

Relato de Caso Cólera no século 21

Case Report

Cholera in the 21st century

Camila Giugliani¹

Resumo

Este artigo tem por objetivo contar a vivência de uma epidemia de cólera, que deixou mais de dois mil mortos, no ano de 2006 em Angola. Descrevo as minhas observações e sentimentos, assim como algumas intervenções da equipe da organização *Médecins du Monde* na tentativa de contribuir para o controle da epidemia. O relato desta experiência é um exemplo real de como algumas populações ainda se encontram vulneráveis a doenças facilmente preveníveis.

Abstract

The objective of this article is to report the experience of a cholera outbreak causing more than two thousand deaths in 2006 in Angola. I describe my observations and feelings, as well as some of the interventions performed by the team of the organization Médecins du Monde, aimed at contributing to control the outbreak. This report is a real example of how some populations are still vulnerable to easily preventable diseases.

Palavras-chave: Cólera; Angola.

Key Words: *Cholera; Angola*

¹Médica de Família e Comunidade, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

1. Introdução

Cólera? Só de ouvir nas aulas de epidemiologia, sobre as descobertas de John Snow. Ou nos livros de clínica, onde aparecia como uma das possíveis causas de diarreia. Parece uma doença banal, uma diarreia aguda, cujo tratamento consiste na simples hidratação e cuja prevenção se resume a medidas de higiene e saneamento. Parece que é problema resolvido, se considerarmos os avanços que temos nos dias de hoje, em termos de saneamento básico e acesso seguro à água, por exemplo. Mas, se considerarmos as grandes desigualdades existentes entre os países e entre as regiões de um mesmo país, nestes mesmos termos, as condições precárias que favorecem o contágio pelo *Vibrio cholerae* continuam presentes em muitas populações do mundo. Como na província de Benguela, na costa sul de Angola, onde a maioria dos bairros não tem esgoto nem encanamento, o lixo se acumula no mesmo lugar onde as pessoas circulam, a água para beber vem do rio, do poço ou de cisternas, e as pessoas moram em casas superlotadas. Nestas condições, hoje, como nos tempos de Snow, a diarreia banal pode ser uma doença mortal.

2. Desenvolvimento

Durante a minha estada em Angola, em 2006, com a ONG francesa *Médecins du Monde* (MDM), uma epidemia de cólera surgiu com muita força no país. Novos casos apareciam assustadoramente, levando à morte de milhares de pessoas. Em toda Angola, foram mais de 20.000 casos e mais de 2.000 mortes. Diante desta situação, desloquei-me de Huambo, no planalto central angolano, onde estávamos desenvolvendo um projeto de formação de profissionais de saúde na zona rural, para Lobito, na província de Benguela, uma das localidades mais atingidas pela epidemia. Achei que já tinha vivido horror suficiente vendo as crianças morrerem de malária, pneumonia e desnutrição no Hospital de Bailundo, Huambo, onde presenciei muitas cenas de tristeza. Cada vez que um anjinho se ia, aquilo parecia tão injusto. Poderia pensar que a situação de exposição contínua a tamanha mortalidade estaria me endurecendo, mas eu continuava me chocando ao vivenciar

a fragilidade do ser humano, principalmente das crianças, diante de tantas adversidades presentes no seu entorno. Minha vivência em Benguela trouxe estes sentimentos à flor da pele; a morte banalizada, o ser humano bestializado.

Antes de deslocar-me para lá, inicialmente em uma missão exploratória para avaliar a situação e ver o que era possível fazer para contribuir no combate à epidemia, eu já estava fazendo o exercício de imaginar algo terrível. Mas a realidade seria muito pior. Muito mais dura, muito mais cruel.

Foi no sábado de Aleluia, durante a Páscoa de 2006, que chegamos, após uma viagem de doze horas para percorrer 300 km de estradas sinuosas e esburacadas, debaixo de chuva, aos trancos e barrancos, eu e a minha colega de equipe, enfermeira do MDM. A província de Benguela é um lugar bonito, com lindas praias, contrastando com a paisagem quase desértica que faz a transição para o planalto central e suas savanas, predominantes na parte continental. No centro da cidade, um ambiente relativamente urbanizado, com ruas ora asfaltadas, ora de terra. Muitas construções bonitas, da época de colônia portuguesa, contrastando com as enormes feiras populares, onde vendiam-se comidas a um metro de distância de um esgoto correndo a céu aberto. Terceiro, quarto, quinto mundo. Todos olhavam para mim e para meus colegas com curiosidade; há muito poucos brancos em Angola, os poucos descendentes diretos de portugueses que ficaram, ou os estrangeiros que trabalham para alguma organização internacional ou que acabaram se fixando por lá. As pessoas olhavam e geralmente sorriam timidamente, envergonhadas, como que expressando um sentimento de inferioridade. A relação de dominação dos brancos com os negros, vivida durante séculos de escravidão e exploração, internalizada pela esmagadora maioria negra da população angolana, é demasiadamente viva.

