

A ERRADICAÇÃO DA VARÍOLA NO MUNDO

Bruno SOERENSEN *

Uma das mais graves doenças de caráter endêmico, durante séculos em todo mundo, é erradicada da face da Terra constituindo-se na maior vitória da Saúde Pública Mundial.

A Varíola, conhecida da mais remota antigüidade, registra como referência mais antiga indicada pela fotografia da cabeça de Ramsés V, mumificada a 1.160 a.C., cuja cicatrizes segundo os historiadores seriam devido a essa doença.

Segundo os escritos de Moore, a varíola já era conhecida na China a 1.122 a.C. na dinastia de Tcheou, e a primeira inoculação proposital do vírus é descrita em 590 a.C. na dinastia de Sung, utilizando-se um implanto nasal do vírus. No texto Sanscrito "Sacteya" existem também referências à variolização.

Tudo parece indicar que a varíola teria tido seu início na Asia Ocidental, porém apresenta um fato curioso de nunca ter sido citada tanto no Velho como no Novo Testamento, bem como na literatura grega ou romana, pois devido a sua gravidade, dificilmente não teria sido mencionada por Hipocrates caso ela já existisse. Isso leva a crer na possibilidade de erros quanto à observação sobre Ramsés V. Por outro lado, a Varíola, é uma doença que não apresenta portador, e sendo pouco desenvolvida a comunicação naquela época, teria terminado com a morte das populações atingidas.

Euzebius, relata a ocorrência da doença na Síria em 302 d.C. É referida ainda a introdução da varíola na Arábia pelos abisinios durante a guerra do elefante em 569 d.C. e daí para o Egito em 572 d.C. No começo do século VII, os persas invadiram o império Romano, introduzindo a doença.

O primeiro estudo clínico da varíola foi feito no século X pelo médico persa Abu Bekr Ar-Razi (Mohamed ibn Zakariya). Este médico a descreve com absoluta precisão no tratado de versão latina "De Pestilentia".

Os manuscritos judáicos datados de 1327 e 1328 mencionam a existência da doença.

Em 1.512, a Rainha Elizabeth I sofreu um severo ataque da doença quase morrendo, sendo a sua calvície uma das sequelas além das marcas desfigurantes em sua face.

* Diretor Substituto do Instituto Butantan.

Em 1649 houve uma epidemia de varíola em Londres registrando-se cerca de 1.190 mortes.

O aparecimento desta doença na Espanha se deve à invasão dos mouros em 1710 e cruzando os Pirineus, na França em 1731, porém, é possível que a varíola já estivesse presente na Europa desde 581 ou antes, uma vez que, o Bispo de Avenche menciona o nome dessa doença em seus escritos.

Entre as vítimas da varíola também se inclui o Rei Luís XV (1774).

Talvez o fato mais importante no conhecimento dessa doença se deu no século XVII quando a varíola foi considerada como uma doença infecciosa e durante o século XVIII quando foi descrita em quase todas as cidades da Europa dando origem à exposição natural à doença, sendo comum na época a exposição de crianças à varíola a fim de contraírem-na em tenra idade, evitando os riscos na idade adulta.

A doença implacável avança através dos séculos, mas os sobreviventes ao primeiro ataque ficam protegidos às infecções posteriores. Esta observação serve de base para o combate à doença. Observou-se ainda uma gravidade variável das pústulas variólicas que trouxe a idéia aos chineses e hindus de iniciarem a sua técnica, empregada durante séculos no Oriente.

Esta técnica que recebeu o nome de "Variolização" que consistia no implante de material de pústulas na pele de indivíduos sãos, foi introduzida no início do século XVIII na Inglaterra por Lady Mary Wortley Montager, esposa do embaixador inglês na Turquia.

A varíola continuou arrasando o mundo através dos séculos registrando 256.242 casos na Rússia nos anos de 1919 a 1922.

