

Clinica Cirúrgica

COMPLICAÇÕES NA GASTRECTOMIA POR CÂNCER E OBESIDADE

Este estudo tem como propósito esclarecer o efeito da obesidade nas complicações pós-operatórias e na sobrevida da cirurgia do câncer gástrico. Foram estudados 293 pacientes submetidos a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 por câncer gástrico no período entre 1990 e 1997.

Formaram-se três grupos de acordo com o índice de massa corpórea (IMC). Analisaram-se o tempo operatório, perda sangüínea, complicações pós-operatórias e sobrevida entre os grupos. O grupo A representou 61 pacientes com IMC < 20, o grupo B 178 pacientes com IMC entre 20 e 25 e o grupo C 54 pacientes com IMC > 25. O tempo operatório se mostrou maior quanto maior fosse o IMC (grupo C > grupo B > grupo A) com $p < 0,05$. A perda sangüínea também foi significativa ($p < 0,05$), isto é, era maior quanto maior fosse o IMC. As complicações pós-operatórias (fístula, abscesso e sangramento) foram de 3,3% no grupo A, 5,6% no grupo B e 22,2% no grupo C. Não houve diferença significativa na taxa de sobrevida em cinco anos entre os três grupos. O trabalho conclui que quanto maior o IMC nos pacientes com câncer de estômago submetidos a gastrectomia com linfadenectomia D2 maiores são as complicações pós-operatórias.

Comentário

Sabemos que no indivíduo obeso as dificuldades para a realização da gastrectomia aumentam, principalmente quando se realiza a linfadenectomia. O grande volume de gordura intracavitária prejudica a identificação das cadeias linfonodais e sua adequada retirada. Provavelmente, este seja um dos importantes fatores pelos quais os cirurgiões do ocidente tem resultados piores que seus colegas japoneses quando realizam gastrectomias com linfadenectomias. Além disso, um cirurgião deve realizar pelo menos 30 gastrectomias com linfadenectomia por ano para se manter treinado no procedimento, segundo o professor Maruyama do Centro Nacional do Câncer

de Tokio. São poucos os cirurgiões que têm essa oportunidade, uma vez que o grande número de pacientes com câncer de estômago se concentra em hospitais públicos, sendo que estes estabelecimentos geralmente tem residentes em treinamento, o que leva a uma diluição do número de cirurgias por médico dificultando assim um bom treinamento para a linfadenectomia.

ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB
OSVALDO PRADO CASTRO

Referência

Inagawa S, Adachi S, Oda T, Kawamoto T, Koike N, Fukao K. Effect of fat volume on postoperative complications and survival rate after D2 dissection for gastric cancer. *Gastric Cancer* 2000; 3:141-4.

Clinica Médica

AUMENTO DA CAPACIDADE FÍSICA DE PICO ESTÁ ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DE MORTALIDADE?

Myers et al. acabaram de publicar um trabalho no *The New England Journal of Medicine* sobre o valor preditivo da capacidade física para alguns aspectos clínicos de grande interesse. Neste estudo, após avaliação de 6213 homens, ficou evidenciado que a capacidade física avaliada pelo teste ergométrico é um importante preditor de risco de morte, tanto em indivíduos normais, quanto em pacientes com condições cardiovasculares que exigem a realização de um teste de esforço. Ficou ainda demonstrado que, após um ajuste da idade, a capacidade física de pico é o melhor preditor da ocorrência de morte, seguido do número de maços de cigarro por ano, em indivíduos saudáveis. Resultados semelhantes foram verificados em pacientes, isto é, a capacidade física de pico também é o melhor preditor de ocorrência de morte, entretanto, seguido pela história de insuficiência cardíaca congestiva, história de infarto do miocárdio, número de maços de cigarro por ano, hipertrofia ventricular no eletrocardiograma de repouso, disfunção pulmonar e depressão do

