

4 - Mundo, mundo, vasto mundo...

Francisco Inácio Bastos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BASTOS, FI. Mundo, mundo, vasto mundo.... In: *O som do silêncio da Hepatite C* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 53-80. ISBN 978-85-7541-371-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

4 | MUNDO, MUNDO, VASTO MUNDO...

Como não me chamo Raimundo, mas sim, Francisco, estou longe de servir de rima (como queria Carlos Drummond de Andrade com relação ao Raimundo do famoso “Poema de sete faces”), e muito menos ter solução para a incrível complexidade da epidemia pela hepatite C em todo o mundo.

O conhecido lugar-comum, que anuncia que “as coisas tendem a piorar, até que comecem a melhorar”, infelizmente, traduz em linguagem simples o curso em um futuro imediato da epidemia de hepatite C em todo o mundo, de acordo com a maioria dos especialistas na questão. Explica-se: em se tratando de uma doença de evolução especialmente lenta, que se mantém inteiramente assintomática por anos a fio, não resta dúvida de que lidamos hoje com a ponta de um *iceberg* cujas dimensões não conhecemos ao certo. Esta ponta do *iceberg* corresponde aos casos de hepatite C crônica hoje identificados, seja porque, devido a alguma eventualidade, estes indivíduos fizeram exames de rotina, ou porque, em algum momento das suas vidas, se mostraram sintomáticos e procuraram os serviços de saúde (cabendo observar que inúmeras pessoas, especialmente nos países mais pobres, não têm acesso algum aos serviços de saúde) para se tratar.

Junte-se a isso a elevada prevalência da hepatite C em países de imenso contingente populacional, como a China e a Indonésia, onde o acesso aos serviços de saúde é precário em diversas

áreas, como nas periferias superpovoadas das grandes cidades e nas áreas rurais, além do fato da epidemia, nestes países e em todo o mundo, estar concentrada em populações de difícil acesso, avessas ao contato com os serviços de saúde (por serem ou temerem ser discriminadas), como os usuários de drogas injetáveis.

Como se tudo isso não bastasse, há ainda que considerar o que foi mencionado no capítulo 1, que a epidemia progrediu de forma silenciosa ao longo de boa parte da década de 80, quando os controles dos estoques de sangue para o vírus da hepatite C inexistiam (pois a doença não era conhecida e/ou não havia testes capazes de detectar a presença da infecção no sangue) ou funcionavam de forma muito precária, especialmente nos países em desenvolvimento, onde se concentra a imensa maioria dos habitantes do planeta terra.

Enfim, até que se façam sentir os efeitos positivos de um melhor conhecimento da doença, do controle efetivo dos bancos de sangue, da oferta de tratamentos modernos (o que mobilizaria os potenciais interessados a que, de fato, procurassem os serviços de saúde e/ou exigissem seus direitos a um tratamento adequado), conquistas datadas dos anos 90 e da presente década, a epidemia da hepatite C tende a se agravar, em todo o mundo, ao longo da presente década, mais indivíduos, infectados na década de 80, adoecerão, após anos de persistência de infecção assintomática.

Como a maior pressão por tratamento, ao longo dos próximos anos, deverá ocorrer de forma especialmente marcante nos países em desenvolvimento, muitos deles bastante populosos, e, em países desenvolvidos, exatamente entre os segmentos sociais mais pobres e marginalizados, trata-se de uma crise no âmbito da saúde pública de grandes proporções.

Caso fosse possível abortar grande parte dos quadros mais graves com o tratamento efetivo das pessoas cronicamente infectadas pelo VHC, evitar-se-iam conseqüências mais sérias e potencialmente insolúveis no contexto dos países mais pobres, como o tratamento da cirrose e do câncer hepático por intermédio de métodos complexos e dispendiosos, como a quimioterapia para o câncer ou o transplante hepático. No entanto, para que isso acontecesse, seria necessário ampliar substancialmente a busca ativa (ou seja, o inverso de sentar e esperar que os pacientes apareçam espontaneamente nos serviços) de pessoas infectadas e oferecer tratamento a todos que dele necessitassem.

Tais medidas envolvem dificuldades substanciais do ponto de vista logístico, de como organizar os serviços de saúde para oferecer atendimento amplo e de qualidade; ético, o que compreende a necessidade de oferecer tratamento uma vez que sejam testados os indivíduos, e técnico-financeiro, no que diz respeito a criar condições de tratar e monitorizar um enorme contingente de pessoas e de financiar de forma sustentável em longo prazo essas ações. De fato, é preciso juntar muitos “Raimundos”, mundo afora, para que encontremos alternativas para a resolução de problemas tão complexos.

DEPOIS DA TEMPESTADE . . . VEM A BONANÇA

Alguns achados da modelagem matemática podem soar como cruéis, ao divisar horizontes promissores a quem está atolado em problemas presentes. Na verdade, a matemática, sempre tão pura e precisa, não tem culpa no cartório, quem tem somos nós, seres humanos, que não apenas formulamos teoremas matemáticos, mas, com maior freqüência do que seria imaginável, negamos qualquer auxílio ao próximo.

Seja como for, e façamos o que fizermos, em longo prazo, a epidemia de hepatite C deverá arrefecer em praticamente todo o mundo, o que talvez pareça uma espécie de mágica perversa frente ao quadro desalentador que descrevi em alguns parágrafos anteriores. Mas, me explico: trata-se de uma tendência para um futuro mais longínquo, a famosa bonança que se segue à tempestade no ditado popular, que, reconheço, não serve de consolo a quem está no meio de uma tempestade.

Mas, vamos por etapas... Tento, a seguir, utilizar na discussão alguns conceitos da epidemiologia matemática sem recorrer a qualquer número ou equação. Espero que dê certo, e que as tendências contrastantes descritas anteriormente possam ficar mais claras para o leitor.

