

Fernando Augusto Fiuza de Melo - médico pneumologista, um cidadão brasileiro

Depoimento gravado para o Museu da Pessoa

Texto publicado no Livro: INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E CIDADANIA: ABIFARMA ã 50 ANOS 1997: 104-111

Nasci em 1945, em Belém do Pará. Meu avô, Bernardino Antônio Fiuza de Melo, foi um português que veio para o Brasil no final da década de 1880. Adentrou no rio Amazonas e teve uma fazenda de borracha na Bolívia. Esta região foi mais tarde anexada ao Brasil e se formou o Acre. Morava com a família em Belém, de onde exportava a produção da fazenda, enriquecendo na fase áurea da borracha. Teve dez filhos, dos quais meu pai era o antepenúltimo. Acabou falecendo na fase de decadência da borracha e a fazenda no Acre foi vendida a preço de banana... Já meu pai, também Bernardino, viveu com muitas dificuldades. Formou-se contador foi guarda-livros e depois representante comercial de uma companhia paulista de produtos elétricos e dos discos Continental. Viajava por toda a região, pelo interior do Para, Amazonas, Amapá, Acre, Roraima e Rio Branco, passando um a dois meses fora de casa e praticamente quem mantinha a família era mamãe, Orlandina, uma costureira. Sua família era originária de Oriximiná, cidade ribeirinha do rio Trombetas, afluente do Amazonas. Meu avô materno morreu muito cedo e quem sustentou a família foi minha avó, descendente de índios, também como costureira. Costurava para famílias mais abonadas de Belém e, assim, casou as filhas com filhos de famílias mais ricas. Em casa éramos cinco, eu sou o último. O mais velho se formou engenheiro, o segundo não se formou, o terceiro é advogado, a quarta é modista de alta-costura em Belém e eu me tornei médico.

Formei-me em 1968, na Escola de Medicina da Universidade Federal do Pará, numa turma na qual muitos fizeram política estudantil. Fui liderança universitária, presidente da União Acadêmica Paraense e militei na JUC (Juventude Universitária Católica) e na Ação Popular. Minha formatura foi no dia 11 de dezembro e no dia 13 era editado o AI-5. Já no dia seguinte, fugia de Belém para não ser preso pela repressão política. Fui para o interior da Amazônia, região do Tocantins-Araguaia, onde trabalhei como pequeno agricultor e mascate, vendendo remédios porque não tinha conseguido obter meu diploma de médico. Fiquei ali até 1970, quando fui para o Nordeste. Em Recife, trabalhei em uma agência de publicidade com um salário suficiente para montar minha casa, com Margarida, minha esposa, agrônoma, também de Belém. Mantinha uma vida clandestina com o nome de Augusto Corrêa e meu primeiro filho, Raul, nasceu em Campina Grande, em 1970, quando não fazia mais Medicina. Mudei depois para Juazeiro do Norte no Ceará e acabei sendo preso em Teresina, no dia 22 de abril de 1974, juntamente com minha mulher e meu filho. Fiquei preso em Recife e em Fortaleza, submetido a torturas e finalmente solto em 12 de dezembro. Cheguei a São Paulo em 1975. Em 1976 nasce Renato e em 1978, Roberto, meus outros filhos.

Ainda na prisão, comecei a reler livros de Medicina e após ser libertado, consegui reaver meu diploma e voltei a clinicar. Um colega de turma, aluno do Prof. Osvaldo Ramos, chamou-me então para vir para São Paulo, conseguindo um estágio na Disciplina de Pneumologia da Escola Paulista de Medicina, chefiada pelo Prof. Octavio Ratto. Aí, me especializei em pneumologia, me aprofundando no estudo da tuberculose, principalmente ao passar em concurso público para o Instituto Clemente Ferreira e no Serviço de Doenças Respiratórias do HSPE. Nestas instituições fui influenciado por fisiologistas experientes como

Mozart Tavares de Lima, Bruno Quilici, Manoel Conde, Carlos Comenale e Nelson Morrone. O Brasil sempre contou com grandes estudiosos da tuberculose e tive a felicidade de conviver com muitos deles no início de minha formação.

Naquela altura, os conhecimentos sobre a tuberculose tinham evoluído de tal forma que eram considerados suficientes para controlar a doença. Havia um tratamento que levava a cura. E mais: com o desenvolvimento social do Primeiro Mundo, a doença passou a ser um problema apenas do Terceiro Mundo, sendo considerada em vias de extinção tal como a varíola. No final da década de 70, a idéia que se tinha era essa. Supunha-se que até o ano 2000, a tuberculose seria extinta nos Estados Unidos. A palavra de ordem da União Internacional de Luta Contra a Tuberculose era: "Vencer a tuberculose agora e para sempre". Textos afirmavam que já se sabia tudo sobre a doença, que nem mesmo despertava mais interesse da medicina atuante. Nesta época, poucos queriam ser tisiologistas, os novos médicos queriam ser cardiologistas, oftalmologistas, reumatologistas porque estas especialidades davam mais dinheiro. Seja pela influência dos que me orientavam, seja por querer realizar uma especialidade com marcantes características sociais, me aprofundi no estudo da tuberculose.

