

Paracoccidioomicose. Velho Problema, Novos Desafios.

Luis Carlos Sell

Embora muitos progressos tenham sido obtidos desde o reconhecimento por Adolpho Lutz, em 1908, dos primeiros dois casos de PCM, muito poucos dados sobre a prevalência desta micose tem sido acrescentados ao conhecimento científico sobre a enfermidade no Brasil. Um dado relevante para o entendimento da história natural da PCM é o que diz respeito a vida e habitat do fungo na natureza sabe-se que é restrito à América Latina, do México a Argentina e que o Brasil, Venezuela e Colômbia apresentam o maior número de casos da doença. Inexplicavelmente alguns países de mesma latitude no continente como países do Caribe, Guianas e Chile não apresentam relatos de casos. Embora isolado do solo não se

conhece completamente as etapas do seu desenvolvimento na natureza e a sua propagação ao homem.

Com respeito a prevalência da infecção no Brasil, dados isolados obtidos através do teste com a paracoccidioina ou mesmo pelo número de casos relatados apontam as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul como regiões prevalentes, mas parecem ser fruto muito mais do esforço de pesquisa de alguns infectologistas e pneumologistas, ao invés de refletir o verdadeiro panorama epidemiológico da doença em nosso país.

No estado do Rio de Janeiro, inquéritos intradérmicos com paracoccidioina realizados a partir de 1953 com Carvalho, mostram percentuais bastante variados de populações de reatores forte variando os mesmos de 4% a até

60% em algumas regiões de alta endemicidade conforme trabalhos de Pedrosa e Wanke em 1976 em levantamentos feitos nos municípios de Volta Redonda e Barra Mansa. Na região Norte Fluminense no município de Campos dos Goitacazes o trabalho de Freitas em 1992 mostra que em 505 pessoas examinadas através do teste, houve positividade global de 31,8%. Nesta série quando se procedeu a busca ativa de casos entre os fortes reatores e sintomáticos respiratórios, foram identificados dois casos de doença em atividade.

Por não serem de notificação compulsória inexistem dados acerca da prevalência e incidência das micoses em nosso país.

Apesar do conhecimento de drogas eficazes no controle e cura da PCM, muitas di-

ficuldades ainda nos impedem de conquistar bons resultados terapêuticos. As sulfonamidas empregadas desde 1940, e mais recentemente a associação de sulfatomexazol com trimetoprim são de longe um recurso terapêutico eficaz e o de custo mais baixo. Até o momento são relativamente bem tolerados e encontram-se disponíveis via de regra, nas Secretarias de Saúde dos municípios de forma gratuita. A anfotericina B, antibiótico introduzido no tratamento da PCM por Lacaz e Sampaio em 1958 e reservado para o tratamento das formas mais graves da doença nem sempre encontra-se disponível em nosso mercado local. Apresenta alto índice de toxicidade e sua via de administração é a venosa, limitando seu uso a pacientes hospitalizados sob estrito controle hematológico, e das funções renal e cardíaca, o que eleva substancialmente o custo do tratamento. Os imidazólicos, aquisição da década de 80, são de relativa baixa toxicidade e boa tolerância, eficazes quanto a resultados mas de custo considerado alto para uma população doente predominantemente rural e de po-

der aquisitivo muito baixo. Ao contrário das sulfas não se encontra habitualmente disponível para distribuição gratuita.

Diante deste quadro cabe-nos propor algumas ações para enfrentamento desses desafios:

1. Estimular através das sociedades especializadas, o reconhecimento da prevalência da infecção pelo fungo com o emprego em populações rurais do nosso país, do teste cutâneo com a paracoccidioidina. É de fácil realização e de baixo custo.
2. Trabalhar na construção de um programa mínimo, envolvendo as estruturas governamentais (secretarias de saúde e ministério da saúde), referenciando municípios em zonas de sabida alta prevalência, com treinamento de pessoal com a finalidade de identificar e tratar casos de doença ativa. Este programa deve necessariamente incluir o desenvolvimento de técnicas para o exame micológico direto em secreções e raspados, acesso a estudos

sorológicos (imunodifusão dupla em agar ou fixação do complemento) e realização de radiografias do tórax e ultrassonografia abdominal.

3. Envidar esforços junto ao Ministério da Saúde no sentido de tornar as micoses pulmonares doenças de notificação compulsória e junto ao Ministério do trabalho e Previdência no sentido do reconhecimento da PCM como patologia ocupacional, uma vez que ataca predominantemente o trabalhador rural em fase e idades produtivas, em sua maioria desprovidos de direitos trabalhistas a que fazem jus.
4. Garantir o fornecimento gratuito e contínuo de medicação a nível ambulatorial e hospitalar para tratamento dos casos reconhecidos.

Com essas medidas, pensamos nós, estaremos dando um largo passo no sentido do conhecimento, controle epidemiológico e cura dos casos de PCM em nosso país.

Resta-nos enfrentar esse desafio.