Na epidemiologia da hepatite C, um componente absolutamente essencial da transmissão é o contato com o sangue contaminado. Como mencionado brevemente no capítulo 1, no âmbito da saúde pública, o papel do sangue contaminado na transmissão da hepatite C é muito mais relevante, do que, por exemplo, na hepatite B ou na Aids. Se houvesse um controle hipotético de toda a transmissão sangüínea, a epidemia da hepatite C sofreria um duríssimo golpe, enquanto a Aids e a hepatite B teriam sua dinâmica certamente reduzida, mas seguiriam sendo transmitidas através das relações sexuais. Na verdade, o que é transmitido são os vírus, e não as doenças. Quando se fala em transmitir doenças nos rendemos à força da expressão cotidiana.

Portanto, em termos de hepatite C, alterar drasticamente os riscos associados à transmissão de sangue e dos seus produtos derivados (conhecidos pela designação de hemoderivados) representa uma mudança profunda na dinâmica da epidemia. E isso, de fato ocorreu, e com uma abrangência bastante grande,

ao longo da década de 80. Pressionados pelos ativistas no campo do HIV/Aids em todo o mundo, os governos se viram forçados a fechar bancos de sangue irregulares, implementar o uso de testes confiáveis para o HIV/Aids (e, de forma menos sistemática e mais lenta, para outras doenças, como as hepatites B e C) e proibir, em diversos países, a prática de trabalhar com doadores profissionais remunerados, habitualmente recrutados entre pessoas marginalizadas e às voltas com taxas altíssimas de infecção pelos mais diferentes agentes infecciosos.

Tais mudanças foram muito relevantes em todo o mundo, e, ainda que com um certo atraso e descontinuidades, há que reconhecer: o controle de sangue na imensa maioria dos países atingiu níveis de excelente qualidade, mesmo em grande parte dos países africanos, que não apenas têm sido duramente afetados pelas duas epidemias, da Aids e da hepatite C (além da malária, da tuberculose etc., mas isso já é matéria para um outro livro), como contam com os sistemas de saúde mais precários em todo o mundo.

Enfim, não resta dúvida de que a epidemia de hepatite C sofreu um sério revés com o adequado controle de sangue, revés cujos reflexos se farão sentir nas décadas por vir, uma vez que, como disse no capítulo 3, a evolução de alguém cronicamente infectado com o VHC para a cirrose dura, em média, trinta anos! Portanto, estamos vivenciando hoje, em 2007, os reflexos da crise do controle do sangue dos anos 80, crise esta que está longe de acabar e que, muito pelo contrário, se estenderá, pelo menos, até 2010-2015, quando grande parte das pessoas infectadas nos anos 80 terá completado o percurso de evolução da infecção crônica pelo VHC “ tendo a maioria desses quadros evoluído de forma relativamente benigna (sem problemas

mais graves de saúde), em contraposição a uma minoria de pacientes que terá evoluído para quadros mais graves, como a cirrose e o câncer hepático.

Creio que o leitor já pode vislumbrar um dos porquês da anunciada bonança, que sucederá à tempestade. Ou seja, equacionada, em boa medida, a questão da qualidade dos estoques de sangue tende a arrefecer, em longo prazo, o efeito devastador da total falta de controle observada ao longo da década de 80. Mas a questão está longe de ser respondida, pois, como disse no início do capítulo, a epidemiologia da hepatite C é extremamente complexa, e os leitores já estariam provavelmente me chamando de mentiroso se tudo estivesse resolvido em um único parágrafo e algumas poucas palavras. Há novos desafios a serem mencionados e eventualmente equacionados: vamos a eles!

Em primeiro lugar, a dinâmica favorável, da epidemia, a longo prazo, de nada adianta para resolver os problemas a curto prazo, e esses são gravíssimos, como a necessidade de ampliar a testagem, a oferta de tratamento, a redução substancial dos custos do tratamento e o treinamento de equipes de saúde no manejo e monitorização de vastos contingentes de pacientes vivendo com hepatite C crônica em todo o mundo. Este último desafio compreende tanto sensibilizar as equipes de saúde em lidar com populações marginalizadas, como os usuários de drogas injetáveis, quanto atualizá-las, permanentemente, com relação a um tratamento complexo e bastante dinâmico, em que, constantemente, aparecem novos esquemas terapêuticos e novos medicamentos (vide novas perspectivas de tratamento no capítulo 5). Ou seja, desafios à vista!

Mas, em segundo lugar, cabe observar que a questão do sangue contaminado está apenas parcialmente resolvida com o ade-

quando controle dos bancos de sangue. E aqui retorna à cena um dos nossos personagens centrais, o usuário de drogas injetáveis, e entra em cena, como que de surpresa, um segundo personagem, o paciente medicado com injeções não estéreis. Abordarei inicialmente a questão dos usuários de drogas, por já fazerem parte do elenco da peça, aquilo que os antigos teatrólogos, como Shakespeare, denominavam pela bela expressão latina, *dramatis personae*, ou seja, as personagens do drama. Interessante observar que, apesar da raiz comum das palavras “pessoa” e “personagem”, tendemos a distinguir radicalmente pessoas e personagens, estes últimos habitualmente reservados a alguém que só vive de mentirinha, nas obras de ficção, como romances e peças teatrais. Acontece que o drama que estou descrevendo aqui é feito de pessoas, pessoas de carne e osso, como nós, autor e leitores. Completando as homenagens aos imortais poetas ingleses, faço minha a pergunta de John Donne: “por quem os sinos dobram?”..., tendo respondido ele: “eles dobram por ti!” (não posso me furtar a reproduzir o original, de uma sonoridade belíssima: “never send to know for whom the bell tolls; it tolls for thee...”). Mas deixemos de poesia, e voltemos à vã epidemiologia.

