípios atingidos (tabela 1).

Desses 62 municípios com casos da doença, apenas 10 (16,0%) confirmaram um número superior a 30 casos, concentrando no entanto quase 75% do total do Estado: 39 (62,0%) registraram menos de 10 casos representando no entanto apenas 9,0% do total. Observa-se ainda um elevado percentual (34,0%) de municípios com registro de 1 ou 2 casos. Este fato pode significar que o vibrião não encontrou condições favoráveis para o seu desenvolvimento.

O pequeno número de casos (de 3 a 10) registrados em 13 (21,0%) dos municípios, mostra a baixa circulação do vibrião colérico, embora estes dados possam não refletir a realidade devido a falha no sistema de vigilância em detectar o número real de casos, seja por dificuldade na sua identificação ou pela pouca oferta de serviços de saúde.

Alguns Aspectos Epidemiológicos e Operacionais

Desde a segunda semana de abril, até o início de novembro do corrente ano, foram notificados cerca de 3.500 casos suspeitos de cólera, dos quais 1.492 (17,5%) foram confirmados. Esta proporção de casos confirmados pode estar subestimada, visto que, 96,0% dos mesmos teve o exame laboratorial como critério de confirmação e, em apenas 4,0% foi utilizado o critério clínico-epidemiológico. Este último, entretanto, deveria ser o de eleição no curso de um processo epidêmico, em áreas onde já foram confirmados laboratorialmente mais de 10 casos, pois nesta situação, torna-se muito difícil a identificação de todos os casos pelo sistema de vigilância, devido à sintomatologia leve na maioria dos casos. Também a positividade do exame bacteriológico não ocorre em 100% dos casos detectados devido à interferência de vários fatores.

Dos 1.492 casos confirmados, 1.012 (68%) foram hospitalizados, valor este considerado alto, tendo em vista que a maioria dos casos tem sintomatologia leve ou moderada. Esta alta taxa de hospitalização pode ser explicada, tanto pela possibilidade de estarem sendo conhecidos pelo sistema apenas os casos mais

graves, como também pelo fato de estarem sendo considerados como hospitalizados os pacientes que receberam hidratação venosa no ambulatório das unidades de tratamento do cólera instalados no Estado. Embora alto, este índice é um dos mais baixos da região Nordeste, onde alguns estados registram um percentual de 100% de internação dos casos.

Magnitude da Doença: Taxas de Incidência e Letalidade

Segundo dados do Ministério da Saúde (em 19.10.92), a Bahia ocupa o sétimo lugar em número de casos no Nordeste. Apesar de ser o Estado desta região que apresenta o menor risco de se adoecer por cólera, com uma incidência de 8,3 por 100.000 habitantes, exibe uma taxa de letalidade de 2,8%, a maior do país. Esta alta letalidade pode ser decorrente do fato dos casos mais graves já chegarem aos serviços de saúde em fase avançada da doença, ou, mais provavelmente, ser resultada da não detecção dos casos mais leves com consequente subnotificação da doença, levando a uma superestimativa desta taxa.

Quando se analisa os dados disponíveis pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, na primeira semana de novembro de 92, observa-se que os municípios mais atingidos foram Salvador (461 casos), Santo Amaro (160 casos), Ipiaú (93 casos) Cachoeira (84 casos) e São Félix (81 casos) (tabela 1).

O risco de adoecer, que é dado pela taxa de incidência, neste período, era de 12,4 por 100.000 habitantes no Estado, com variação de 655,5 por 100.000 habitantes em Camaçari (tabela 1).

Distribuição por Sexo e Idade

Quando se distribui os casos de cólera por sexo, verifica-se também na Bahia, o delineamento do padrão esperado, com uma maior proporção de casos em indivíduos do sexo masculino (58,5%) (tabela 2), exceto nos municípios de Maragogipe e Jitaúna. Sendo a susceptibilidade à doença igual para ambos os sexos, esta distribuição pode ser explicada como resultado de um mercado de trabalho diferenciado, que expõe mais o homem às fontes de infecção.