segmento ST. De acordo com o modelo utilizado, o aumento de uma unidade no equivalente metabólico (MET) eleva em 12% a chance de sobrevivência para ambos, indivíduos saudáveis e pacientes com doença cardiovascular. Ao contrário, o risco relativo de morte para os indivíduos saudáveis pertencentes ao mais baixo quintil de capacidade de exercício de pico é 4,5 vezes maior que nos indivíduos saudáveis pertencentes ao mais alto quintil de capacidade de exercício de pico. No grupo de pacientes com história de doença cardiovascular, aqueles pertencentes ao mais baixo quintil de capacidade de exercício de pico têm um risco relativo de morte 4,1 vezes maior que os pertencentes ao mais alto quintil de capacidade de exercício.

Comentário

Este é um estudo de grande importância para a medicina e para a área de saúde. Primeiro, ele apresenta evidências contundentes sobre a relevância da capacidade física no prognóstico de vida de indivíduos portadores ou não de doença cardiovascular. Segundo, a capacidade física mostrou-se mais importante que alguns fatores de risco que reconhecidamente predispoem à doença cardiovascular. Terceiro, a relação entre a capacidade física e a chance de sobrevivência se mantém mesmo na presença de outros fatores de risco de doença cardiovascular, tais como, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, fumo, obesidade e nível total de colesterol.

Como todo estudo, ele apresenta alguns aspectos que merecem ressaltar. Por exemplo, foram estudados apenas homens, o que pode limitar os resultados alcançados ao sexo masculino. O estudo inclui apenas americanos; sabe-se que a população americana apresenta algumas peculiaridades que a diferenciam de outras populações. Isto pode restringir os resultados do presente estudo à população americana. A capacidade física foi estimada pela velocidade e inclinação da esteira, método que, apesar de muito utilizado para este fim, não apresentam a mesma especificidade e reprodutibilidade da ergo-espirometria, que possibilita avaliar diretamente o consumo de oxigênio de pico, considerado o parâmetro mais aceito para medida de capacidade física de pico, tanto em indivíduos saudáveis, como em pacientes com doença cardiovascular.

Este estudo serve de alerta para os profissionais da área de saúde sobre a importância da manutenção de uma boa capacidade física, o que, além de diminuir os fatores de risco de doença cardiovascular, pode elevar, sobremaneira, o prognóstico de vida de indivíduos saudáveis e de pacientes com doença cardiovascular.

CARLOS EDUARDO NEGRÃO

Referência

Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 2002; 346:793-801.

Economia da Saúde

GLOBALIZAÇÃO E SAÚDE

A globalização do capitalismo monopólico acentuou a iniquidade em todo mundo, imprimindo uma auréola funesta na saúde em todos os tipos de sociedade. Nem o chamado primeiro mundo e as sociedades socialistas que sobrevivem se salvam desse pesadelo, o panorama se apresenta em piores situações nas regiões atualmente mais vulneráveis como chamado terceiro mundo e os países ex-socialistas. Isto porque a heterogeneidade entre a riqueza e a pobreza foi sendo mesclada, produzindo-se grandes conglomerados de pobreza no primeiro mundo, da mesma forma que existem setores do "primeiro mundo" nas sociedades mais pobres.

Comentário

Muito pertinente o enfoque dado pelo autor com relação às questões referentes a globalização da saúde que vem ocorrendo em países da América Latina, principalmente no Brasil.

Sob a influência dos processos mundiais de globalização e internacionalização dos mercados, a expansão e a consolidação do modelo econômico neoliberal no Brasil expressa-se também na área da saúde. Os indicadores de morbimortalidade traduzem os processos de exclusão social que destituem a cidadania de 30 milhões de brasileiros, situados abaixo da linha da pobreza, em uma evidente demonstração de iniquidade.

Garantir a cidadania, na era da globalização, é se propor a participar, a consolidar os espaços reais de poder popular. É globalizar

a informação, visto que um dos principais problemas relacionados com a vida e a saúde das pessoas é a desinformação, e as dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde. Sem participação não há luta pelos direitos do cidadão; só há globalização da exclusão e da escravidão.