Os usuários de droga injetáveis frequentemente compartilham agulhas e injeções, além de outros equipamentos/materiais (como algodões utilizados na filtragem de líquidos contendo drogas), líquidos e recipientes, utilizados no preparo e auto-administração de diferentes drogas, como a cocaína e a heroína. Por razões diversas, que vão de um certo espírito corporativo (isso mesmo!; não somos só nós, professores universitários, pesquisadores, advogados e médicos que constituímos corporações e vemos nesses grupos algo de relevante a que pertencer) à escassez de recursos e de equipamentos de injeção, fato é que os

usuários de drogas freqüentemente se injetam com equipamentos contendo restos de sangue contaminado de outros usuários de drogas. Basta pensar que o fazem repetidas vezes, freqüentemente na companhia de diversas pessoas, muitas delas infectadas por diferentes agentes infecciosos, e teremos aí o que em epidemiologia denominamos “cadeia de transmissão”, de incrível eficiência, eficiência esta mensurada do ponto de vista da ameaça concreta à saúde pública, além das perspectivas dos próprios vírus, caso estes tivessem pontos de vista.

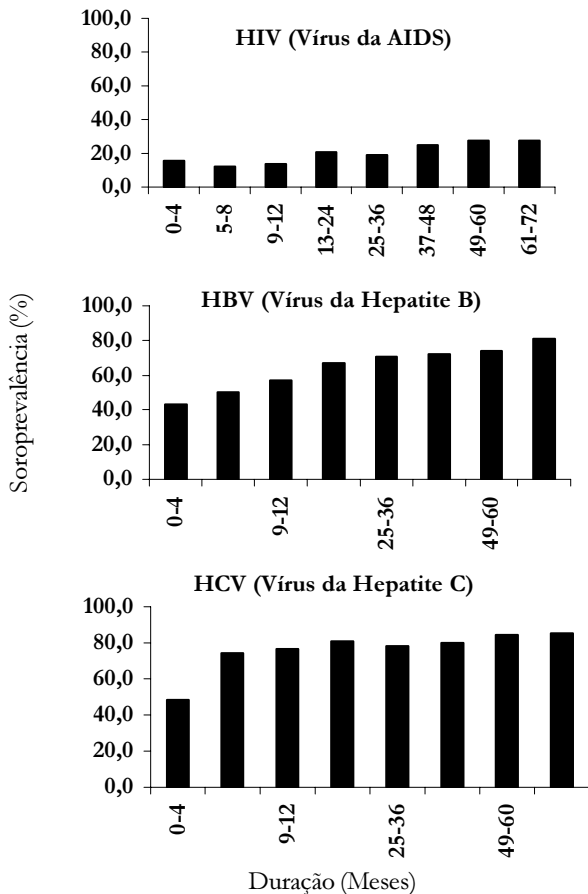
Nos países desenvolvidos e em alguns dos países em desenvolvimento, como o próprio Brasil, além de países do Leste europeu e do sudeste de Ásia, os usuários de drogas injetáveis representaram uma população essencial à disseminação, tanto da hepatite C como do HIV/Aids, ao longo das últimas décadas. Com relação a eles, obviamente, as medidas de controle de sangue surtiram efeito limitado, ou seja, elas influenciaram os usuários de drogas enquanto possíveis recebedores de doações de sangue e enquanto doadores profissionais de sangue, nos países em que a doação remunerada foi efetivamente proibida, mas não alteraram em nada a dinâmica de práticas à margem da legislação referente ao controle do sangue. Conversei, quando comecei a trabalhar nessa área, com diversos usuários de drogas injetáveis que haviam sido doadores de sangue profissionais, praticamente todos eles infectados por microorganismos os mais diversos, e que só paravam de doar quando suas veias entravam em colapso, pela injeção repetida de cocaína, um poderoso irritante das veias.

Mas tudo muda, e os usuários de drogas também mudaram e mudam, e isso na contramão dos que as pessoas em geral acreditam “ que eles seriam impermeáveis às mudanças, sejam

elas espontâneas ou induzidas por terceiros, isto é, secundárias a mudanças de atitudes e comportamentos de natureza basicamente pessoal ou em decorrência das inúmeras iniciativas de prevenção implementadas nestas últimas décadas. Seja por medo, conscientização, pressão externa, não resta dúvida de que os usuários de drogas injetáveis, em diferentes partes do mundo, deixaram, em grande medida, de serem propriamente usuários de drogas injetáveis (ou seja, passaram a ser usuários de drogas por outras vias ou simplesmente passaram a se abster de quaisquer drogas, injetáveis ou não) ou reduziram substancialmente seus comportamentos de risco, como compartilhar agulhas e seringas.

Uma questão fundamental, no caso da infecção pelo VHC/HCV (vírus da hepatite C) é que esta mudança tem de ser muito precoce no tempo. Existem duas alternativas neste caso: na primeira alternativa, o indivíduo jamais vem a se injetar, ou seja, jamais passa pela assim denominada transição de via de uso, mantendo-se sempre afastado das drogas injetáveis (seja consumindo drogas exclusivamente por outras vias ou se abstendo de usar quaisquer drogas). Na segunda alternativa, o indivíduo deve se prevenir de imediato e de forma absolutamente consistente, ao longo do tempo. Isso porque o vírus da hepatite C é muito mais infectante por via sanguínea do que seus confrades VHB/HBC (vírus da hepatite B) e HIV/VIH (vírus da Aids). Um estudo bastante interessante desenvolvido na cidade de Baltimore, EUA, ilustra bem tal fato (Figura 1).

Figura 1 – Prevalência da infecção pelo HIV e dos vírus das hepatites B e C em uma população de usuários de drogas injetáveis em Baltimore. EUA – 1983-1988



Fonte: Adaptado de Garfein, R. S. et al. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 86(5): 655-661, 1996.

Os autores seguiram, ao longo de seis anos, um grande contingente de usuários de drogas injetáveis. Como é possível observar na Figura 1, ao longo de uns poucos meses, uma proporção muito elevada de indivíduos já havia se infectado com o vírus da hepatite C (e, em proporção algo menor, com o vírus da hepatite B). As taxas de infecção vão, progressivamente, se elevando, até atingirem valores elevadíssimos, quando mais de 80% dos usuários de drogas injetáveis sob acompanhamento se encontram infectados por ambos os vírus. O contraste com a infecção pelo vírus da Aids é marcante. Neste último caso, não apenas as taxas se elevam bem mais lentamente, com algumas flutuações de pequena monta, como atingem, ao final de um período de acompanhamento bastante longo, taxas substancialmente mais baixas.