Na América foi introduzida, quando da colonização, por um escravo do exército de Herman Cortés onde num breve período causou a morte de mais de 300.000 indígenas mexicanos, facilitando, possivelmente, a conquista espanhola. Nos Estados Unidos em 1933, a doença atacou índios de Massachusetts e de Narragansett reduzindo-os de 40.000 a poucas centenas.

Uma luta incansável contra a doença se inicia no século XVIII

O relato de alguns pacientes de Edward Jenner, que praticava a "Variolização", do fato da varíola da vaca "Cowpox" freqüente nos ordenhadores proteger contra a varíola estimulou Jenner a experimentar a veracidade da observação. O dia 14 de maio de 1796 inoculou no menino James Phipps material de "Cowpox" a partir de uma pústula da mão de uma ordenhadora induzindo a "pega". Jenner, um mês e meio após, no dia primeiro de julho, inoculou novamente a James Phipps desta vez com material de caso de varíola humana, verificando que o menino não adoeceu.

A partir do êxito desta experimentação surgiu a Vacinação contra a Varíola uma das doenças que trouxe maior número de mortes.

Embora o homem contasse com a vacinação, a maior arma contra a varíola, a gravidade e a extensão da moléstia dispersa por todo o mundo exigiu das autoridades sanitárias de todos os países, uma estratégia de ataque à doença para cada país, para cada região, para cada continente

coordenada brilhantemente pela Organização Mundial da Saúde. A varíola permaneceu ativa por quase mais 200 anos em todos os continentes. A gradativa erradicação da doença de vários países, entretanto, não garantia a importação a qualquer momento de novos casos provenientes de áreas endêmicas, provocando situações de verdadeiro pânico como aconteceu em Nova York em 1947, quando um caso de varíola procedente do México transmitiu a doença a 12 pessoas provocando ainda dois óbitos. Foi necessária a vacinação intensiva de 6.350.000 habitantes da cidade num período de uma semana.

Em 1970 ainda centenas de milhares de casos de varíola foram assinalados no mundo e milhares de casos nas Américas.

A Varíola é erradicada do continente americano em abril de 1971

Os 3 países da América do Norte já estavam livres de varíola há vários anos. No México não se registrava um caso desde 1952. Nos Estados Unidos da América foram notificados dois casos importados em 1955 e outro em 1957. No Canadá, um caso importado do Brasil em 1962. Na Guatemala foi referido um caso em 1953, casos esporádicos no Panamá em 1947 e 1958, em Belice em 1948, em Trinidad e Tobago em 1948, Martinica e Antilhas Holandesas em 1951. Os demais países da América Central e do Caribe já estavam livres da varíola.

Na América do Sul, no Chile não era notificado nenhum caso desde 1945 sendo registrado apenas um caso importado em 1959. Na Bolívia a varíola foi erradicada em 1961 sendo reintroduzida em 1964, acontecendo a mesma coisa com Paraguai e Peru onde também a moléstia já erradicada foi importada novamente. O Equador não registrou casos desde 1964. Na Venezuela conseguida a erradicação da moléstia em 1957, apresentou em 1962 um surto prontamente debelado na fronteira com o Brasil, de casos importados. O Uruguai livre da varíola desde 1957 notificava casos esporádicos importados.

Embora todos os esforços para a erradicação da varíola, ela persistia de maneira endêmica em 1965 na Argentina, Brasil, Colômbia, Paraguai e Peru.

A erradicação da Varíola no Brasil e no Continente Americano

No Brasil a varíola existia desde a época da colônia. Existem notícias de surtos epidêmicos em 1563, 1834, 1836, 1844, 1848, 1850 e 1865, tendo sido registrados ainda surtos no fim do século passado e princípio deste como o de 1908 com um total de aproximadamente 10.000 casos.

Levantamentos epidemiológicos feitos em 1966 mostraram que nesse ano existia ainda a varíola em praticamente todos os Estados do País. A falta de notificação em alguns Estados era devida a uma ausência de rede apropriada de unidades de vigilância epidemiológica pois durante uma campanha foi comprovada a existência de varíola em todos os Estados do Brasil.

