

Tuberculose violenta na África do Sul coloca milhões em risco*

Michel Wines

JOHANNESBURGO, 27/01/2007 — Mais de um ano depois de um surto violento de tuberculose vitimar 52 de 53 pacientes infectados em um hospital rural da África do Sul, especialistas locais e estrangeiros afirmam que a doença muito provavelmente se espalhou pelos países vizinhos e alguns dizem ser essencial uma ação urgente para deter seu avanço.

Em Tugela Ferry, 52 pacientes morreram de tuberculose, acionando os alarmes globais.

Vários expressaram preocupação ao que denominaram resposta negligente da África do Sul diante de uma emergência da saúde que, deixada sem verificação, poderia se mostrar enormemente cara para conter e poderia ameaçar milhões no Saara subafricano.

O diretor dos programas governamentais contra a tuberculose classificou estas preocupações como infundadas e disse que os agentes estavam fazendo o máximo para combater o surto.

A forma da tuberculose, conhecida como XDR por ser amplamente resistente a drogas, não pode ser efetivamente tratada com a maioria dos medicamentos de primeira e segunda linha contra a tuberculose, e alguns médicos consideram-na incurável.

* Artigo publicado no *New York Times*, em 28 de janeiro de 2007. Agradecemos ao Dr. Cláudio Lyra Bastos, que chamou nossa atenção para este artigo. Tradução de Monica Seincman.

Desde que foi inicialmente detectada no ano passado na província de KwaZulu-Natal na costa do Oceano Índico, outros casos foram relatados em 39 hospitais em outras oito províncias da África do Sul. Em entrevista na sexta-feira, vários epidemiologistas e especialistas em tuberculose disseram que a doença havia provavelmente se deslocado para Lesoto, Suaziland e Moçambique – países que dividem fronteiras e força de trabalho migrante com a África do Sul – e talvez para o Zimbábue, com as centenas de milhares de refugiados necessitados que vêm e vão para a África do Sul todo ano.

Mas ninguém pode afirmar com certeza, porque nenhum destes países tem laboratórios e especialistas clínicos necessários para diagnosticar e rastrear a doença. Preocupantemente, ninguém tem o dinheiro e a qualificação que seriam precisos para contê-la antes que comece a se alastrar.

Mesmo na África do Sul, onde quase 330 casos foram oficialmente documentados, a evidência do alastramento da doença geralmente não é levada a sério, e o trabalho epidemiológico necessário para traçar seu progresso está agora apenas no início.

“Não entendemos sua extensão e se está mais alastrada do que se pode pensar”, disse Mario C. Raviglione, diretor do Departamento Detenha a Tuberculose, da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, em uma entrevista pelo telefone. “E, se não conhecemos sua causa, não sabemos como detê-la.”

Casos de XDR TB [tuberculose extensamente resistente a drogas] existem em outros lugares, em países como a Rússia e a China onde programas inadequados de tratamento permitiram o surgimento de um tipo de doença resistente a drogas. O surto sul-africano é considerado muito mais alarmante do que estes outros, contudo não porque é mais amplo, mas porque tomou de ataque o centro do mundo pandêmico do HIV.

Apesar de um terço da população mundial, segundo estimativa da OMS, estar infectado com germes inativos da tuberculose, a doença progride quando o sistema imunológico está debilitado pelo HIV. Pelo menos dois em cada três sul-africanos atingidos pela tuberculose são HIV positivo. Será que a XDR TB encontrou terreno fértil na população HIV positivo? Ela pode atingir não apenas os cinco milhões de sul-africanos que portam o vírus, mas outros dez milhões na África subsaariana.

Pessoas sem HIV têm muito menos possibilidade de contrair tuberculose, mesmo quando são infectadas com o bacilo que a causa. Mas como a tuberculose é disseminada pelo ar, qualquer pessoa em contato próximo com um portador de tuberculose ativa corre o risco de cair doente.

A maioria, senão a totalidade das 52 pessoas que morreu no surto inicial da XDR TB, no Hospital Igreja da Escócia em um pequeno vilarejo de KwaZulu-Natal chamado Tugella Ferry em 2005 e início de 2006 tinham AIDS. A maioria

morreu em semanas, enquanto se testava a tuberculose resistente a drogas, uma taxa de mortalidade que os cientistas consideraram sem precedentes.

Desde então, os agentes de saúde sul-africanos disseram que foi confirmado um total de 328 casos de XDR TB, todos, à exceção de 42, em KuaZulu-Natal. Pouco mais da metade de pacientes morreu.