O leitor perspicaz deve estar se perguntando: que as taxas de infecção pelo vírus da Aids cresçam mais lentamente, tudo bem, isso é possível compreender, mas como podem apresentar pequenos declínios? Não deveriam apenas crescer, progressivamente, ainda que de forma mais lenta? Na verdade, tal dinâmica é facilmente explicável pelo fato de um estudo desta natureza (tecnicamente denominado estudo de coorte) perder pacientes ao longo do tempo, seja por abandono, interrupção do uso de drogas, adoecimento (o paciente não tem mais disposição para seguir no estudo e o abandona, ou prioriza seu tratamento e não mais o acompanhamento no estudo) ou morte (em função das próprias infecções ou não, devido à violência ou às *overdoses*).

No caso de vírus que afetam os indivíduos de forma progressiva no tempo (note-se que não se trata aqui de monitorizar o adoecimento, mas sim as diferentes infecções), essas perdas podem se traduzir em flutuações para baixo, caso as pessoas

que foram perdidas sejam, preferencialmente, pessoas infectadas. caso se tratasse não de infecção, mas sim de adoecimento, que, nesse caso, representa, antes de tudo, uma chance aumentada de abandono do estudo, teríamos uma situação inversa, com os indivíduos infectados pelo hcv/vhc adoecendo mais lentamente, em relação aos demais.

No caso da hepatite C, a velocidade extremamente elevada com que as pessoas se infectam torna essas perdas e flutuações para baixo pouco ou nada relevantes. Com isso, em prazos relativamente breves, a situação só tende a se deteriorar mais e mais. A longo prazo, tudo dependerá da oferta de tratamento e da recuperação efetiva de uma fração dos infectados.

Resolvida essa questão, estamos às voltas com outra pergunta: e por que isto se dá dessa forma? A resposta é: a capacidade de infectar (a infectividade) do vírus da hepatite C por via sanguínea é muito mais elevada do que a do vírus da Aids. Portanto, nesta população, a disseminação é muito mais veloz com relação à hepatite C (como também à hepatite B) do que ao vírus da Aids. Se estivéssemos lidando com uma população que não utiliza drogas injetáveis (de forma compartilhada), teríamos um quadro absolutamente distinto, com uma disseminação especialmente lenta, por via sexual e vias complementares (como, possivelmente, pelo compartilhamento de canudos utilizados na aspiração de cocaína; vide capítulo 1), do vírus da hepatite C.

Mas, em se tratando de uma população de usuários de drogas injetáveis, a dinâmica é totalmente dominada pela transmissão sanguínea. Isto não significa que a transmissão sexual não seja relevante (especialmente no caso do vírus da Aids), mas é que a transmissão sanguínea é tão eficiente nesta população (ao injetar quantidade expressiva de vírus direto na corrente sanguínea), que a transmissão

sexual é pouco relevante em termos agregados (o que não quer dizer que um dado indivíduo ou subgrupo de indivíduos não possa se infectar por via sexual, mesmo nesta população). Na verdade, análises minuciosas de grandes contingentes de usuários de drogas injetáveis evidenciam claramente o diferencial representado pela transmissão sexual, ainda que análises mais simples e com números menores de indivíduos não consigam documentar o papel da transmissão sexual nesta população. A força da transmissão sangüínea é, simplesmente, avassaladora.

Em um trabalho de 2005, nosso grupo de pesquisa discutiu tais achados sob a perspectiva dos usuários de drogas injetáveis de três cidades brasileiras: Rio de Janeiro, Salvador e Santos (disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762005000100017&tlng=es&lng=en&nrm=iso>). Ainda que tais usuários de drogas não tivessem reduzido a proporção com que, uma vez injetando, viessem eventualmente a compartilhar equipamentos de injeção, haviam reduzido, substancialmente, a própria freqüência de injeções. Com isso, em se tratando de uma mudança que haviam empreendido ao longo dos anos, as suas taxas de infecção se reduziram de forma marcante. Como seria de se esperar, não haviam, no entanto, se transformado em abstinentes sexuais. Aliás, as únicas pessoas em todo o mundo que ainda acreditam na abstinência sexual como estratégia de prevenção da Aids em populações como os usuários de droga injetáveis são os formuladores das políticas preventivas que assessoram o presidente norte-americano George W. Bush; mas, ao que parece, os usuários de drogas brasileiros votariam com o Partido Democrata.

Ora, o que esperaria encontrar então o leitor atento às sutilezas da epidemiologia? Recapitulemos: da Aids (e da hepatite B)

subtraíu-se, com as mudanças descritas anteriormente, um meio de transmissão relevante (o sangue), mas pouco ou nada alteramos no que diz respeito à transmissão sexual. Já com relação à hepatite C, golpeou-se a via de transmissão absolutamente central, o sangue! Ora, onde esperaríamos encontrar reduções mais pronunciadas das taxas de infecção? Na hepatite C, ora bolas! Pois foi exatamente isso o que encontramos no nosso estudo. O leitor curioso, que consultar o original, observará que a questão é mais sutil do que o que foi aqui exposto, devido às complexas interações entre a população de usuários de drogas ao longo do tempo, seus hábitos e as próprias características das cenas de uso e dos diferentes agentes infecciosos ao longo de condições ecológicas igualmente dinâmicas. Mas isso nos levaria muito longe. Aos interessados, recomendo consultar o trabalho original, em que essas questões são discutidas em detalhe (ver Bastos, F. I, et al. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 100(1): 91-6, 2005).

