Senhor Editor,

O trabalho "Terapêutica da forma crônica da Doença de Chagas. É eficaz o tratamento etiológico?" (Arq Bras Cardiol 1998; 70: 59-61) merece, *data venia*, alguns comentários e reparos, os principais em seguida referidos, e que submetemos à sua apreciação.

1) A publicação concernente à citação de nº 3 visou e se referiu apenas ao exame eletrocardiográfico, não se podendo, portanto, falar em forma indeterminada, uma vez que não foi realizado o exame radiológico do esôfago e do intestino grosso.

2) Em nenhum momento da publicação a que refere a citação de nº 6, seus Autores (Boainain E e Rassi A) afirmaram que "para agir no parasita em sua forma intracelular, as doses teriam que atingir níveis tóxicos, não devendo ser utilizados na clínica".

3) Os Autores citaram trabalhos (referências de nºs 16 a 20) nos quais o tratamento com benznidazol na fase crônica foi vantajoso, em relação a grupos controle ou placebo, no sentido de prevenir o aparecimento de cardiopatia ou evitar piora da existente. Fizeram referência a efeitos colaterais, boa evolução da forma indeterminada na maioria dos casos, discordância de resultados terapêuticos e, ao final, indagaram: "Será que devemos mesmo tratar esse grupo de pacientes?". Tomamos a liberdade de dizer que sim. Vejamos por quê.

Pela excelente e completa revisão bibliográfica que fizeram os Autores, apenas dois trabalhos (referências de nºs 15 e 19) não apontaram a referida vantagem, mas, sobre eles, há que assinalar o seguinte: no de referência nº 15, não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes tratados e os que receberam placebo. No de nº 19, os Autores consideraram o aparecimento de extra-sistolia supraventricular, em paciente tratado, como evidência de piora da evolução, quando é sabido que esta arritmia não necessariamente traduz comprometimento orgânico e, mais ainda, poderia existir anteriormente ao tratamento, apenas não sendo detectada pelo eletrocardiograma então realizado; além disso, a casuística não é expressiva (15 pacientes tratados *versus* 18 que receberam placebo), e mais, em 5, o benznidazol foi suspenso em virtude de efeitos colaterais, não havendo referência sobre quais e nem com quantos dias de tratamento.

Assim, cremos, não se pode falar em "discordância de resultados terapêuticos".

Para melhor compreensão do exposto, elaboramos o quadro abaixo, com trabalhos citados pelos Autores, que demonstra, nitidamente, melhor evolução dos pacientes tratados com benznidazol, quando comparados com os que receberam placebo ou serviram como controle.

4) Quanto aos efeitos colaterais do benznidazol (mais freqüentemente, dermopatia por hipersensibilidade e neuropatia periférica) deve-se considerar o seguinte: a dermopatia aparece em cerca de 1/3 dos pacientes, geralmente em torno do 9º dia, comumente é do tipo eritema polimorfo, localizada ou generalizada, de intensidade leve, moderada ou grande e, em muitos casos, não motiva a suspensão do tratamento, por ser localizada e/ou leve; a neuropatia periférica ocorre em cerca de 10% dos pacientes, ao final dos 60 dias de tratamento e se traduz por dor urente nas regiões plantares e, às vezes, também palmares. Ambas manifestações são reversíveis. Acresce dizer que crianças tratadas até com 10mg/kg/dia durante 60 dias não têm apresentado neuropatia e que, nelas, a ocorrência de dermopatia alérgica tem se mostrado irrelevante, por ser rara e de pequena intensidade, não impedindo a continuação do tratamento.

5) A lamentar, há o fato de que órgão da imprensa leiga, de circulação nacional, após entrevistar a autora, e citando que o trabalho sairia publicado nesta Revista, noticiou a não validade do tratamento, o que motivou questionamento por parte de alguns pacientes tratados por pesquisadores que se dedicam intensamente ao assunto há décadas.