Na manhã do domingo de Páscoa, fomos ao hospital de Benguela. Fomos até lá para reconhecer a situação inicialmente, para depois podermos organizar a ação na cidade do Lobito. Era o início da epidemia, e lá estavam concentrados todos os doentes de cólera da região. Parecia um campo de concentração ou de refugiados. Eram

centenas de doentes de todas as idades, deitados em esteiras no chão, sob enormes tendas de lona montadas no pátio do hospital de forma emergencial (Figura 1). Em situações como esta, a carência de pessoal devidamente treinado se faz evidente. Um médico para centenas de doentes, que eram assistidos por técnicos de enfermagem, que também eram poucos, trabalhando em condições muito ruins. As famílias dos doentes se concentravam em volta das tendas e formavam uma fila quilométrica para pegar água tratada, que era entregue pelo pessoal do hospital, em uma tenda específica. Para os dejetos, havia buracos escavados que faziam a vez de latrinas num canto do pátio. Tudo isso debaixo de um sol escaldante - fazia uns 38 graus - e eu no meio da situação caótica daquelas tendas todas, das pessoas no chão aglutinadas, de tantas pessoas morrendo.

Diante de tudo isso, por onde começar? E será que conseguiríamos contribuir para melhorar a situação? Mas em um momento desses, eu tinha que pensar positivo, que no início seria assim mesmo, e que conseguiríamos organizar, em coordenação com o pessoal local e com as outras organizações que estavam trabalhando no combate à epidemia, ações que pudessem somar. Tinha que pensar que eu, diferente dos técnicos de enfermagem angolanos exaustos pelo trabalho, tinha vivenciado muitas experiências positivas como médica, e que isto deveria me deixar confiante. No entanto, isto não evitava o sofrimento de ver tanta gente doente em péssimas condições, muitos a morrer quase que sem ninguém perceber. Forte dor de cabeça e náusea me acompanhavam a esta altura. Aquelas centenas de pessoas, crianças, adultos e idosos, a maioria no chão, muitos moribundos, jogados, rodeados de moscas. Crianças perdendo as forças pela desidratação e se entregando... sem que ninguém se ocupasse delas (Figura 2). É verdade que dois enfermeiros para cada cem pessoas não conseguiam dar conta. Eram técnicos de enfermagem, pouco treinados para este tipo de trabalho, fazendo as coisas meio às cegas, punccionando veias sem parar, sem lavar as mãos. Eles tinham que salvar vidas e não tinham aprendido outra forma. Os estoques de soro de rehidratação esvaziavam em poucas horas. Organizações chegavam com caminhões

de soro para remediar. O soro era a principal demanda das autoridades de saúde locais. Mas também precisariam de mais estrutura, de mais organização e treinamento para os profissionais. A minha dor de cabeça aumentava; na verdade, a dor vinha lá de dentro, da alma, do coração. Sob aquelas tendas brancas empoeiradas, com mais de vinte metros de comprimento, algumas mais novas, outras velhas e furadas, e ao redor delas, uma sujeira sem precedentes. Tudo no chão: lixo, agulhas, frascos de soro, vômito, fezes, misturando-se aos doentes e seus familiares. A minha dor de cabeça só aumentava. Quando morria alguém, era mais um cadáver, grande ou pequeno, enrolado num lençol e jogado no morgue. Fiquei um momento observando os cadáveres chegando e sendo praticamente jogados no chão, juntando-se a vários outros, no meio da sujeira, das fezes e do mau cheiro. Naquele domingo de Páscoa, não havia ninguém para se ocupar dos corpos.

Como se pode deitar a cabeça no travesseiro tranqüilamente sabendo que ISSO acontece? É porque a gente esquece. Porque a gente apaga. Se é que consegue enxergar algo. Daí, seguiram-se muitas noites mal dormidas, aquela dor aguda persistiu por alguns dias. Era angústia, intranqüilidade, desejo de fazer algo. Ainda bem. Que venham essas dores, se for para provocar sofrimento que mobilize algum tipo de ação. Penso que o ato de se deixar tocar verdadeiramente traz a atitude em consequência.