Exatamente no momento em que escrevo este capítulo (janeiro de 2007), acaba de sair um artigo do pesquisador norte-americano Don des Jarlais e equipe, que mostra fenômeno em tudo similar em Nova York. Lançando mão de amostras gigantescas de usuários de drogas (perfazendo o incrível total de 2.500 entrevistados), que chegam a humilhar a nós, pesquisadores brasileiros, que trabalhamos, no máximo, com amostras de usuários de drogas na casa de umas poucas centenas, ele discute o fenômeno que denomina, de forma especialmente elegante (o que talvez surpreenda o leitor, que aposta, no máximo, na precisão da ciência. Mas, acredite-me, leitor, a ciência

pode ser extremamente elegante, ainda mais em Nova York e orçada em dólar) “convergência de taxas”.

A convergência de taxas é, nada mais nada menos, que a aproximação das taxas de infecção entre usuários injetáveis e não injetáveis. Ou, dito de outra forma, usuários injetáveis que continuam a usar drogas, mas que praticamente não mais injetam, ou que, quando injetam, não compartilham, convergem para os padrões dos usuários não injetáveis. As taxas de infecção dos entrevistados de Des Jarlais e sua equipe se mostraram praticamente idênticas entre usuários injetáveis e não-injetáveis. Sem o sangue (não mais compartilhado por usuários que deixaram de injetar drogas em comum e/ou reduziram drasticamente a frequência das suas injeções), quem move hoje, então, a epidemia entre os usuários de drogas nova-iorquinos? O sexo e outros hábitos arriscados de consumir drogas (como compartilhar canudos na aspiração de cocaína), ao que tudo indica.

Recapitulemos, então, tudo outra vez. Os estoques de sangue foram devidamente controlados, os usuários de drogas injetáveis mudaram seus comportamentos; estaríamos, então, no melhor dos mundos? Receio dizer que ainda não, caro leitor. Em primeiro lugar, centenas de milhares de usuários de drogas injetáveis estão hoje infectados por múltiplos vírus. Somem-se a isso suas condições de vida, quase sempre adversas; o consumo concomitante de doses generosas de álcool, a sua conhecida aversão pelos serviços de saúde formais (onde temem ser fichados e presos ou, no mínimo, discriminados) e a desconfiança dos profissionais de saúde com relação a estes pacientes quase sempre rebeldes, e temos uma situação grave em saúde pública, que vivencio a cada semana em que atendo esses pacientes.

Com o progresso inequívoco das terapias para a Aids e os progressos também inquestionáveis com relação ao tratamento da hepatite C, resta o desafio de tratar pacientes acometidos por ambas as infecções, simultaneamente, progredindo, ambas, ao longo de décadas, debilitando, ambas, os organismos dos indivíduos por elas afetados. Ainda que também aqui não caiba o desânimo, não resta dúvida de que a comorbidade Aids-hepatite C crônica representa o grande fantasma a tirar meu sono e o de todos que trabalham com a população de usuários de drogas, nos mais diferentes cantos do planeta. Como vêm mostrando os pesquisadores franceses que integram um amplo estudo com usuários de drogas injetáveis, denominado MANIF (franceses têm sempre nomes sonoros para as coisas), os usuários de drogas injetáveis daquele país morrem hoje, basicamente, em função da interação entre Aids e hepatite C crônica.

E o futuro? Bom, o futuro, sob este aspecto, é realmente mais promissor. Com um número menor de usuários de drogas injetando e/ou compartilhando equipamentos de injeção, temos menos pessoas sujeitas a estes riscos, ou seja, um menor número de pessoas “suscetíveis” (na linguagem da epidemiologia matemática) de se infectarem por esta via. Ao longo dos anos, portanto, teremos menos suscetíveis se tornando infectados, e, uma vez que os infectados são também potenciais fontes de novas infecções, um menor número de novas infecções geradas a partir desses casos potenciais. Em suma, teremos, mantidas as tendências atuais, uma espiral decrescente de novos casos de hepatite C, em todos os países em que o controle de sangue tiver sua qualidade preservada ao longo do tempo, e houver um contingente decrescente de usuários de drogas injetáveis e/ou em que os usuários de drogas injetáveis praticarem, com menor frequência,

comportamentos que os coloquem em risco e/ou coloquem em risco seus pares.

Terminou? Bom, receio, mais uma vez, que ainda não. Temos de discutir agora a questão do uso de injeções não estéreis com finalidades médicas, o que soa bastante estranha para nós, brasileiros, urbanos, com menos do que, digamos, cinqüenta anos. Há muito, as farmácias e hospitais brasileiros utilizam, sistematicamente, ao menos no contexto urbano, seringas plásticas descartáveis na aplicação de injeções. Talvez haja exceções a essa regra de utilizar exclusivamente seringas descartáveis, que observei ao longo da minha prática como médico e da minha vida como cidadão e habitante da cidade do Rio de Janeiro, mas realmente não tenho conhecimento dessas possíveis exceções. A situação é bastante distinta, porém, em diversos países africanos e em alguns países do Leste europeu, como a Romênia, após o colapso do comunismo. Nesses países estão bem documentados surtos de HIV (até onde é do meu conhecimento, a transmissão do vírus da hepatite C não foi ainda documentada com igual detalhe) em instituições de saúde devido à reutilização de seringas contaminadas na aplicação de medicamentos injetáveis.

Não resta dúvida hoje de que as injeções não estéreis com finalidade médica desempenharam um papel relevante na disseminação dos vírus da Aids e das hepatites B e C em diversos desses países. Tal questão vem sendo objeto de um esforço mundial, com a decisiva participação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de reduzir, e, se possível, eliminar a transmissão desses vírus (e outros microorganismos) por seringas não-estéreis de uso médico. Além, é claro, do esforço paralelo de reduzir os riscos de transmissão associados ao uso injetável de substâncias de uso não-médico, como no caso dos usuários de

drogas injetáveis. Enfim, também aqui, as perspectivas são promissoras, a médio e longo prazo, ainda que possam persistir bolsões de risco, como, por exemplo, nas guerras civis que vêm ocorrendo na África, em que as já precárias infra-estruturas de saúde se deterioraram definitivamente, com a reversão dos poucos ganhos em termos de saúde pública obtidos até então.