Ao ensejo desta, permita-nos, Senhor Editor, transcrever tópicos a propósito do assunto, parte de comunicado lido por um de nós (A.R.) em sessão do XIII Congresso Mundial de Cardiologia, realizado no Rio de Janeiro, entre 26 e 30 de abril de 1998:

Benznidazol no tratamento da fase crônica da doença de Chagas: resultados
Aparecimento ou piora de cardiopatia

Autores	Material	Droga	Controle ou placebo	Seguimento (anos)
Macedo e col (1987)	Adultos (n = 171)*	6,7%	8,8%	7
Ianni e col (1993)	Adultos (n = 33)	13,3%**	0,0%	8
Miranda e col (1994)	Adulto e criança (n = 120)	10,5%	63,6%	10 a 16
Viotti e col (1994)	Adultos (n = 201)	4,2%	30,0%	8
Fragata Fº e col (1995)	Adultos (n = 120)	7,0%	14,3%	7-8
Andrade e col (1996)	Crianças (n = 129)	1,7%	6,9%	3

* Inclui casos tratados com nifurtimox; ** ver ressalva no texto.

"Resultados de estudos sobre tratamento específico da doença de Chagas na fase crônica, ultimamente publicados, motivou uma reunião de *experts* de países latino-americanos, sob patrocínio da Organização Panamericana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, realizada no Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, entre os dias 23 e 25 de abril de 1998".

"Medicamentos disponíveis atualmente: nifurtimox e benznidazol".

"Recomenda-se o tratamento da forma recente da fase crônica (na prática, crianças), pois, há demonstração cabal da cura da infecção neste período. Praticamente não ocorrem efeitos colaterais, principalmente quando se usa o benznidazol".

"Recomenda-se o tratamento da forma tardia da fase crônica (na prática, adultos), com base na demonstração da relação entre o parasito e a inflamação ao nível miocárdico, na regressão da fibrose miocárdica experimentalmente observada com o tratamento específico e na demonstração de que o tratamento específico pode reduzir o aparecimento e/ou a evolução de lesões cardíacas no homem. O tratamento deverá ser **individualizado**, e o médico assistente deverá estar advertido e advertir o paciente sobre os efeitos colaterais. Recomenda-se avaliação clínica, eletrocardiográfica e sorológica pelo menos uma vez por ano, considerando que a sorologia pode diminuir significativamente seus títulos e mesmo negativar-se, após 10 ou mais anos".

A qualificação dos Autores e a excelência da Instituição a que pertencem, foram os motivadores destes comentários. Também a eles e aos leitores deste conceituado órgão, submetemos nossa apreciação sobre o trabalho publicado.

Anis Rassi e Anis Rassi Júnior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Hospital São Salvador- Goiânia, GO

Referências

1. Andrade ALSS, Zicker F, Oliveira RM et al – Randomised trial of efficacy of benznidazole in treatment of early *Trypanosoma cruzi* infection. Lancet 1996; 348: 1407-13.
2. Fragata Filho AA, Boainain E, Silva MAD et al – Validade do tratamento etiológico da fase crônica da doença de Chagas com benznidazol. Arq Bras Cardiol 1995; 65(supl I): 71.
3. Ianni BM, Arteaga E, Mady C et al – Uso do benzonidazol em chagásicos na forma indeterminada: resultados a longo prazo. Arq Bras Cardiol 1993; 61(supl II): 130.
4. Macedo V, Silveira CA – Perspectivas da terapêutica específica na doença de Chagas. "Experiências na forma indeterminada". Rev Soc Bras Med Trop 1987; 20(supl II): M-24.
5. Miranda L, Miranda L, Campos G et al – História natural da forma crônica da doença de Chagas x tratamento específico. Rev Centro-Oeste Cardiol 1994; 1: 25-9.
6. Viotti R, Vigliano C, Armenti H et al – Treatment of chronic Chagas'disease with benznidazole: clinical and serologic evolution of patients with long-term follow-up. Am Heart J 1994; 127: 151-62.