Nesta disputa de poderes e saberes, em que se promove o crescimento econômico descomprometido com o desenvolvimento e a justiça social, nada mais coerente e digno, enquanto cidadãos e profissionais, do que discutir as reais causas da "eutanásia econômica", da condição de miserabilidade dos pobres, e das tensões sociais. Isto sim seria "globalizarmo-nos à luz da vida".

Alternativas para a construção e a proposição de estratégias que permitam a superação dessa realidade podem ser buscadas no arsenal teórico da Saúde Coletiva. Uma vez compreendido o conceito de saúde - doença que a embasa, sua ancoragem metodológica, os projetos de intervenção que dela resultam, bem como a amplitude e a dinâmica das mudanças que propõe, pode-se distingui-la da Saúde Pública. Para isso, impõe-se o resgate da historicidade de sua construção na década de 70 como um movimento eminentemente político que se insurgiu contra a situação social e política vigente na maioria dos países latino-americanos. Refazer esse movimento histórico permite aos profissionais da Saúde melhor compreender a atual conjuntura para, assim, assumir seu papel social no processo de produção em saúde.

VITÓRIA KEDY CORNETTA

Referência

Breilh J. The world health report: making difference. Genebra: OMS; 1999.

Emergência e Medicina Intensiva

CORTICOTERAPIA NO CHOQUE SÉPTICO

O debate à respeito da utilização do corticóide em pacientes com sepse tem sido contínuo durante os últimos 30 anos. Recentemente, um estudo prospectivo randomizado, duplo cego, placebo controlado¹ utilizando 50mg de hidrocortisona por via intra-

venosa a cada cinco horas mais 50mcg de fludrocortisona por via oral uma vez por dia durante sete dias demonstrou na evolução uma sobrevida maior no grupo tratado (n=150) comparativamente ao grupo placebo (n=149). Risco relativo, 0.712; 95% de intervalo de confiança, 0.525-0.965. Portanto, houve uma redução do risco relativo de quase 30% nos pacientes com choque séptico.

Comentário

Durante os último cinco anos, algumas pesquisas placebo controladas com reposição de corticóide foram realizadas em pacientes dependentes de vasopressores com choque séptico^{2,3}. Estas pesquisas demonstraram de modo consistente os efeitos benéficos do corticóide em relação à duração do choque, quantidade de vasopressores, na duração e intensidade da disfunção orgânica e na intensidade da resposta inflamatória sistêmica. Uma revisão em relação ao estado atual de conhecimento à respeito do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em pacientes criticamente enfermos demonstra uma variabilidade enorme em relação à função deste eixo. A presença de insuficiência adrenal clássica é rara (> do que 3%), sendo que 50% dos pacientes em choque poderão ter os níveis de cortisol menores do que 20mcg/dl com uma variação de 7 a 400mcg/dl⁴.

Entretanto, para uma afirmação mais definitiva, devido aos riscos potenciais desta terapêutica, devemos aguardar os resultados de novos estudos, particularmente do estudo Corticus (pesquisa européia placebo controlada, multinacional), cujos resultados deverão estar disponíveis em aproximadamente três anos. Em relação à utilização de corticóide no paciente pediátrico, não temos até o momento dados de evidência para a sua utilização.

**WERTHER BRUNOW DE CARVALHO
AUGUSTO SCALABRINI**

Referências

1. Annane D. Effects of the combination of hydrocortisone (HC)-fludro-cortisone (FC) on mortality in septic shock [abstract]. *Crit Care* 2000; 28:A63.
2. Bollaert PE, Charpentier C, Levy B, Debouverie M, Audibert G, Larcan A. Reversal of late septic shock with suprphysiologic doses of hydrocortisone. *Crit Care Med* 1998; 26:645-50.

3. Briegel J, Forst H, Haller M, Schelling G, Kilger E, Kuprat G, et al. Stress doses of hydrocortisone reverse hyperdynamic septic shock: a prospective, randomized, double-blind, single-center study. *Crit Care Med* 1999; 27:723-32.