Sumarizando toda esta seção, é possível afirmar que, mantidas as condições presentes, a epidemia de hepatite C arrefecerá nas próximas décadas, cabendo, entretanto, saber a que custo em termos de vidas humanas isso ocorrerá, ou seja, as gerações futuras serão, sem dúvida, poupadas em parte desse problema, mas cabe cuidar e apoiar da melhor maneira possível as gerações presentes, entre as quais se incluem milhares de pessoas vivendo com a hepatite C crônica. O custo da nossa omissão seria incalculável, em termos de sofrimento e vidas humanas.

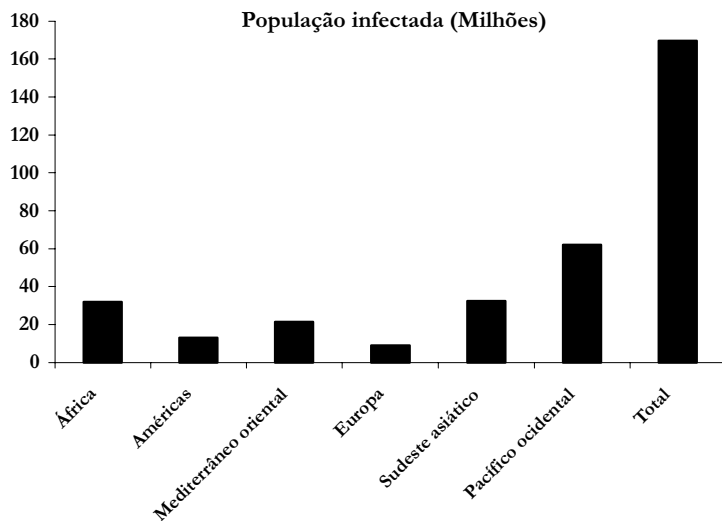
Uma alternativa, talvez definitiva, num prazo bastante dilatado, talvez venha a ocorrer a partir do desenvolvimento de uma vacina anti-hepatite C, nos moldes da hoje disponível (desde que haja recursos para adquiri-la, por parte dos sistemas públicos de saúde ou dos indivíduos/famílias) e efetiva vacina anti-hepatite B. Caso esta potencial vacina anti-hepatite C venha a ser aplicada a todos os recém-nascidos, como vem ocorrendo com relação à vacinação anti-hepatite B em diversos países, obviamente, dotados de mais recursos e melhor infra-estrutura de saúde, vislumbraríamos um cenário bastante favorável no horizonte.

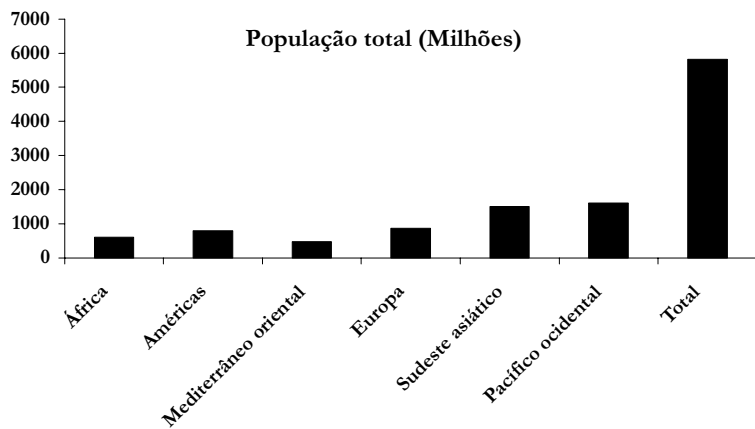
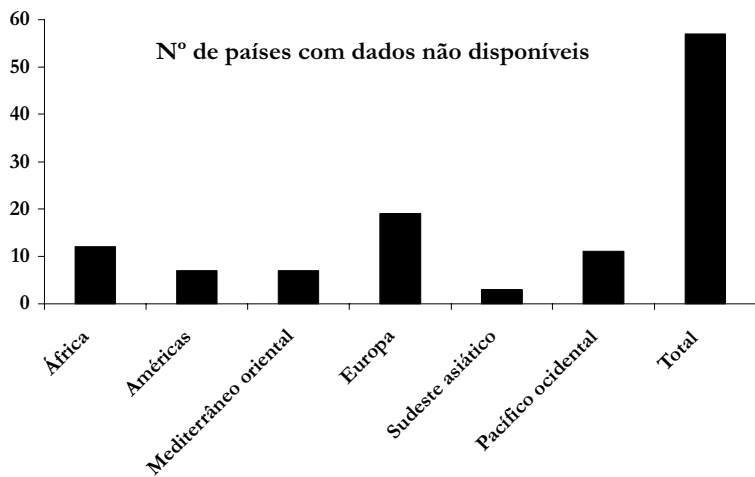
PARA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI... DE NÚMEROS... E DE ALGUMAS OUTRAS COISAS

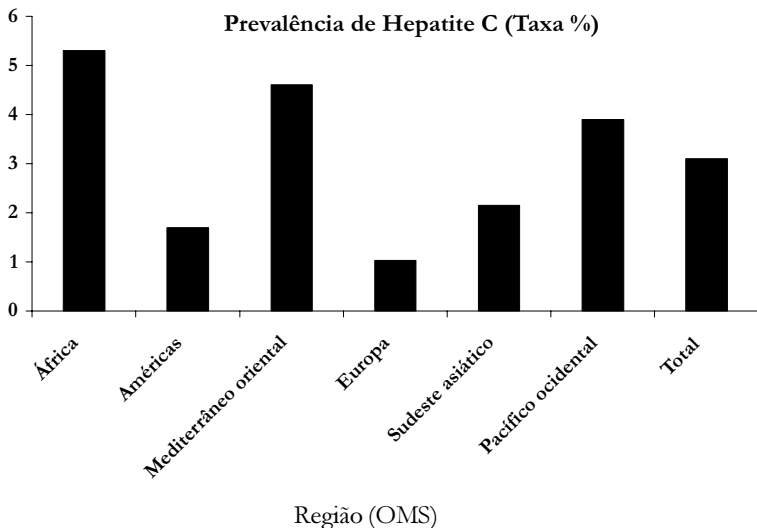
A despeito das imprecisões mencionadas anteriormente e exibidas na Figura 2 (ver pequeno quadro denominado “Número

de países com dados não disponíveis”), os especialistas estimam que existam hoje no mundo 200 milhões de pessoas infectadas pelo vírus da hepatite C, ou seja, algo como 3% da população mundial (os dados sistematizados na Figura 2 apontam para números mais baixos, mas se referem às informações sistematizadas pela OMS, em 1999. Infelizmente, não foi possível obter dados mundiais desagregados, revisados, referentes aos anos mais recentes).