O primeiro passo para a erradicação da varíola no Brasil foi dado em 1962 quando o Ministério da Saúde instituiu a Campanha Nacional contra a Varíola limitando-se no início ao Estado de Sergipe, com excelentes resultados. Segue-se posteriormente um estudo preliminar no Ter-

ritório do Amapá, realizado conjuntamente pelo Governo Brasileiro, o Controle de Enfermidades de Atlanta, E.U.A. e a Organização Panamericana da Saúde, onde foi testada com êxito a eficiência dos injetores a pressão "Ped-O-Jet" para vacinação em massa, conseguindo-se uma produção de 2.000 vacinações por vacinador/dia, excelente aceitação da população e custo operacional baixo. A partir deste estudo o Governo por Decreto n.º 59.153, de 31 de agosto de 1966, institui a "Campanha de Erradicação da Varíola no Brasil".

Coube, entretanto, à Organização Panamericana da Saúde coordenar no Continente Americano a erradicação da varíola.

Em 1967, durante a reunião dos Chefes dos Estados Americanos celebrada em Punta del Este os Presidentes dos Países da América declararam a necessidade da execução de medidas destinadas a erradicar doenças para as quais existiam procedimentos que permitiam a sua erradicação, vindo a reforçar recomendação feita já em 1963 pelos Ministros da Saúde do Continente. A essência das recomendações foi a seguinte: "Os Governos dos Países onde ainda existam focos, devem ampliar e acelerar seus respectivos programas nacionais de erradicação da varíola; atribuindo elevada prioridade aos Planos Nacionais de Saúde e procurar em fontes nacionais e internacionais a obtenção dos recursos financeiros adicionais necessários. Os Governos que já erradicaram a varíola devem estabelecer procedimentos, dentro dos serviços de saúde, que garantam a manutenção de níveis adequados de imunidade e permitam exercer uma contínua vigilância para evitar a reintrodução da doença, que deverá ser obtida através de vacinação anual de uma quinta parte da população. Os Governos devem coordenar os esforços e prestar ajuda recíproca para o desenvolvimento de programas de vacinação antivariólica conduzindo à erradicação da varíola do Continente Americano no prazo mais curto possível. A ajuda mútua dos Países nas áreas fronteiriças é de grande utilidade".

Os Governos dos Países da América, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde envidaram esforços para erradicar a varíola das Américas. Recursos orçamentários para esse fim foram aprovados na Décima Nona Assembléia Mundial da Saúde em maio de 1966.

Foi inicialmente avaliada a situação da Varíola nos diferentes países e a seguir foi estabelecido um plano de ação constituído de três grupos de países e três fases de atividade:

1. Fase de ataque. Países com cinco ou mais casos de varíola por 100.000 habitantes e em que menos de 80% da população apresente cicatriz vacinal.
2. Fase de consolidação. Países com menos de cinco casos de Varíola por 100.000 habitantes e em que mais de 80% da população apresente cicatriz vacinal.
3. Fase de Vigilância e de manutenção do estado de ausência da doença. Países livres de Varíola durante mais de dois anos.

Foi necessária a avaliação dos diversos problemas enfrentados por cada país para erradicar a varíola, agrupando-os em três categorias:

1. Dificuldades Orçamentárias: — Falta de veículos, injetores a pressão, equipamento de laboratório para diagnóstico, etc.
2. Falta de Programas adequados: — Falta de continuidade indispensável para assegurar em nível satisfatório a proteção da população, fator este responsável pela reintrodução da varíola em determinados países.
3. Insuficiência de Vacinas: — Independentemente da insuficiência de produção, a qualidade de muitas vacinas não era boa o que exigiu que vários países voltassem a revacinar diversas regiões onde a população já tinha sido vacinada.

