

---

## AIDS e tuberculose: novo problema, velho problema

O início da década de 90 ressuscitou na mídia, e na literatura médica, um personagem do cenário nosológico de há muito fora do circuito. Para tal foi necessário que se aliassem, o velho e o novo, numa conjunção das mais instigantes cientificamente, porque o primeiro teria seu perfil e magnitude já definidos e, o segundo, porque nascia como uma condição clínica propiciadora de inúmeras outras doenças, em particular as de natureza infecciosa. Assim, se nos aparece como um desafio maior a associação da tuberculose à síndrome de imunodeficiência adquirida, porque o mais freqüente enlace mórbido deste fim de século.

Definida a magnitude do problema, é de se perguntar, o que se passou em termos de progresso e controle para ambas – a endemia e a epidemia –, e as razões que justificam não só sua permanência, mas a perspectiva de aumento, ambas cada vez mais marcadas pelo corte socioeconômico, no cenário mundial. As estimativas oficiais revelam cifras de 33 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV, dos quais uma terça parte está também pelo bacilo da tuberculose. Desta, 8% (500.000 pessoas) vivem na América Latina, onde se sabe que as taxas de incidência da tuberculose alcançam, em algumas áreas urbanas, como no Brasil, níveis epidemiológicos considerados pela Organização Mundial da Saúde, “de emergência”.

Responder, portanto, à esta indagação pelo veio epidemiológico *tout court*, mostra-se limitado. São ambas entidades de características endêmicas, passíveis de encontrar situações favorecedoras que lhes conferem, eventual e não casualmente, um caráter epidêmico, como os surtos de transmissão nosocomial de formas multirresistentes de tuberculose entre pacientes com AIDS, ocorridos em Nova York entre 91-92. O que se observa hoje na antiga União Soviética, reflete dramática e pedagogicamente, as condições em que o ciclo de transmissão da tuberculose encontra suas condições ideais: uma inacreditável cifra de um milhão de pessoas presas, em condições carcerárias precaríssimas, das quais 10% são portadoras de tuberculose ativa e, destas, 40%, apresentam formas resistentes às drogas disponíveis (mais de 40.000 pessoas com tuberculose multirresistente!!). A diferença está na conduta: o primeiro fenômeno, por si só, causou alarme nacional e justificou imensos investimentos por parte da saúde pública norte americana, resultando num declínio de 31% no número de casos de tuberculose registrados nos EU, entre 93 e 98. Face ao dismantelamento soviético e seus caos social, onde se chega ao tráfico de escarro contaminado para auto-infecção por tuberculose, com a finalidade de se obter benefícios sociais e aposentadoria por invalidez, a situação torna-se ameaça real para a Europa, e, resta saber quais medidas serão tomadas e quem o fará, para controlar o problema.

Em relação à tuberculose, como doença sabidamente prevenível, facilmente diagnosticável, tratável e curável, poder-se-ia dizer que o conhecimento alcançado, se não é suficiente, é, pelo menos, muito eficaz quando bem aplicado: a vacina BCG protege crianças e não infectados quanto às formas disseminadas, a quimioprofilaxia protege os infectados contra a progressão para a doença e, os medicamentos existentes demonstram alto poder terapêutico.

Por outro lado, a AIDS, com o advento dos novos antivirais, evolui com drástica redução no número de hospitalizações e de mortes. Os substantivos avanços terapêuticos permitiram, sobretudo, a reconstituição da imunidade, resultando em sobrevida maior e melhores desfechos nos tratamentos das doenças infecciosas. A velocidade do conhecimento neste campo traz como uma das grandes questões atuais, o momento e sob qual situação imunológica se poderia interromper a profilaxia de doenças, em particular, as que atingem o aparelho respiratório, como a Pneumocistose e a Tuberculose. Neste aspecto o Brasil vem conseguindo avanços consideráveis, com o provimento governamental dos antivirais, já resultando em impacto sobre o número de hospitalizações e de mortes por AIDS no país.

Neste contexto, reaparecem as formas de tuberculose resistentes à múltiplas drogas. Por que razão, uma doença para a qual se dispõe de medidas de prevenção e tratamento, que é virtualmente curável, em sua quase totalidade de casos, vem desafiando a medicina, atingindo, de acordo com os estudos publicados no Brasil e em outros países, pessoas entre as terceira e quarta décadas de vida, portanto, em sua fase mais produtiva e, reproduzindo o perfil epidemiológico da tuberculose em geral?