Senhor Editor,

Em resposta às recentes observações realizadas a respeito do artigo "Terapêutica da forma crônica da doença de Chagas. É eficaz o tratamento etiológico? (Arq Bras Cardiol 1998; 70: 59-60) na seção "Pontos de Vista", gostaríamos de utilizar este fórum para realizar um debate aberto, objetivo e conseqüentemente saudável sobre nossas opiniões. Aberto, porque recebemos observações em cartas pessoais, portanto não divulgadas, que gerariam melhores frutos se fossem públicas. Excesso de sigilo e precaução em temas desse tipo certamente não são do interesse público, que é o nosso alvo primordial. Perde-se a objetividade e, conseqüentemente, perde a saúde pública. É importante divulgar correta e objetivamente nossas dúvidas e verdades de momento, de tal forma que haja participação dos variados segmentos de nossa sociedade.

Gostaríamos de iniciar estes comentários dando pleno apoio ao ponto de vista transmitido pelos eminentes Professores da Universidade de São Paulo, Vicente Amato Neto e Jacyr Pasternak na imprensa assim chamada "leiga" (Veja, 27 de maio de 1998, pág. 47). De acordo com esses pesquisadores, que ajudaram a fazer a história da Medicina neste país, "Para a doença de Chagas, existem somente dois remédios. E, cá para nós, ambos não são nenhuma maravilha. É verdade que controlamos o vetor que transmite a doença, mas ainda não foram inventados remédios para eliminar os parasitas dos doentes cronicamente infectados, que vão desenvolvê-la". Não é necessário salientar que os eminentes colegas mencionados conhecem profundamente toda a literatura a respeito do tema em questão, e sabem que ela não resiste às criticas sobre casuísticas e metodologias de estudo empregadas nas variadas pesquisas clínicas. Devemos, portanto, deixar de lado o pensamento desejoso (*wishful thinking* da língua inglesa) e, com humildade, reconhecer realidades sobre a terapêutica específica dessa doença. Com este estado de espírito, poderemos evoluir e oferecer mais e melhor.

Tomamos a liberdade de divulgar trecho da carta por nós recebida, cujos autores, colegas de pleno respeito e indiscutível conhecimento, discordam de nós: "Preocupa-me, Senhor Diretor, que as afirmações de profissionais desse renomado Instituto do Coração, baseadas em experiência com um pequeno número de casos e controles, inclusive fora das normas internacionais de avaliação de cura, venham a confundir a população e até colegas menos avisados, com sérios prejuízos não somente para pacientes possíveis beneficiários do tratamento, como também para a reputação de alguns colegas com grande experiência no assunto. Sugiro que os Drs Barbara Ianni e Charles Mady, sejam melhor informados, antes da liberação de informações prematuras dessa natureza". O item fundamental da discussão, que deve ser equilibrada, objetivando melhores resultados, não é sobre informação, como sugerem os respeitados missivistas, mas muito mais do que isso, de interpretação e crítica sobre dados presentes na literatura. Ou será que os autores das frases acima colocadas julgam que atingimos nosso nível acadêmico na mais produtiva Universidade do país sem informação? Somos convidados com freqüência para expor respeitosamente nossos resultados e pontos de vista nas variadas sociedades brasileiras e internacionais muito mais para informar, do que para sermos informados. E quando somos informados e discordamos da informação, procuramos humilde e respeitosamente (desculpem-nos a redundância desses termos, que para nós são fundamentais) discutir e construir novos caminhos, que possibilitem a evolução do conhecimento.