Na segunda-feira, começamos a trabalhar num outro hospital da província, na cidade de Lobito, a 30 km de Benguela: eu, junto com a enfermeira da equipe e uma outra médica, que trabalhava pelo MDM Espanha. Contávamos também com o apoio do técnico logístico da nossa equipe, que nos apoiava com o transporte, a compra e o carregamento do material necessário e o que mais precisasse na parte de logística. Todos estávamos num ritmo meio frenético, mas trabalhando juntos, um apoiando o outro. O início do trabalho foi montar o centro de tratamento da cólera em Lobito, cidade de aproximadamente 800.000 habitantes. Lobito, onde estávamos instalados, também é uma cidade bonita, com belas praias, mas com muita sujeira e muita pobreza. Ruas semi-destruídas, esburacadas, belas

construções coloniais portuguesas ao lado de favelas e esgoto a céu aberto. O espaço que tínhamos era um hospital reformado, com várias salas novas e vazias que poderíamos ocupar com os doentes de cólera. Salas sem macas, os doentes teriam que ficar no chão (Figura 3). Além disso, dispúnhamos de duas tendas grandes, que montamos no pátio, para aumentar a capacidade de assistência e melhorar a organização do espaço.

A demanda oficial deste trabalho de apoio veio das secretarias estadual e municipal de saúde, que nos viam como parceiros no combate à cólera. Assim, nossa inserção era enquanto parceiros do governo local. Os trabalhadores do centro que estávamos montando eram técnicos de enfermagem do serviço público, da secretaria de saúde, e nós estávamos nos propondo a apoiá-los com materiais e treinamento clínico mais específico (avaliação do grau de desidratação e do tratamento apropriado, medidas de higiene e prevenção de recorrência). Como há muito poucos médicos angolanos (o país sofre de uma escassez muito séria de médicos e enfermeiros, principalmente fora da capital: os registros da Ordem dos Médicos Angolanos contam com aproximadamente 1800 médicos para os 15 milhões de angolanos), estes passavam no hospital rapidamente uma vez ao dia, se passavam. Como nós estávamos lá (duas médicas), não passava mais ninguém, a não ser o secretário de saúde, que passava para dar uma olhada geral na situação. Queríamos separar os doentes por idade (criança ou adulto) e por gravidade (desidratação grave com necessidade de rehidratação endovenosa e observação estrita ou casos moderados e leves, com condições de rehidratação oral). Esta organização, junto com o pessoal local, debaixo de um calor de 40 graus, foi um trabalho de equipe incansável. Foi assim o nosso primeiro dia. Depois de tantas horas de trabalho, já se vislumbrava uma melhor organização do espaço e da assistência. Sabíamos que havia inúmeros problemas: profissionais sem treinamento adequado, condições não ideais de assistência, pra não falar dos doentes com cólera e mais outras doenças, para as quais nem sempre dispúnhamos do tratamento necessário. Apesar disso, a sensação era de que o dia tinha valido a pena.

Nesse dia tão conturbado, um momento me marcou muito. Foi, sem dúvida, um dos piores momentos da minha vida. No meio do caos, eu tentava ajudar na assistência a um bebê de um ano, com desidratação grave e fazendo rehidratação endovenosa. O bebê começou a apresentar dificuldade respiratória crescente, piorando muito rapidamente. Neste centro para tratamento de cólera, não dispúnhamos de nenhum meio diagnóstico, nem de equipamento para assistência de casos críticos como este, que precisariam de cuidados outros que a rehidratação. Não tínhamos oxigênio, nem material para entubação. O bebê ficava cada vez mais ofegante, com tiragem intercostal cada vez mais marcada, e começava a ficar sonolento. Uma situação realmente desesperadora. O fato é que ele começou a piorar tão rápido que não conseguíamos decidir se era melhor transferi-lo de ambulância (sem nenhum aparato de reanimação) para o hospital pediátrico que tinha UTI, o que demoraria uns quinze a vinte minutos, muito tempo nesta situação. Mas ali, a única coisa que tínhamos era dexametasona para aliviar a insuficiência respiratória. E não estava adiantando nada. Então, não havia outra maneira, tivemos que apostar na ambulância do hospital pediátrico, público, e levá-lo para a UTI. A ambulância demorou, e o bebê continuou piorando. Cada segundo parecia uma eternidade. Quando a ambulância finalmente chegou, o bebê em péssimo estado, quase se entregando, as respirações ficando cada vez menos frequentes e ele já perdendo a consciência. Eu sabia que ele não ia resisitir ao transporte aos trancos e barrancos pelas ruas esburacadas. Mas sabia também que ele não ia resistir nem mais cinco minutos se continuássemos ali onde estávamos, pois já tínhamos tentado tudo o que estava ao nosso alcance. A UTI era a única esperança. Naquela hora, tínhamos que tentar tudo para salvar a vida daquela criança. Fomos, eu, a mãe e o bebê, eu disse pro motorista ir o mais rápido que pudesse; naquela circunstância, nem pensei no perigo de “voar” por cima dos buracos. A vida estava em jogo por todos os lados. Chegamos em dois intermináveis minutos ao hospital pediátrico. No trajeto, a criança, como previsto, teve uma parada cardiorrespiratória. Aos solavancos, a ambulância balançando