Antecedendo o programa de erradicação iniciado em 1967 em sete países do Continente Americano, a vacina liofilizada era produzida em número total de 17.557.600 doses anuais nem sempre de boa qualidade. Com a ajuda da Organização Panamericana da Saúde através de assessoria técnica permanente, e recursos para aquisição de equipamento para a produção da vacina liofilizada, laboratórios da Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, Cuba, Equador, México, Peru, Uruguai e Venezuela passaram a produzir vacinas de excelente qualidade. No Brasil coube ao Instituto Butantan a produção industrial de enorme parcela da vacina produzida no país. (199.333.430 doses de vacina no período de 1933 a 1979).

Esta Vacina Liofilizada, possui estabilidade, potência e segurança, absolutamente satisfatória e foi distribuída durante vários anos a nível nacional, primeiro a produzida em vitela, a seguir em ovelhas e finalmente em ovos.

Foram necessárias ainda outras medidas recomendadas pela OPS/OMS para a erradicação, como ativar o serviço de vigilância mediante organização de unidades dinâmicas de notificação cobrindo os países em toda sua extensão. Dispor de uma ordem de prioridade nos programas de vacinação dando preferência à vacinação de menores de 15 anos e que seja dada maior importância epidemiológica às primovacinações que às revacinações e que sejam vacinados todos os recém-nascidos. Estabelecer a vacinação obrigatória do pessoal de saúde, particularmente daqueles que trabalham em hospitais assim como a vacinação sistemática dos pacientes hospitalizados. Fomentar a vacinação de manutenção nos serviços locais de saúde. Foi ainda necessária a manutenção de vacina liofilizada produzida em ovos embrionados para atender situações de emergência em países livres de febre aftosa pois as vacinas habitualmente preparadas em pele de vitelas e de ovelhas poderiam eventualmente veicular o vírus responsável por esta moléstia de interesse da patologia veterinária, embora sem apresentar problemas para o homem.

Situação da Varíola nas Américas em 1967

Somente o Brasil e Argentina apresentavam casos autóctones de varíola em 1967. Na Argentina os focos estavam situados nas províncias de Corrientes, Formosa, Jujuy, Misiones e Santa Fé. Em 1970 na província de Misiones foi registrado ainda um surto de 23 casos autóctones, provenientes de um caso importado.

Em 1969, iniciaram a fase de manutenção cinco países: Colômbia, Paraguai, Peru, onde os últimos casos foram notificados em 1966; Equador,

dor, com a última notificação em 1965 e a Bolívia que a partir de 1964 não apresentava nenhum caso.

Em 1970 o Brasil era considerado foco de dispersão de varíola para os países vizinhos, embora já em franco declínio registrava ainda 1.211 casos. Em 1971 foram notificados 19 casos de varíola, sendo o último caso em 19 de abril, todos no Rio de Janeiro. A Campanha de Vacinação antivariólica iniciada em 1967 foi a principal responsável pela eliminação dos últimos casos de Varíola no país.

Iniciou-se então em todos os países da América a intensificação para a descoberta de novos casos através de uma vigilância epidemiológica e a verificação laboratorial cuidadosa de qualquer caso suspeito que fosse notificado. Os Centros de diagnóstico da moléstia utilizavam a semeadura do material na membrana carioalantóidea de embrião de galinha, a imunodifusão em ágar e o microscópio eletrônico, sediados principalmente na Argentina e no Brasil. Alguns países ainda utilizaram para diagnóstico o Centro para Controle de Doenças de Atlanta, Georgia. Nas situações epidemiológicas especiais os diferentes países da América contaram ainda com a colaboração de técnicos da OPS/OMS.

O Silêncio Epidemiológico da Variólica nos Países da América:

A partir do dia 19 de abril de 1971 não foi registrado nenhum caso de Varíola nos países da América, embora fosse redobrada a vigilância nas regiões consideradas problemas de onde procediam as últimas notificações de casos.