Há que se evitar a simplificação do que encerra uma complexidade multicausal, e, nesse sentido, o conceito de medicação diretamente observada – DOT (*directly observed therapy*), como chamado pela OMS, seguramente não será uma resposta mágica aos problemas relacionados à tuberculose, como altas taxas de abandono de tratamento, irregularidade na tomada dos medicamentos, esquemas terapêuticos mal administrados, todos geradores de resistência progressiva aos medicamentos. Sua aplicação normativa nada mais representa do que assistência adequada a uma pessoa que procure um serviço de saúde com queixas sugestivas de tuberculose, para o diagnóstico e tratamento de sua doença. Em outras palavras, ingerir remédios, diariamente, por seis meses, considerando uma melhora clínica relativamente rápida proporcionada pelo tratamento, mesmo nos pacientes com AIDS, exige, da parte de quem prescreve e assiste, uma atenção permanente, pessoal, humanizada e, de abordagem multidisciplinar.

As grandes endemias passam deste ao próximo século, em sua maior parte, incólumes, e, neste aspecto, o Brasil dos grandes contrastes, o país que processa tecnologia de ponta em diversas áreas, que realiza cerca de 40.000 cirurgias cardíacas ao ano, que erradicou a poliomielite, é o mesmo que assiste, silente e grotescamente, o dilapidamento de seu sistema básico de saúde, computando, ano após ano, as cifras espantosas de incidência, umas mais, outras menos aparentes, na dependência de quem atinge, de doenças infecto-contagiosas.

Vale o registro de que são os próprios órgãos governamentais que mostram o quanto se alargou a distância entre os que tem mais e os que tem menos, não nos permitindo nenhum otimismo neste fim de década, tão peculiar por sua carga simbólica de fim de século e de milênio. Nosso compromisso, é mais que nunca, atentar para que a anestesia cívica não nos contamine, assegurar que os investimentos em pesquisa se incrementem, e, para que o conhecimento acumulado seja aplicado adequadamente.

MARGARETH PRETTI DALCOLMO

Diretora de Assuntos Científicos da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia  
Médica do centro de Referência Hélio Fraga, Rio de Janeiro

## AIDS e tuberculose: novo problema, velho problema

O início da década de 90 ressuscitou na mídia, e na literatura médica, um personagem do cenário nosológico de há muito fora do circuito. Para tal foi necessário que se aliassem o velho e o novo, numa conjunção das mais instigantes cientificamente, porque o primeiro teria seu perfil e magnitude já definidos e, o segundo, porque nascia como uma condição clínica propiciadora de inúmeras outras doenças, em particular as de natureza infecciosa. Assim, se nos aparece como um desafio maior a associação da tuberculose à síndrome de imunodeficiência adquirida, porque o mais freqüente enlace mórbido deste fim de século.

Definida a magnitude do problema, é de se perguntar o que se passou em termos de progresso e controle para ambas – a endemia e a epidemia –, e as razões que justificam não só sua permanência, mas a perspectiva de aumento, ambas cada vez mais marcadas pelo corte socioeconômico, no cenário mundial. As estimativas oficiais revelam cifras de 33 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV, dos quais uma terça parte está também pelo bacilo da tuberculose. Desta, 8% (500.000 pessoas) vivem na América Latina, onde se sabe que as taxas de incidência da tuberculose alcançam, em algumas áreas urbanas, como no Brasil, níveis epidemiológicos considerados pela Organização Mundial da Saúde “de emergência”.

Responder, portanto, a esta indagação pelo veio epidemiológico *tout court* mostra-se limitado. São ambas entidades de características endêmicas, passíveis de encontrar situações favorecedoras que lhes conferem, eventual e não casualmente, um caráter epidêmico, como os surtos de transmissão nosocomial de formas multirresistentes de tuberculose entre pacientes com AIDS, ocorridos em Nova York em 91-92. O que se observa hoje na antiga União Soviética reflete, dramática e pedagogicamente, o meio em que o ciclo de transmissão da tuberculose encontra suas condições ideais: uma inacreditável cifra de um milhão de pessoas presas, em situação carcerária precaríssima, das quais 10% são portadoras de tuberculose ativa e, destas, 40% apresentam formas resistentes às drogas disponíveis (mais de 40.000 pessoas com tuberculose multirresistente!!). A diferença está na conduta: o primeiro fenômeno, por si só, causou alarma nacional e justificou imensos investimentos por parte da saúde pública norte-americana, resultando num declínio de 31% no número de casos de tuberculose registrados nos EUA, entre 93 e 98. Em face do desmantelamento soviético e seu caos social, onde se chega ao tráfico de escarro contami-

nado para auto-infecção por tuberculose, com a finalidade de obter benefícios sociais e aposentadoria por invalidez, a situação torna-se ameaça real para a Europa e resta saber quais medidas serão tomadas e quem o fará para controlar o problema.