Figura 2 – Dados da OMS referentes à hepatite C nas principais regiões do mundo – 1999







As estimativas de custos associados ao diagnóstico e tratamento, além das conseqüências para a produtividade de indivíduos, famílias e firmas, direta ou indiretamente, vinculadas à hepatite C, apenas nos Estados Unidos, atingem cifras astronômicas, da ordem de 54 bilhões de dólares. Parte desses custos está relacionada diretamente ao custo do tratamento, considerado extremamente dispendioso (20-30 mil dólares por paciente, por ano), mesmo para os padrões da sociedade mais rica do mundo.

As prevalências (medida de ocorrência da doença) da hepatite C em todo o mundo são absolutamente heterogêneas, entre as diferentes regiões, países e populações, por razões que não estão muito claras (Figura 2). Por exemplo, não se compreende ao certo porque populações isoladas, como as que vivem em

certas localidades da região Amazônica, onde não são comuns procedimentos médico-cirúrgicos que utilizem transfusões e onde não há relatos de uso injetável de drogas, as prevalências possam ser relativamente elevadas (em torno de 6%, cerca de dez vezes mais elevadas, por exemplo, do que na região Sul do Brasil). As explicações são diversas, tais como: o suposto papel de práticas rituais e da medicina tradicional, que envolvem contato com sangue (como escarificações), uma maior relevância em um dado contexto da transmissão sexual (devido à presença, por exemplo, de outras infecções sexualmente transmissíveis, atuando como possíveis cofatores), assim como variações referentes à composição étnica das populações, e a sua suscetibilidade maior ou menos ao vírus, influenciando, por exemplo, a capacidade de eliminar espontaneamente o VHC (ver discussão no capítulo 5). Enfim, quando há explicações em demasia, pouco harmônicas entre si, cabe desconfiar ou tentar combiná-las da melhor maneira possível.

Grosso modo, poderíamos subdividir o mundo em regiões de alta, média e baixa prevalência para o vírus da hepatite C na assim denominada população geral, ou seja, entre os membros da população que não apresentem fatores de risco que os identifiquem como particularmente vulneráveis, como os usuários de drogas injetáveis. Em países de alta prevalência, como o Egito (o epicentro da epidemia na região que a OMS denomina Mediterrâneo Oriental; vide Figura 2), há localidades, especialmente nas áreas rurais, em que a prevalência pode chegar a 45-50%, ou seja, metade da população está infectada pelo vírus da hepatite C. Estes achados contrastam dramaticamente com as prevalências baixíssimas (inferiores a 0,1%) observadas nos países escandinavos. Situações de média gravidade têm sido veri-

ficadas em países com grande contingente populacional (como China e Índia, que estão inseridas nas regiões que a OMS denomina, respectivamente, Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático; vide Figura 2) e/ou grande área geográfica, como o Brasil, onde as prevalências variam bastante em função das regiões e populações específicas, como num mosaico de localidades com quadros epidemiológicos bastante distintos.

Aparentemente, as elevadíssimas prevalências verificadas nas áreas rurais do Egito se devem a uma desafortunada associação da hepatite C com uma segunda doença, a esquistossomose, freqüente naquele país, e que parece agravar o curso da hepatite C. Com o propósito de controlar a esquistossomose, tentou-se no Egito aplicar medicação injetável anti-esquistossomose em massa, o que teria sido feito com agulhas não estéreis. Enfim, ao que parece, não apenas não se resolveu a contento o problema da esquistossomose, como se criou, inadvertidamente, um segundo problema de saúde pública de grande magnitude “ a ampla disseminação da hepatite C. Parece uma dessas questões em que o homem tenta manipular a ecologia de uma ou mais doenças sem atentar para os efeitos colaterais das suas ações, e acaba por gerar uma catástrofe, nos moldes dos mais desastrosos “aprendizes de feiticeiro”, metáfora popular presente nas mais diversas culturas (pois deve haver muitos deles, fazendo bobagens mundo afora), imortalizada na poesia de Goethe (patrono das letras alemãs) e no filme *Fantasia*, de Walt Disney, numa atuação fascinante de Mickey Mouse.

UMA EPIDEMIOLOGIA A SER (RE)CONSTRUÍDA

Persistem, no campo da epidemiologia da hepatite C, inúmeras dúvidas, que deverão ser exploradas por estudos futuros.

Algumas dessas dúvidas já foram mencionadas ao longo deste texto, como a necessidade de contar com estimativas mais acuradas quanto à prevalência da hepatite C nos diferentes países, especialmente naqueles mais extensos e/ou populosos, com assimetrias regionais marcantes, além de diversos países africanos e do Leste europeu (Figura 2). Se, por um lado, a qualidade das informações aumentou substancialmente nos países do Leste europeu, pós-colapso do comunismo; por outro, parece não ter havido progresso (e, ao que tudo indica, haveria mesmo deterioração adicional da qualidade das informações, na presente década, em diversos países africanos, às voltas com graves crises de abastecimento de alimentos e guerras civis). Portanto, uma Figura 2 devidamente atualizada para o ano de 2007 apontaria para um quadro substancialmente melhor na Europa (leia-se, Leste europeu) e, provavelmente, ainda pior na África.