A ausência total de casos de varíola na América do Sul foi constatada em investigações realizadas em 1971 e 1972 no Brasil e nos países limítrofes. Em novembro de 1972 foi realizado no Brasil mais uma investigação epidemiológica especial abarcando 451 localidades. Foram entrevistadas 317.292 pessoas, das quais 1.309 autoridades políticas, 2.535 autoridades sanitárias, 15.579 pessoas ligadas aos Serviços de Saúde, 5.378 dos serviços médicos particulares, 561 correspondentes a cartórios de registro civil, 45.605 comerciantes e industriais, 125.920 professores e estudantes e 120.405 pessoas da população em geral. De todas as entrevistas foram notificados 96 casos suspeitos de varíola, entretanto, uma pesquisa cuidadosa não confirmou nenhum caso. A rede de vigilância epidemiológica no Brasil compreendeu 21 Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) cobrindo 22 Estados, o Distrito Federal e 4 Territórios onde fosse necessário eram implantadas subunidades auxiliares: — Em 3.542 municípios do Brasil de um total de 3.951 foi estendida uma rede de 6.362 postos de notificação (PN) ocupando-se também dos níveis de cobertura vacinal e da confiabilidade das informações.

Destaca-se nas informações da Organização Mundial da Saúde o extraordinário esforço do Governo Brasileiro e de seu pessoal em 90 milhões de habitantes distribuídos numa superfície de 8.500.000 de km² atingindo a cobertura de vacinação a 84% da população estimada e o investimento médio anual de 1.200.000 dolares.

Consultores da OPS/OMS realizaram inquéritos especiais em países e territórios sul-americanos de maior possibilidade como Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa, Bolívia, Colômbia, Equador, Peru,

Argentina, Paraguai, Uruguai, não sendo constatado nenhum caso de varíola. O Chile, com elevado nível de imunidade de sua população mantido através de programas de Vacinação constante já tinha erradicado a Varíola em 1955 tendo apenas um caso importado em 1959.

A Comissão para Avaliação do Programa de Erradicação da Varíola na América do Sul reunida no Brasil em agosto de 1973 considerando que embora erradicada a moléstia em geral não era satisfatório o nível de proteção em menores de 5 anos e em outros grupos de maior probabilidade de exposição; que a rapidez dos meios de transporte usados atualmente existe ainda o risco de importação da Varíola maior para as Américas resolveu conforme critérios estabelecidos pelo Comitê de Expertos em Varíola da Organização Mundial da Saúde solicitar das autoridades sanitárias atenção especial aos programas de manutenção e vigilância epidemiológica, sem interromper prematuramente as medidas recomendadas pelo Regulamento Sanitário Internacional.

A erradicação da Varíola na Índia

O Programa Nacional de Erradicação da Varíola da Índia iniciou suas atividades em 1962. A política de Vacinação em massa obteve espetacular êxito em vários Estados entretanto, duas inovações, a introdução da vacinação com agulha bifurcada em 1969 e a substituição da vacina líquida pela vacina liofilizada, termorresistente e mais ativa em 1971 fizeram com que a "pega" da vacina chegasse a quase 100%. A estratégia que permitiu eliminar a doença nos Estados endêmicos da metade setentrional do país, Bihar, Bengala Ocidental, Madhya Pradesh, Uttar Pradesh e Assam, somente foi possível implantar em 1973. Uma intensa campanha de procura de novos casos de varíola possibilitou a descoberta em maio de 1974 de 8.664 surtos com 11.000 casos notificados em uma única semana. Destaca-se a contribuição financeira do Governo da Índia, da OMS e do Organismo Sueco de Desenvolvimento Internacional (SIDA), procedendo-se a um censo completo dos povoados e municípios infectados e à vacinação de todos seus habitantes obedecendo uma prioridade previamente determinada, iniciando-se a vacinação das pessoas de mais estreito contato com os doentes, seguidas dos membros das 50 casas mais próximas. Em terceiro lugar era vacinado o restante da população da localidade comprometida. A educação sanitária foi intensificada, tendo montado um serviço de vigilância frente a todas as casas onde existiam doentes, com o objetivo de diminuir o movimento dessas pessoas, vacinação de todos os contatos e visitantes e registro de movimentação, se abandonavam a localidade. Desta maneira, até a metade do ano de 1974 o número de surto iniciou um significativo declínio.