4. Schein RM, Sprung CL, Marcial E, Napolitano L, Chernow B. Plasma cortisol levels in patients with septic shock. *Crit Care Med* 1990; 18:259-63.

Ginecologia

REPOSIÇÃO HORMONAL

Artigo publicado em julho de 2002 no JAMA mostrou que a terapêutica de reposição hormonal com a associação estrogênio conjugado equino (ECE / 0,625mg) e acetato de medroxi-progesterona (AMP/2,5mg), utilizada de forma ininterrupta em mulheres após a menopausa (média etária 63,2 anos), promoveu em cada 10 mil usuárias do referido regime, em comparação a não usuárias, seis casos adicionais de câncer de mama, sete de ataques cardíacos, oito de derrames cerebrais e oito de fenômenos tromboembólicos pulmonares. Por outro lado, constatou-se redução de seis casos de câncer de cólon e de cinco de fraturas de bacia.

Comentário

Esses resultados são provenientes de um grande estudo randomizado denominado Women's Health Initiative (WHI), patrocinado pelo Instituto de Saúde do EUA, que avaliou 16 mil mulheres, divididas em dois grupos: um usuário do referido regime hormonal e outro de placebo.

O estudo foi desenhado para durar 8,5 anos, mas foi interrompido aos 5,2 anos, face ao maior número de casos de câncer de mama observados. O estudo objetivava, também, analisar a prevenção primária contra a doença cardiovascular, porém os resultados mostraram aumento no risco.

É importante considerar que o WHI apresenta outros "braços": um em que se está avaliando usuárias de ECE isolado sem útero, outro que analisa o impacto da dieta e, finalmente, um que investiga o uso da vitamina D e cálcio; todos continuam em andamento.

Para os autores, o estudo apresenta limitações; assim, relatam que os resultados somente podem ser aplicados à associação ECE

com AMP, usados na forma contínua e nas doses já referidas.

Cabe, então, aos médicos informar que outros regimes com estrogênio natural, por outras vias, com baixas doses e associados a outros progestógenos, não representam até o momento contra-indicação para tratar sintomas da menopausa, bem como para prevenir osteoporose; entretanto, mesmo assim é imperioso a monitorização mamária anualmente.

O médico deve orientar que outros esquemas rotulados de "naturais" e de eficácia ainda não comprovada devem aguardar resultados de pesquisas randomizadas, controladas por placebo e de longa duração.

Importante, também, é esperar o término do estudo WHI em relação ao "braço" dos estrogênios isolados para aquilatar o real impacto dessa terapêutica.

É importante ainda considerar que o WHI serviu de advertência e também de estímulo para o desenvolvimento de outros fármacos que possam atuar beneficemente sobre a saúde da mulher.

Assim, só a sabedoria adicional, proveniente de pesquisas em andamento, permitirá maior aperfeiçoamento da nossa capacidade em prevenir e tratar doenças nas mulheres após a menopausa; nunca, no entanto, deve ser esquecido o papel fundamental exercido pela atividade física, dieta equilibrada e abolição do tabagismo.

JOSÉ MENDES ALDRIGHI
FRANCESCO VISCOMI
CARLOS ALBERTO PETTA

Referência

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288:321-33.

Medicina Baseada em Evidências

TRATAMENTO INICIAL OTIMIZADO DA SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO

O tratamento inicial adequado dos estados de choque é de importância capital para minimizar a incidência de disfunção de múltiplos órgãos e morte.¹ As variáveis fisiológicas freqüentemente utilizadas na fase inicial da

ressuscitação incluem a pressão arterial, frequência cardíaca e débito urinário. Rivers et al.² realizaram um estudo randomizado em pacientes com sepse severa e choque séptico, avaliando a ressuscitação inicial, nas seis primeiras horas de admissão na emergência. O tratamento convencional, baseado em pressão venosa central entre 8-12 mmHg, pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e débito urinário maior do que 0,5 mL / kg / h, foi comparado ao denominado "early goal directed therapy". Este tratamento precoce acrescentava ao tratamento convencional a medida da saturação venosa central de oxigênio, que deveria ser mantida igual ou superior a 70%. A mortalidade hospitalar com o tratamento convencional foi de 30,5% no grupo com o tratamento direcionado à saturação venosa central versus 46,5% no grupo tratado convencionalmente (p=0,009). A mortalidade de 60 dias também foi menor (44,3%, p<0,03), enquanto que com o tratamento padrão a mortalidade foi de 56,9%. A redução da mortalidade foi obtida pela correção mais rápida do desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio, minimizando a hipóxia tecidual, o metabolismo anaeróbico e a hiperlactatemia, conforme demonstrado no estudo. Estes efeitos benéficos foram principalmente obtidos as custas de uma oferta maior de líquidos na fase inicial, necessária para estabilizar a saturação venosa central.

Comentário

A saturação venosa mista de oxigênio, detectada no sangue da artéria pulmonar é o método mais sensível para detecção do desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio globais. Para sua detecção, é necessária a passagem de cateter de Swan-Ganz, o que geralmente ocorre em ambiente de terapia intensiva, dias após a entrada na sala de emergência. A saturação venosa central, obtida com um cateter colocado na veia cava superior, superestima a saturação venosa mista, pois não representa o retorno venoso dos territórios coronariano, abdominal e das extremidades inferiores. Por este motivo, quando a saturação venosa central está baixa, significa que é muito provável a presença de hipóxia tecidual generalizada. A simplicidade do método, a possibilidade de empregá-lo logo no início do tratamento e os resultados obtidos neste estu-

do sugerem que esta estratégia deva ser expandida e reavaliada através de estudos multicêntricos em pacientes sépticos ou em outras condições associadas a desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio. Em estudo publicado em 1995, Gattinoni et al.³ não conseguiram demonstrar que terapêuticas dirigidas para a ressuscitação pudessem alterar a mortalidade ou a incidência de disfunções orgânicas. Entretanto, os pacientes poderiam ser incluídos no estudo em até 48 horas da admissão. Consideramos que o maior mérito do estudo de Rivers et al. é disseminar o conceito de que o tratamento do choque deve ser otimizado desde a sala de emergência.

FÁBIO SANTANA MACHADO
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

Referências

1. Rivers EP, Ander DS, Powell D. Central venous oxygen saturation monitoring in the critically ill patient. *Curr Opin Crit Care* 2001; 7:204-11.
2. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001; 345:1368-77.
3. Gattinoni L, Brazzi L, Pelosi P, Latini R, Tognoni G, Pesenti A, et al. A trial of goal-oriented hemodynamic therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 1995; 333:1025-32.
4. Freeman BD, Isabella K, Cobb, JP, Boyle III WA, Schmiege RE Jr, Kollef MH, et al. A prospective randomized study comparing percutaneous with surgical tracheostomy in critically ill patients. *Crit Care Med* 2001; 29:926-30.

Obstetrícia

APLICABILIDADE DA ULTRA-SONOGRAFIA TRIDIMENSIONAL EM OBSTETRÍCIA

Atualmente, graças aos avanços tecnológicos e com o advento e aprimoramento da técnica tridimensional, temos disponível a ultra-sonografia tridimensional (US 3D) como novo método diagnóstico. Vários estudos estão sendo realizados para se avaliar a aplicabilidade clínica da US 3D. Baba et al. (1999), relatam que, embora a maioria das anormalidades morfológicas do feto possam ser diag-

nosticadas pela ultra-sonografia convencional bidimensional (US 2D), algumas anormalidades morfológicas de membros, estruturas ósseas, face e orelhas podem não ser identificadas, necessitando da US 3D. Downey et al. (2000), em estudo recente sobre utilidade clínica da US 3D, refere que ela oferece uma nova perspectiva de imagem na avaliação da anatomia fetal e torna mais fácil o reconhecimento das anormalidades morfológicas. A reconstrução de imagens do feto facilita a compreensão dos pais sobre a anatomia fetal e suas eventuais alterações. Com a melhor visualização, o casal pode vivenciar a sensação real da presença do feto e, com isso, diminuir a ansiedade, além de despertar precocemente a consciência da parentalidade. O estabelecimento de uma relação afetiva materno com o feto e, posteriormente com o filho, é enriquecida.