Em outra observação, esta aberta e publicada neste volume dos Arquivos, os colegas e amigos Anis Rassi e Anis Rassi Jr colocam, de forma elegante e construtiva, seus pontos de vista. O artigo que escrevemos já atingiu nosso objetivo maior, que era o de suscitar discussão a respeito de um tema tão importante em nosso país. A contribuição dos Drs Anis Rassi e Anis Rassi Jr é extremamente importante, inclusive no sentido de tornar públicas decisões tomadas na reunião realizada pela Organização Panamericana de Saúde em abril de 1998, decisões essas das quais infelizmente não fizemos parte. É primordial ressaltar que há uma palavra importantíssima no texto, grifada, que é o "individualizado", não se deixando de chamar a atenção para os efeitos colaterais. Concordamos com os Drs Rassi e Rassi Jr na estrita observância do conceito de forma indeterminada, com a realização dos exames radiológicos contrastados de esôfago e intestino grosso, aos quais submetemos os nossos pacientes antes de classificá-los nessa forma, motivo pelo qual os vários trabalhos por nós publicados são coerentes. Acreditamos também que a não observância desse detalhe, além da permissividade na interpretação dos traçados eletrocardiográficos, sejam os motivos de algumas casuísticas apresentarem resultados discordantes.

Quanto à referência de nº 19, de nossa autoria, apenas descrevemos as alterações eletrocardiográficas encontradas mas, em momento algum há declaração ou sugestão de que a arritmia supraventricular observada ou o BCRD, ambos no grupo tratado, sejam evidência de piora da evolução. Além disso, esses pacientes não tiveram alteração da fração de ejeção de VE ao ecocardiograma, evolutivamente, e continuam em seguimento, assintomáticos. Nossa experiência em relação à forma indeterminada mostrou, após a conclusão do trabalho da referência de nº 27, que há boa evolução ecocardiográfica no decorrer do tempo, apesar do aparecimento de alterações eletrocardiográficas em 9% dos pacientes estudados. Portanto, realmente temos dúvida quanto à indicação de tratamento, especialmente nesse grupo.

Quanto ao fato de nossos pontos de vista terem surgido na imprensa leiga, já tivemos a oportunidade de citar, em resposta anterior, que nossos pacientes foram esclarecidos quanto às nossas dúvidas, estando conscientes de nossas idéias, inclusive que essas idéias são discordantes de alguns grupos. Como os Drs Rassi e Rassi Jr mesmo ressaltam, vários pesquisadores, principalmente no Brasil, trabalham há décadas no assunto, e cremos tê-los listado satisfatori-

amente no texto. Estranha-nos o fato de experiências negativas, como a nossa própria e de outros colegas de notória expressão científica, nunca terem sido colocadas a contento.

O questionamento que a sociedade nos faz é saudável para aguçar crítica e autocrítica, e é um direito do cidadão ser esclarecido a respeito das dúvidas sobre tratamentos propostos. Ou será que não há dúvidas? Por que as doenças coronarianas, os tratamentos da AIDS e até da impotência sexual podem vir a público e serem discutidos e o tratamento específico da doença de Chagas não? Foram colocadas nossas opiniões na imprensa leiga, estando estas abertas a outras opiniões. Porém, como dizem os competentes colegas Vicente Amato Neto e Jacyr Pasternak há realmente "doença de rico e doença de pobre". As de ricos podem ser comentadas, as de pobres não. Repetindo observação dos colegas acima, "as moléstias que mais matam no mundo são as que têm menos pesquisa" e, infelizmente, menos divulgação. Ou será que nós, enclausurados em templos universitários, tal e qual sacerdotes donos da verdade, maniqueístas dentro de nossa pretensa cultura, não deveríamos utilizar o pequeno poder de que dispomos para quebrar o conceito acima exposto, do qual temos uma boa parcela de culpa?

Terminamos certos que nós, brasileiros, temos que iniciar um estudo multicêntrico em nosso país, com amostragens representativas de todas as regiões, para finalmente podermos chegar a uma conclusão que, a nosso ver, só uma casuística grande o suficiente, analisada com metodologia acurada, poderá proporcionar.

Barbara Maria Ianni e Charles Mady
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas - FMUSP