Em janeiro de 1975 foi iniciada a operação antivariólica "Objetivo Cero", intensificando as operações, procurando novos casos e vacinando casa por casa ao invés de povoado, num prazo de 2 ou 3 dias. A procura casa por casa foi feita num raio de 16 quilômetros ao redor de cada caso detectado e se repetiam duas semanas após para localizar os casos secundários que poderiam ter entrado em incubação no momento da primeira procura. Qualquer novo surto que continuasse ativo produzindo novos casos por período superior a 21 dias após a sua descoberta, era motivo de uma visita de avaliação feita por funcionários do

Governo Central e da O.M.S. Foram redobrados os cuidados para evitar erros de diagnóstico colhendo amostras sempre que existisse suspeita de novos surtos e para os casos fatais de varicela.

No dia 17 de maio de 1975 foi localizado o último surto de varíola na Índia, no povoado de Pachera do distrito de Katihar (Bihar) num menino de 8 anos de nome Manjo. No dia 24 de maio do mesmo ano foi relatada a última vítima da varíola na Índia, uma mulher de 30 anos de nome Saiban Bibi que morava em Karimgaj distrito de Cachar, Assam, tendo contraído a infecção no povoado de Thaurido do distrito de Sylhet (Bangladesh). No dia 28 de maio de 1975 foram iniciadas operações de contenção e procura de casos sendo evitado o aparecimento de novos casos, finalmente em 5 de julho de 1975 foi declarada a Índia como país livre de varíola endêmica. Com a finalidade de evitar a importação de novos casos de Bangladesh, em agosto de 1975 foram implantados postos de vigilância antivariólica nos pontos de entrada da fronteira entre Índia e Bangladesh e se realizaram buscas especiais nos povoados na faixa fronteiriça de 16 quilômetros de largura.

A ausência da Varíola na Índia foi constatada por uma Comissão de Avaliação que visitou 11 Estados e logo após pela Comissão Nacional de Avaliação integrada por eminentes especialistas nacionais e internacionais.

Na Ásia o último caso foi notificado em Bangladesh em outubro de 1975, prosseguindo as atividades de vigilância.

O último foco de Varíola no mundo na Somália

Em janeiro de 1977 o Conselho Executivo da OMS reunido em Genebra foi informado que no Mundo somente ficara um único foco de varíola, surto descoberto em setembro de 1976 submetido a estrita vigilância em Mogadiscio, Somália para onde a doença foi levada por nômades de um país vizinho, a Etiópia, último país do mundo onde a varíola apresentava-se endêmica não sendo notificado nenhum caso a partir de agosto de 1976.

A doença em Somália é conhecida com o nome de "Varíola minor" forma de varíola de menor gravidade que a "Varíola major" pois em todo o mundo não tinha sido relatado um único caso de "Varíola major" desde que a doença foi erradicada em Bangladesh há 18 meses.

Estes foram os últimos 39 casos registrados em todo o mundo, sendo o primeiro caso em 30 de agosto e o último no dia 26 de outubro de 1977. Em fevereiro após o registro do último caso foi realizada uma pesquisa de casos, casa por casa, não tendo sido encontrado nenhum caso.

É digno de destaque o brilhante desempenho da Organização Mundial da Saúde e das autoridades sanitárias de todos os países do mundo que em 1967 por ocasião do início da campanha de Erradicação da Varíola a doença era endêmica em 37 países sendo erradicada da face da terra em 1977.