Abrindo aqui um parêntese para o Brasil, constatamos que, a despeito de se tratar de uma doença infecciosa de notificação compulsória (vide informações em <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/morb/notas.cfm>>), sob o código B17.1, da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da OMS, as informações sobre a hepatite C em nosso país são bastante fragmentárias, quando não, indisponíveis. Publicações de referência, como, por exemplo, a compilação de dados da Fundação Instituto de Geografia e Estatística do Brasil (IBGE), denominada *Brasil em Números*, não contêm informações atualizadas sobre a hepatite C no território nacional.

Uma segunda dúvida, já mencionada, é o papel específico (ainda que relativamente pouco importante, frente à transmissão sanguínea) da transmissão sexual na dinâmica da epidemia de hepatite C. Outras áreas de incerteza se prendem aos fatores que fazem com

que determinados pacientes evoluam melhor ou pior, mais ou menos rapidamente, e mesmo eliminem definitivamente os vírus. Na ausência de critérios claros, os modelos matemáticos que buscam prever os cenários futuros da epidemia no mundo partem do pressuposto de uma evolução padrão entre os pacientes, o que não deixa de ser uma simplificação grosseira da diversidade da evolução real da infecção, documentada pela pesquisa biológica e clínica.

Controvérsias acirradas persistem com relação aos riscos associados a outros comportamentos e práticas, como a tatuagem, a acupuntura e o compartilhamento de canudos utilizados na aspiração da cocaína em pó. O sangramento da mucosa nasal de pessoas que aspiram cocaína, especialmente de drogas misturadas (habitualmente denominadas “malhadas” ou “batizadas” pelos seus consumidores), é relatado com muita frequência pelos usuários de drogas, em função das propriedades vasoconstritoras (de contração da parede dos vasos) da cocaína, que alteram o fluxo sanguíneo local, com episódios de constrição, seguidos de dilatação, além dos efeitos adicionais de vários contaminantes, vários deles lesivos para a mucosa nasal, como o pó de vidro ou o pó de gesso. Até que ponto os canudos contendo restos de sangue de um indivíduo, emprestados a um segundo indivíduo são, de fato, capazes de transmitir o VHC não se sabe ao certo.

Quanto à acupuntura, nem mesmo os próprios chineses, pais da matéria, se entendem com relação à eventual transmissão ou não do VHC por esta via. Com relação às tatuagens, a absoluta diversidade dos contextos (mais ou menos higiênicos ou mesmo nada higiênicos) em que elas são feitas e a importante superposição com práticas e contextos de risco, como entre usuários de drogas e no ambiente prisional, tornam a questão, no mínimo, espinhosa, ou talvez ‘agulhosa’, se me permitem o neologismo.

Áreas adicionais de incerteza dizem respeito à transmissão do VHC no contexto das intervenções cirúrgicas de pequeno e médio porte em odontologia, realizadas em consultórios (e não em centros cirúrgicos, pois, neste caso, tais intervenções seguem a lógica do risco e das respectivas medidas de proteção utilizadas nas demais intervenções cirúrgicas), e com relação à transmissão da mãe para o bebê (ou transmissão vertical). Com relação às primeiras, há razoável consenso quanto à saliva conter partículas virais do VHC, mas não em número suficiente, e sem viabilidade (vigor) biológica. Portanto, neste caso, a eventual transmissão teria de ser secundária à contaminação da saliva pelo sangue.

Com relação à transmissão vertical, existe hoje um razoável consenso quanto a esta transmissão existir de fato, embora com taxas bastante mais baixas em comparação com a transmissão mãe-bebê entre mulheres infectadas pelo HIV que não receberam a devida profilaxia (intervenção preventiva). Não há concordância por ora quanto aos riscos de amamentar, mas sabe-se que a co-infecção pelos vírus da hepatite C e da Aids aumenta as chances do bebê se infectar com o vírus da hepatite.

Reproduzo a seguir um quadro dos principais fatores de risco para a hepatite C, segundo um *site* de ampla consulta nos Estados Unidos (Quadro 1). Como o leitor pode observar, as formulações do referido *site* são bastante mais assertivas do que o meu texto, de cauteloso epidemiologista, sempre às voltas com dúvidas metodológicas, quanto aos riscos associados, por exemplo, ao compartilhamento de canudos ou à feitura de tatuagens. Enfim, como dizem que: “cautela e caldo de galinha não fazem mal a ninguém” (certamente, não consultaram as galinhas quanto à segunda afirmação), é melhor evitar os fatores de risco que, potencialmente, podem estar associados à transmissão do vírus da hepatite C.

Quadro 1 – Fatores de risco para hepatite C

Os principais meios através dos quais a hepatite C se dissemina:

- Compartilhando seringas e agulhas (e outros equipamentos de injeção) para o uso de drogas injetáveis
- Transfusões de sangue anteriores a 1992
- Equipamento médico contaminado (por exemplo, máquinas de diálise renal)
- Acidentes com objetos pérfuro-cortantes, como agulhas
- Tatuagem e *piercing* com agulhas ou tinta contaminada
- Sexo desprotegido
- Compartilhamento de canudos para aspiração de cocaína
- Compartilhamento de itens pessoais que podem estar associados a sangramento (como lâminas de barbear e escovas de dente)

Você NÃO pode pegar hepatite C:

- Abraçando
- Cumprimentando alguém (aperto de mão)
- Tendo alguém espirrado em cima de você
- Tendo alguém tossido em cima de você
- Compartilhando talheres, louça ou copos
- Beijando*
- Através de qualquer contato físico, eventual, não-íntimo
- Outros contatos físicos sem troca de sangue

Fonte: adaptado de http://www.all-about-hepatitisc.com/readytolearn/about/what_is/spread.jsp

* No original, menciona-se exclusivamente o beijo no rosto, o que me parece uma cautela levada a extremos, já que a literatura especializada internacional (após busca exaustiva) não documenta casos inequívocos de transmissão por beijos de qualquer natureza.

Com todas essas incertezas em mente, despeço-me do leitor, rumo ao próximo capítulo. E quem disse que a ciência consegue aplacar nossas angústias e responder sempre às nossas dúvidas?