muito por causa dos buracos, tentei pegar a criança, para abrir a via aérea, massagear, sei lá, fazer alguma coisa! A mãe, desesperada, chorando e gritando, não largava a criança do colo. Eu, também desesperada, tentava conter ao máximo as lágrimas, para guardar forças e ainda tentar agir. Chegamos ao hospital, corri com a mãe e a criança, e entreguei na reanimação. Foi mesmo um dos piores momentos da minha vida. A notícia que tive em seguida é que conseguiram reanimar a criança, e que a mesma estava reagindo. Depois não sei se resistiu ou não. Espero que sim. Espero que o bebê e sua mãe, cujos nomes não sei - talvez porque tenha apagado da memória devido à situação traumática, talvez porque nem tenha vindo a saber mesmo - tenham voltado a sorrir.

No segundo dia em Lobito, os técnicos de enfermagem já estavam trabalhando melhor, avaliando melhor os pacientes e conduzindo os casos de forma mais adequada. Nenhuma criança morreu no segundo dia de funcionamento do centro. O ambiente estava mais limpo, e o espaço organizado conforme tínhamos pensado. A triagem dos pacientes que chegavam ainda era falha, com alguns casos de diarreia e vômitos por outras causas sendo admitidos como cólera, mas estava melhor. A motivação dos técnicos para o trabalho ainda era pouca, mas também estava melhor. Enfim, o quadro geral parecia melhor, mas longe de ser ideal. E novos doentes não paravam de chegar. Íamos nos virando, em meio às condições adversas, os pacientes no chão, poucos profissionais, principalmente à noite, para muitos pacientes. A nossa dinâmica (refiro-me a nós brasileiros) é diferente, aprendemos a agir com gestos rápidos nestas situações de assistência a doentes graves; portanto, era difícil não reagir aos gestos lentos dos técnicos angolanos. É como faziam, como sempre fizeram o seu trabalho.

3. Conclusão

Foi difícil e exaustivo. Aqueles dois primeiros dias em Benguela e em Lobito, domingo e segunda respectivamente, “tiraram” a minha energia por um mês inteiro. Depois foi melhorando. Aos poucos, a situação foi se

controlando, cada vez menos casos novos aparecendo. Em três meses, a epidemia se controlou. Eu não fiquei lá todo esse tempo, pois tinha que voltar para Huambo, cuidar do projeto de base. Uma equipe específica foi enviada por MDM para trabalhar no controle da cólera. Muito trabalho de educação e prevenção teria que ser feito. Naquelas condições de precariedade, sem higiene, sem saneamento básico, sem acesso a água tratada, uma nova epidemia poderia certamente surgir. Não basta só o controle momentâneo da doença. É preciso lutar pela vida. Controlar a epidemia foi uma vitória em nível emergencial. Mas era preciso enfrentar um desafio muito maior, o desafio das pessoas terem melhores condições de vida, o desafio das pessoas terem acesso à saúde e à educação, o desafio de lutar por menos desigualdade, em Benguela, em Angola, no mundo.

Nunca imaginei que seria fácil essa missão em Angola. Continuei me surpreendendo, chocando-me com as coisas que vinham acontecendo no mundo, com as injustiças e as diferenças. É incrível a dimensão dos problemas dependendo do lugar, do contexto. Duas semanas antes de trabalhar na epidemia de cólera eu estava em Paris, fazendo um treinamento na sede de MDM, onde enormes manifestações estavam acontecendo devido a uma nova questão trabalhista, o tal contrato de primeiro emprego. Milhares de pessoas nas ruas reivindicando. Sem julgar pelo certo ou pelo errado, havia uma lacuna imensurável entre as manifestações anti-CPE na França e a gente morrendo no meio da sujeira por causa de uma doença que seria evitada com condições mínimas de higiene. Quanta diferença! E, pior, quanta indiferença!

Figura 1. Tenda de tratamento de cólera no hospital de Benguela:



Endereço para correspondência:

Camila Giugliani
Rua Amélia Telles, 629/401
Porto Alegre – RS
90460-070

Endereço eletrônico:

giugli@hotmail.com

Figura 2. Criança gravemente desidratada recebendo rehidratação endovenosa no hospital de Benguela, com sua mãe e as moscas:



Figura 3. Nossa equipe trabalhando no centro de tratamento em Lobito