Certificação Mundial da Erradicação da Varíola

Com a iminência de interrupção da transmissão da Varíola no mundo, a O.M.S. constituiu em 1978 uma Comissão Internacional para a Cer-

tificação Mundial da Erradicação da Varíola que se reuniu pela primeira vez em Genebra no dia 04 a 07 de dezembro de 1978, portanto após transcorridos mais de um ano da descoberta do último caso espontâneo de Varíola. Após reconhecer que dos 79 países aguardando a certidão, 64 obedeciam às recomendações da Erradicação da doença, a Comissão considerou que a Vacinação sistemática já não era necessária excetuando-se os países do Corno da África e adjacentes e num reduzido número de países, que ainda dependem da Certificação pela Comissão Internacional.

Nos países onde houve relato de casos humanos de Varíola dos macacos (Variólíca símica) foi considerado que os efeitos desta doença no homem era sem maior importância diante dos problemas que a vacinação Antivariólíca iriam acarretar portanto superiores aos da própria Varíola símica.

Considerando portanto, que já não existe no mundo nenhum país infectado pela Variólíca, a Comissão Mundial recomendou que já não fosse exigido certificado de Vacinação para viagens internacionais.

Finalmente em outubro de 1979 a O.M.S. declarou erradicada a Varíola no Mundo transcorrido 2 anos após o registro do último caso ocorrido em Somália.

Entretanto a O.M.S. e as autoridades sanitárias de todos os países do mundo se encontram atentas e são mantidos centros colaboradores de epidemiologistas especializados da O.M.S. no assunto para serem acionados sem perda de tempo para avaliação diagnóstica. Manter reservas de vacina e verificar a segurança de Laboratórios que conservam o vírus variólíco virulento, supervisionar todas as atividades de vigilância e coordenar as investigações sobre os ortopoxvirus.

Reservas de Vírus Variólíco

Com a interrupção da transmissão da Varíola no mundo, as reservas de vírus variólíco nos laboratórios serão as únicas fontes possíveis de infecção. Um exemplo desse perigo é o acidente de laboratório ocorrido em 1978 em Birmingham (Inglaterra) devido falta de segurança. A reserva de vírus variólíco conforme recomenda a O.M.S. deverá ser reduzida a quatro laboratórios, dotados de instalações ótimas de segurança. A O.M.S. também compromete-se a publicar periodicamente a relação dos laboratórios que mantêm reservas de vírus da varíola indicando quais com a finalidade de apenas arquivar e quais com finalidade experimental e ainda deles quais satisfazem os requisitos de segurança exigidos pela O.M.S. Todas as pessoas que têm acesso a esses laboratórios deverão ser revacinadas anualmente. Deverá ainda ser analisada a necessidade de manutenção destas reservas de vírus considerando-se a variólíca erradicada da face da terra, para evitar qualquer problema futuro de segurança.

Novos casos humanos de Varíola dos macacos

Com dois casos novos, registrados em Benin e no Zaire, o total de casos humanos conhecidos de varíola dos macacos sobe a 37. O quadro clínico que ocasiona no homem a infecção pelo vírus da varíola dos ma-

cacos é semelhante ao da varíola humana e está sendo estudado intensamente. O último caso de variólica símica registrado em Benin, na Aldeia de Omifounfoun, Estado de Oyo, Nigéria em 22 de novembro de 1978, num homem não vacinado, não foi capaz de propagar-se embora 48% da população de Omifounfoun não apresentasse cicatriz vacinal antivariólica. Este caso deu origem a apenas 2 casos novos, de possível propagação interhumana, portanto, ao que tudo indica a variólica símica, de ocorrência rara e esporádica e de baixa contagiocidade não representando problema de Saúde Pública.

Aspectos Econômicos da Erradicação da Variólica

Foi avaliada uma economia de mil milhões de dólares anuais para os países da Europa, para os da América do Norte e o Japão, em decorrência da Erradicação da Varíola. Para este cálculo foram considerados as diretas com aquisição de vacinas, vacinações, tratamento médico das complicações vacinais, certificação internacional e vigilância nacional e internacional e os gastos indiretos com as horas de trabalho perdido por complicações vacinais e pelo pessoal das companhias aéreas e de empresas de transportes decorrentes de formalidades sanitárias para evitar a propagação da varíola.