Também a distribuição por idade não difere daquela registrada na literatura, onde os adultos são os mais acometidos, não signifi-

Segundo dados do Ministério da Saúde (em 19.10.92), a Bahia ocupa o sétimo lugar em número de casos no Nordeste.

Até 16 de novembro de 1992, dos 415 municípios baianos, 62 (15,0%) já tinham confirmado casos de cólera.

Tabela 1
Alguns Indicadores da Ocorrência da Cólera
no Estado da Bahia, Segundo Dires e Município
1992

(continua)

DIRES/MUNICÍPIOS	EXISTENTE	ATINGIDOS		CASOS					
		Nº	%	Nº	%	COF.	ÓBITOS	MORTAL	LETAL
1ª SALVADOR	10	7	70	522	35,0	21,1	10	0,4	1,9
CANDEIAS	-	-	-	7	1,3	10,5	-	-	-
CAMAÇARI	-	-	-	1	0,2	1,0	-	-	-
LAURO DE FREITAS	-	-	-	6	1,1	9,2	-	-	-
SALVADOR	-	-	-	461	88,3	23,1	8	0,4	-
SÃO FRANCISCO DO CONDE	-	-	-	44	8,4	297,4	1	5,0	-
SIMÕES FILHO	-	-	-	1	0,2	1,4	-	-	-
VERA CRUZ	-	-	-	2	0,4	9,5	1	4,7	-
2ª FEIRA DE SANTANA	27	4	14,8	10	0,7	1,1	1	0,1	10,0
AMÉLIA RODRIGUES	-	-	-	1	10,0	4,5	-	-	-
CONCEIÇÃO DE FEIRA	-	-	-	5	50,0	31,5	-	-	-
CORAÇÃO DE MARIA	-	-	-	1	10,0	4,6	1	4,6	10,0
TERRA NOVA	-	-	-	3	30,0	24,7	-	-	-
3ª ALAGOINHAS	-	4	-	22	1,5	4,6	2	0,4	9,1
ALAGOINHAS	-	-	-	1	4,5	0,9	-	-	-
CATU	-	-	-	2	9,1	4,7	-	-	-
MATA DE SÃO JOÃO	-	-	-	1	4,5	3,3	1	3,3	100,0
SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	-	-	-	18	81,8	49,5	1	2,7	5,5
4ª SANTO ANTONIO	24	9	41,7	378	25,4	78,3	14	2,9	3,7
DE JESUS	-	-	-	84	22,2	297,6	4	14,2	4,8
CACHOEIRA	-	-	-	2	0,5	7,5	-	-	-
CASTRO ALVES	-	-	-	2	0,5	4,4	-	-	-
CRUZ DAS ALMAS	-	-	-	6	1,6	33,8	-	-	-
GOVERNADOR MANGABEIRA	-	-	-	34	9,0	87,2	-	-	-
MARAGOGIPE	-	-	-	5	1,3	20,7	-	-	-
MURITIBA	-	-	-	160	42,3	297,4	7	13,0	4,4
SANTO AMARO	-	-	-	81	21,4	655,8	3	24,3	3,7
SÃO FÉLIX	-	-	-	4	1,1	15,6	-	-	-
NAZARÉ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5ª GANDU	14	8	57,1	163	10,9	58,2	3	1,1	1,8
CAMAMU	-	-	-	1	0,6	3,1	-	-	-
GANDU	-	-	-	127,4	46,0	-	-	-	-
ITUBERÁ	-	-	-	66	40,5	325,2	2	9,9	3,0
NILO PEÇANHA	-	-	-	1	0,6	8,5	-	-	-
PIRAÍ DO NORTE	-	-	-	1	0,6	10,7	-	-	-
TAPEROÁ	-	-	-	3	1,8	18,2	-	-	-
VALENÇA	-	-	-	49	30,1	74,9	-	-	-
WENCESLAU GUIMARÃES	-	-	-	30	18,4	177,4	1	5,9	3,3
6ª ILHÉUS	8	3	37,5	51	3,4	13,6	1	0,2	2,0
ILHÉUS	-	-	-	31	60,8	14,6	1	0,5	-
ITACARÉ	-	-	-	17	33,3	95,7	-	-	-
URUÇUCA	-	-	-	3	5,9	10,3	-	-	-