Comentário

A capacidade de reconstrução da imagem pelos modos superfície e transparência, análise multiplanar e rotação da imagem, possibilitam a avaliação da anatomia e morfologia fetal que têm sido as principais indicações da US 3D em Obstetrícia. Como qualquer outro método propedêutico emergente, a US 3D possui uma série de recursos e vantagens. No entanto, investigações clínicas, melhoria nos recursos tecnológicos e na qualidade da imagem tridimensional são necessárias para ampliação do seu uso rotineiro como método diagnóstico. É recomendado que seja realizada por profissionais especializados e que já tenham experiência na US 2D. Acredita-se que com o passar dos anos, a US 3D não irá substituir a US 2D, mas será de grande importância como método adicional no diagnóstico e na avaliação de determinadas anormalidades e de estruturas complexas fetais.

ELIANE AZEKA HASE

Referências

1. Baba K, Okai T, Kozuma S, Taketani Y. Fetal abnormalities: evaluation with real-time-processible three-dimensional us-preliminary report. *Radiology* 1999; 211:441-6.
2. Downey DB, Fenster A, Williams JC: Clinical utility of three-dimensional US. *RadioGraphics* 2000; 20:559-71.
3. Merz E. 3-D ultrasound in obstetrics and gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.

Pediatria

DELEÇÕES DO GENE SHOX NA BAIXA ESTATURA

A baixa estatura (BE) é definida como altura abaixo do percentil 3 ou $-2SD$ e sua etiologia é muitas vezes desconhecida entrando no grupo da chamada BE idiopática. Nestas situações, existe uma tendência familiar para BE e os fatores genéticos são sempre lembrados para explicar este comprometimento da altura final. Há cerca de quatro anos concluiu-se que o gene SHOX é o grande responsável pela BE presente nas síndromes de Turner (ST) e Léri Weill esta última uma discondrostose (LWD). A LWD é uma síndrome de BE mesomélica com uma anormalidade esquelética característica do antebraço (em baioneta), chamada de deformidade de Madelung. Já a ST é geralmente devido à perda do cromossomo X (45,X), enquanto que a LWD, em mais de 60% dos casos, é devido a mutação puntual do gene SHOX. O gene SHOX está localizado na região pseudoautosômica dos cromossomos (ativos e inativos) X e Y. Os autores estudaram 900 crianças portadoras de BE idiopática, ou seja, com dados clínicos e laboratoriais (cariótipo, dados hormonais, esquelético) normais. O estudo é multicêntrico: Japão (623 crianças), Alemanha (249) e Grécia (28). Neste universo, foram encontradas nove crianças com mutações *nonsense* e *missense*, e três crianças com deleção completa do gene. Concluiu-se que as mutações do gene SHOX foram encontradas em 2,4% das crianças com BE, e prevalência semelhante às das BE por deficiência de GH e ST. O estudo das famílias destas crianças mostrou as mesmas mutações gênicas. Nos últimos 10 anos, tem medicado as crianças portadoras de ST com GH com algum resultado. Uma vez que a BE do Turner está relacionada ao SHOX, é possível que as crianças aqui estudadas também possam ser beneficiadas, melhorando sua altura final com o uso do GH.