Em relação à tuberculose, como doença sabidamente prevenível, facilmente diagnosticável, tratável e curável, poder-se-ia dizer que o conhecimento alcançado, se não é suficiente, é, pelo menos, muito eficaz quando bem aplicado: a vacina BCG protege crianças e não infectados quanto às formas disseminadas, a quimioprofilaxia protege os infectados contra a progressão para a doença e os medicamentos existentes demonstram alto poder terapêutico.

Por outro lado, a AIDS, com o advento dos novos antivirais, evolui com drástica redução no número de hospitalizações e de mortes. Os substantivos avanços terapêuticos permitiram, sobretudo, a reconstituição da imunidade, resultando em sobrevida maior e melhores desfechos nos tratamentos das doenças infecciosas. A velocidade do conhecimento neste campo traz, como uma das grandes questões atuais, o momento e sob qual situação imunológica se poderia interromper a profilaxia de doenças, em particular as que atingem o aparelho respiratório, como a pneumocistose e a tuberculose. Neste aspecto o Brasil vem conseguindo avanços consideráveis, com o provimento governamental dos antivirais, já resultando em impacto sobre o número de hospitalizações e de mortes por AIDS no país.

Neste contexto, reaparecem as formas de tuberculose resistentes a múltiplas drogas. Por que razão, uma doença para a qual se dispõe de medidas de prevenção e tratamento, que é virtualmente curável, em sua quase totalidade de casos, vem desafiando a medicina, atingindo, de acordo com os estudos publicados no Brasil e em outros países, pessoas entre as terceira e quarta décadas de vida, portanto, em sua fase mais produtiva e reproduzindo o perfil epidemiológico da tuberculose em geral?

Há que se evitar a simplificação do que encerra uma complexidade multicausal e, nesse sentido, o conceito de medicação diretamente observada – DOT (*directly observed therapy*), como chamado pela OMS, seguramente não será uma resposta mágica aos problemas relacionados à tuberculose, como altas taxas de abandono de tratamento, irregularidade na tomada dos medicamentos, esquemas terapêuticos mal-administrados, todos geradores de resistência progressiva aos medicamentos. Sua aplicação normativa nada mais representa do que assistência ade-

quada a uma pessoa que procure um serviço de saúde com queixas sugestivas de tuberculose, para o diagnóstico e tratamento de sua doença. Em outras palavras, ingerir remédios, diariamente, por seis meses, considerando uma melhora clínica relativamente rápida proporcionada pelo tratamento, mesmo nos pacientes com AIDS, exige, da parte de quem prescreve e assiste, uma atenção permanente, pessoal, humanizada e de abordagem multidisciplinar.

As grandes endemias passam deste ao próximo século, em sua maior parte, incólumes e, neste aspecto, o Brasil dos grandes contrastes, o país que processa tecnologia de ponta em diversas áreas, que realiza cerca de 40.000 cirurgias cardíacas ao ano, que erradicou a poliomielite, é o

mesmo que assiste, silente e grotescamente, ao dilapidamento de seu sistema básico de saúde, computando, ano após ano, as cifras espantosas de incidência, umas mais, outras menos aparentes, na dependência de quem atinge, de doenças infecto-contagiosas.

Vale o registro de que são os próprios órgãos governamentais que mostram o quanto se alargou a distância entre os que têm mais e os que têm menos, não nos permitindo nenhum otimismo neste fim de década, tão peculiar por sua carga simbólica de fim de século e de milênio. Nosso compromisso é, mais que nunca, atentar para que a anestesia cívica não nos contamine, assegurar que os investimentos em pesquisa se incrementem e para que o conhecimento acumulado seja aplicado adequadamente.

MARGARETH PRETTI DALCOLMO

Diretora de Assuntos Científicos da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia  
Médica do Centro de Referência Hélio Fraga, Rio de Janeiro