(conclusão)

DIRES/MUNICÍPIOS	EXISTENTE	ATINGIDOS		CASOS			ÓBITOS	MORTAL	LETAL
		Nº	%	Nº	%	COF.			
7ª ITABUNA	22	10	45,4	104	7,0	18,7	-	-	-
AURELINO LEAL	-	-	-	5	4,8	31,9	-	-	-
GONGOGI	-	-	-	7	6,7	78,7	-	-	-
IBICARAÍ	-	-	-	8	7,7	26,1	-	-	-
IBIRAPITANGA	-	-	-	7	6,7	26,9	-	-	-
ITABUNA	-	-	-	36	34,6	19,9	-	-	-
ITAJUIPE	-	-	-	1	1,0	4,0	-	-	-
ITAPÉ	-	-	-	5	4,8	33,2	-	-	-
PAU BRASIL	-	-	-	1	1,0	6,1	-	-	-
UBAITABA	-	-	-	24	23,1	116,8	-	-	-
UBATÃ	-	-	-	10	9,6	39,0	-	-	-
8ª EUNÁPOLIS	-	-	-	3	0,2	1,5	-	-	-
BELMONTE	-	-	-	3	100,0	13,6	-	-	-
10ª PAULO AFONSO	10	2	-	11	0,7	4,8	-	-	-
PEDRO ALEXANDRE	-	-	-	11	100,0	63,1	-	-	-
13ª JEQUIÉ	23	10	-	204	13,7	42,2	2	0,8	0,9
AQUARA	-	-	-	12	5,9	179,9	1	15,8	8,3
BARRA DO ROCHA	-	-	-	18	8,8	186,1	-	-	-
DÁRIO MEIRA	-	-	-	17	8,3	126,5	-	-	-
IBIRATAIA	-	-	-	4	2,0	17,8	-	-	-
IPIAÚ	-	-	-	93	45,6	208,5	-	-	-
ITAGI	-	-	-	2	1,0	13,9	-	-	-
ITAGIBÁ	-	-	-	16	7,8	81,0	-	-	-
JEQUIÉ	-	-	-	27	13,2	20,2	1	0,7	3,7
JITAÚNA	-	-	-	15	7,4	74,3	-	-	-
14ª ITAPETINGA	-	-	-	22	1,5	10,3	1	-	4,5
IBICUÍ	-	-	-	6	27,3	38,5	-	-	-
IGUAÍ	-	-	-	3	13,6	13,7	-	-	-
ITAMBÉ	-	-	-	1	4,5	4,2	1	4,2	100,0
ITAPETINGA	-	-	-	3	13,6	5,7	-	-	-
ITORORÓ	-	-	-	9	40,9	43,6	-	-	-
ESTADO DA BAHIA ¹	415	62	-	1.492	100,0	53,2	34	0,3	2,3

FONTE: SESAB/DIVEP

(*) Dados computados até 5.11.92

(1) Excluídos 2 casos importados e 2 casos de local de residência ignorada.

cando com isto, que tenham maior risco de adoecer. Entretanto, chamo a atenção ao elevado percentual de crianças com menos de 10 anos, que foram atingidas pelo cólera no Estado, cujo valor de 16,6% (tabela 3), é o mais elevado do Nordeste e do Brasil. Isto pode sugerir uma maior exposição desse grupo populacional submetido às mesmas condições dos adultos à fonte de infecção ou

uma elevada contaminação intra e peridoméstica; ou ainda, pode ser resultado do grande número de casos cuja faixa etária não foi informada. Também é nesta faixa etária onde a doença tem atingido de forma mais grave, cuja letalidade de 2,6% (tabela 3), está acima daquela observada na população atingida. Igualmente esta taxa pode estar sendo afetada pelo subregistro de casos ou pela alta

proporção dos mesmos com informações incompletas.