Comentário

Crianças situadas abaixo do percentil 3 ou com menos de $-2SD$, na maioria das vezes, não têm suporte suficiente para serem consideradas normais. Contudo, faltam instrumentos necessários para as considerarmos porta-

doras de anomalias que merecem um tratamento visando melhorar sua altura final. É muito provável que crianças com BE, sem diagnóstico até o momento, melhoraram o seu crescimento porque foram tratadas com GH, sejam portadoras de deleções gênicas ainda não conhecidas e algumas até relacionadas com o SHOX agora já identificadas.

NUVARTE SETIAN

Referência

Rappold GA, Fukami M, Niesler B, Schiller S, Zumkeller W, Buttendorf M, et al. Deletions of the homeobox gene SHOX (short stature homeobox) are an important cause of growth failure in children with short stature. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87:1402-6.

Saúde Pública

A EPIDEMIA DE AIDS NA CHINA: UMA SITUAÇÃO POTENCIALMENTE EXPLOSIVA?

Os primeiros casos de Aids na China surgiram no início da década de 90, cerca de dez anos após o início da epidemia nos países do Hemisfério Ocidental. No princípio, os casos ficavam restritos às comunidades de usuários de heroína injetada, mas logo surgiu uma epidemia de infecção pelo HIV entre doadores remunerados de sangue e suas famílias, na província de Henan, onde o sangue de vários doadores era misturado, extraía-se o plasma,

e as hemácias do “pool” eram reinjetadas nos doadores. Inevitavelmente, a epidemia passou a se disseminar sexualmente, acompanhando o aumento de incidência das demais doenças sexualmente transmissíveis. Atualmente, a estimativa oficial do número de infectados, baseada em estudos sentinela e considerada bastante conservadora, é de 850 mil. Para 2010, tanto a ONU como o próprio governo chinês prevêem dez milhões de infectados.

O clima de apreensão aumenta com as mudanças sociais e econômicas que a China vem experimentando nos últimos anos, que favorecem uma maior frequência e precocidade das relações sexuais entre os jovens, os quais praticamente não têm acesso à educação sexual. Houve também uma explosão da indústria do sexo comercial, que hoje inclui mais de três milhões de trabalhadores, entre os quais a frequência de uso de preservativos é muito baixa. Por um lado, o grupo populacional escondido e marginalizado constituído pelos homossexuais masculinos, 80% dos quais casados com mulheres, praticamente não tem acesso à educação sobre práticas de sexo seguro, embora constitua um terço dos pacientes hospitalizados por Aids nos poucos hospitais que atendem pacientes com a doença.

Num país como a China, cuja sociedade civil é pouco organizada, o governo tem sido historicamente responsável por praticamente todas as ações em Saúde Pública; no caso do

combate à Aids sua atuação tem se mostrado muito tímida, para dizer o mínimo.

Entretanto, com os recursos de que dispõe e a capacidade de crescimento econômico e progresso tecnológico que tem demonstrado, a China tem potencial para enfrentar o enorme desafio que tem pela frente no combate à AIDS¹.

Comentário

O estágio atual da epidemia de HIV/AIDS na China, conforme relatado no artigo, lembra o que ocorria na segunda metade dos anos 80 no Brasil, quando a epidemia crescia de forma geométrica, e não havia organização suficiente da sociedade civil e dos governos para enfrentá-la. No entanto, graças à crescente pressão dos grupos de pacientes, religiosos, ONGs, e a medidas em geral adequadas adotadas pelas várias instâncias de governo, principalmente a partir dos anos 90, o Brasil se tornou um modelo de sucesso e seu programa de prevenção e tratamento exemplo para outros países, o que tem sido objeto de reconhecimento internacional². Dadas algumas semelhanças entre os dois países, a China, ao desenvolver seu próprio programa de combate ao HIV/AIDS, poderia se basear, pelo menos em parte, no programa brasileiro.

LUIZ AUGUSTO MARCONDES FONSECA

Referências

1. Kaufman J, Jing J. China and AIDS-the time to act is now. *Science* 2002; 296:2339-40.
2. Rosenberg T. Look at Brazil. *New York Times Magazine*, 28 January; 2001. p.26.