Contudo, estes números são enganadores. O surto de Tugela Ferry foi relatado parcialmente porque o hospital fazia parte de um projeto de pesquisa da Universidade de Yale envolvendo pacientes HIV positivo com tuberculose. Em virtude de o tratamento e os programas de informação para a tuberculose serem notoriamente pobres – raramente metade dos pacientes tuberculosos são curados – na prática todos os especialistas concordam que a taxa efetiva é maior.

“Estamos realmente preocupados com que possa haver surtos similares ao de Tugela Ferry que agora estão passando despercebidos, porque os pacientes morrem muito rapidamente,” disse a dra. Karin Weyer, que dirige os programas de tuberculose para o Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul, um setor de pesquisa semi-oficial do governo.

Alguns outros pesquisadores e especialistas dizem que compartilham da preocupação da dra. Weyer. Eles afirmam que os agentes de saúde da África do Sul têm sido muito morosos na reunião dos estudos epidemiológicos, nos programas de tratamento e clínicos capacitados necessários para combater o surto, e dizem que o governo respondeu de forma lenta às ofertas internacionais de ajuda.

A dra. Weyer disse que o conselho “compartilha a preocupação de que o que está sendo feito não é suficiente, não está na velocidade correta para se chegar ao cerne do problema”. Ela disse que particularmente os agentes têm ainda que conduzir os estudos epidemiológicos ou aplicar um “choque” de controle de ausência de infecções nos hospitais que permitem que a tuberculose e outras infecções se alastrem livremente entre os pacientes HIV positivo.

“É uma emergência, e não estamos reagindo de acordo,” disse o dr. Nesri Padayatchi, um epidemiologista e especialista em tuberculose resistente a drogas da Caprisa, um consórcio sediado em Durban dos pesquisadores de AIDS sul-africanos e americanos. “Pensávamos ter os recursos financeiros para achar uma solução, e fomos informados de que o Departamento de Saúde alocou esses recursos.”

Apesar de o governo ter sido o primeiro a saber do surto vinte meses atrás, em maio de 2005, “até hoje, no âmbito das clínicas e hospitais, não estamos vendo o resultado”, disse ela.

Na maior cidade de KuaZulu-Natal, Durban, o único hospital capaz de tratar dos pacientes com a XDR TB tem uma lista de espera de setenta casos destes, disse ela.

A dra. Weyer disse que a lista de espera indica que a “capacidade está se tornando um problema” em KuaZulu-Natal, o centro do surto. “Estou absolutamente certa de que podemos encontrar uma situação similar em outras províncias”, acrescentou.

Um porta-voz do hospital disse que poderia não ser facilmente determinável o número de pacientes que estavam aguardando tratamento.

Mas a gerente do programa nacional de tuberculose da África do Sul, dra. Lindiwe Mvusi, disse que essas queixas eram inoportunas. O hospital de Durban em questão, disse ela, está se reestruturando e os agentes estão “procurando acomodações em outros hospitais” enquanto a reforma se dá.

Agora os hospitais em outras províncias têm leitos suficientes para os pacientes de XDR TB, e alguns estão expandindo a área de isolamento para atender a qualquer alastramento da doença, disse ela.

Ela afirmou que outras respostas ao surto estavam a caminho, incluindo uma grande avaliação dos casos de tuberculose nos hospitais de todo o país. Um exame mais geral dos casos de tuberculose pode ser conduzido ainda este ano, acrescentou, e os agentes de saúde em KuaZulu-Natal começaram os programas de vigilância para detectar novos casos de tuberculose resistente a drogas na província.

A dra. Mvusi também rejeitou a noção de que a tuberculose tenha se deslocado para além das fronteiras da África do Sul. Mas, em entrevistas, vários especialistas em tuberculose e epidemiologistas levantaram a questão, entre eles o sr. Raviglione na Organização Mundial da Saúde, o dr. Padayatchi, a dra. Weyer e o dr. Gerald Friedland, diretor do programa de AIDS na Escola de Medicina da Universidade de Yale.

O dr. Raviglione da OMS disse que os agentes de saúde sul-africanos estavam cooperando para as respostas ao surto, e que um agente de sua organização chegaria a Pretória dentro de alguns dias para discutir a locação de uma equipe de especialistas mundiais em tuberculose no país.

“A OMS está pronta para vir para a África do Sul e ajudar em qualquer lugar, em qualquer coisa, seja vigilância, detecção ou controle da infecção”, disse ele. Contudo, estas disposições ainda não foram postas em prática.

A dra. Mvusi, chefe do programa de tuberculose governamental, disse que os especialistas em saúde do mundo inteiro eram bem-vindos, mas “em um papel consultivo, porque queremos aproveitar nossa capacidade local”.