A Cólera na Capital do Estado

Em Salvador, até o início de novembro de 92 já foram confirmados 461 casos de cólera, cerca de 31% do total do Estado (tabela 2) dos quais apenas 60 (13%) tiveram confirmação através o critério clínico epidemiológico, o maior dentre os demais municípios.

Com uma incidência de 22,5 por 100.000 habitantes até a data desta análise, Salvador ocupa o terceiro lugar no Estado no que diz respeito ao risco da população vir a adoecer de cólera.

Nesse município, a cólera vem ocorrendo com maior frequência nos bairros onde inexistente ou é bastante precário o saneamento básico, estando quase 70% dos casos concentrados no subúrbio ferroviário e Ilha de Maré. Bairros periféricos como São Caetano, Liberdade, Pirajá e Pau da Lima são também atingidos de forma intensa, enquanto em outros, como o Nordeste de Amaralina, Federação, Centro Histórico e Pituba, a ocorrência de casos varia de acordo com a distribuição da oferta de serviços de saneamento dentro do bairro.

Apenas 8 (1,7%) dos 461 casos confirmados evoluíram para o óbito, dando à capital a mais baixa letalidade do Estado (tabela 1).

Quanto à distribuição por faixa etária, destaca-se a grande proporção de casos entre os menores de 10 anos (28,0%) (tabela 3), acima da média do Estado, bem como na região Nordeste. Também é o grupo onde a

doença atinge com mais gravidade, com maior número de óbitos, dando uma taxa de letalidade de 3,6% (tabela 3), percentual bem acima da média estadual.

As considerações feitas para o Estado no que diz respeito a essas duas variáveis, também aqui se aplicam.

Comentários

- Partindo do princípio de que na atualidade não existem meios eficazes para se evitar a entrada da cólera em uma região, devem ser desenvolvidos esforços no sentido de reduzir a sua ocorrência e gravidade.
- Sabe-se que, uma vez estabelecida em uma área, a cólera tende a tornar-se endêmica, a partir de determinada fase da curva epidêmica, variando de acordo com os fatores envolvidos no seu controle, podendo permanecer até 10 anos na área. Na Bahia, apenas 3 dos municípios atingidos encontram-se sem registro de casos há quase 10 semanas (São Sebastião do Passé, Ituberá e São Francisco do Conde), estando porém sobre vigilância, não se considerando ainda como fora do risco da recorrência da doença.
- Vale destacar que alguns aspectos do perfil epidemiológico descritos para a cólera na Bahia podem estar distorcidos em virtude da ocorrência de subregistro de casos, bem como da elevada proporção de variáveis com informações ignoradas, como idade, local de residência, tipo de atendimento etc, entre os casos conhecidos.

Tabela 3
Distribuição dos Casos de Cólera (nº, % e Taxa de Letalidade), Segundo Faixa Etária e Local de Residência Bahia - 1992

LOCAL DE RESIDÊNCIA	CAPITAL		ESTADO ¹		
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	
Faixa Etária	Nº	%	Nº Let (%)	Nº (%)	Nº Let (%)
0 - 4	28	10,3	1 3,6	95 8,2	3 3,2
5 - 9	36	13,2	- -	98 8,4	2 2,0
10 - 14	19	7,0	- -	73 6,3	1 1,4
15 e +	189	69,5	6 3,2	895 77,1	26 2,9
Ignorado	189	41,0	1 0,5	331 22,2	2 0,6
TOTAL	461	100,0	8 1,7	1.492 100,0	34 2,3

FONTE: SESAB/DIVEP

(*) Dados recebidos até 05.11.92

(1) Excluídos dois casos importados.

(*) Zenaide Calazans Oliveira é Sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Tabela 2
Distribuição dos Casos de Cólera, Segundo o Sexo e Local de Residência Bahia* - 1992**

Local	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estado	877	58,8	651	41,2	1.492	100,0
Capital	269	58,4	192	41,6	461	100,0

FONTE: SESAB/DIVEP

* Excluídos dois casos importados

** Dados computados até 05.11.92