Apreendi, durante estes estudos, que a primeira tentativa de tratamento da tuberculose era o repouso, a boa alimentação e o isolamento, chamado de regime higieno-dietético (RHD). Os pacientes eram internados e isolados em sanatórios, longe das cidades, no clima frio das serras, com base na observação de que em temperaturas baixas o agente da doença parava de crescer e a menor oferta de oxigênio dificultava o crescimento do bacilo. Em 1882, no mesmo ano que Koch descobria o bacilo, Forlanini iniciava a prática do pneumotórax terapêutico, introduzindo ar no espaço pleural para as cavidades pulmonares tuberculosas, responsáveis pela disseminação, gravidade e morte da doença. Esta técnica conhecida como colapsoterapia foi melhorada por Jacobeus, que usava um pleuroscópios e termocautério para retirar as aderências pleurais perpetuando o pneumotórax. Mais tarde, ao invés de ar, introduzia-se na cavidade pleural bolas de ping-pong ou de luscite, promovendo um colapso pulmonar permanente. Por fim, retirava-se uma, duas ou mais costelas colapsando ou um ou os pulmões. Atendi muitos pacientes mutilados por estas técnicas. Vendo o RX de tórax, perguntava para eles: "Você fez 'pneu'?", gíria usada pelos que fizeram pneumotórax. Falava-se também que o tuberculoso tinha um cheiro típico. Lembro de um doente que dizia: "Doutor, estou fedendo como um cachorro de rua molhado de chuva". José Rosemberg, outro grande tisiologista, comunista e mestre, que muito me ajudou a entender o fenômeno da tuberculose como uma questão social, dizia ser este o cheiro do tuberculoso pobre, o rico, tinha cheiro de roupa mofada, como dizia um banqueiro na *ÓA montanha mágica* o clássico romance de Thomas Man.

Em 1923, um veterinário que operava pulmões de porcos realizou a primeira pneumonectomia. Estudos mostravam que o pulmão tinha partes independentes e seria possível ressecá-las. Estas técnicas foram logo aplicadas na tuberculose, iniciando a fase do tratamento cirúrgico, das ressecções pulmonares. O regime higieno-dietético privilegiava o fortalecimento do doente para vencer o bacilo, a colapsoterapia dificultava a multiplicação dos bacilos no interior da caverna tuberculosa, já a cirurgia extirpava os germes

do organismo. A liderança no controle da tuberculose na primeira metade deste século era dos cirurgiões. Conta-se que quando um cirurgião famoso chegava a Campos de Jordão, onde se situavam os mais importantes sanatórios brasileiros, era recebido com banda de música. O tratamento cirúrgico foi de fato um passo novo, mas não o definitivo.

Desde muito tempo se experimentou diversos medicamentos para tratar a tuberculose. Por exemplo, sal de ouro usado em outras infecções, arsenicais e cálcio. Os primeiros resultados foram obtidos com as sulfas, a partir dos avanços da química alemã. Estas mostravam alguma atividade contra o bacilo mais exigiam altas doses na tuberculose, sendo eficazes na hanseníase, onde a dapsona ainda é hoje utilizada. Até que, no rastro de Fleming que descobriu a penicilina no início dos anos 30, desenvolveram-se os antibióticos. A descoberta de Fleming revela uma disputa pelo espaço vital no reino microscópico: os fungos produzindo antibióticos (anti-vida) que destruíam as bactérias e estas se alterando para não serem destruídas por eles, a resistência bacteriana. A penicilina, todavia, não se mostrou eficaz contra a tuberculose. A tetraciclina descoberta em seguida, tinha alguma ação fraca exigindo doses altas e tóxicas. Mais tarde, pesquisadores americanos descobriram um fungo que produzia a estreptomicina, com boa ação sobre o bacilo da tuberculose. Iniciava-se com a estreptomicina o tratamento medicamentoso ou quimioterápico, uma revolução de tal porte, que levou para o museu da história todas as tentativas anteriores de controle da doença.

Após o surgimento da estreptomicina percebeu-se que o bacilo apresentava uma alta percentagem de mutantes resistentes aos antibióticos. Com seu uso isolado os doentes que negativavam o escarro logo voltavam a positivar. Este problema foi parcialmente equacionado associando uma nova e poderosa droga antituberculosa, a isoniazida. Em 1949, uma substância já conhecida desde a década de 20, uma azida do ácido isonicotínico, foi experimentada para estimular doentes com psicose maníaco-depressiva, num hospital para alienadas em Baltimore, Estados Unidos. A surpresa foi que doentes mentais também portadoras de tuberculose foram curadas. Mais um acaso na história da tuberculose. A associação da estreptomicina, da isoniazida e de outros medicamentos, evitava a emergência de bacilos mutantes resistentes. Foi algo que até então a Medicina desconhecia, o uso de tratamento articulado de drogas, um fogo cruzado para combater a resistência bacteriana e curar com plenitude a infecção. Surgia um regime padrão para a tuberculose, de associação de drogas, lição recentemente aplicada com o chamado "coquetel" no tratamento da AIDS.

Com a quimioterapia surgia uma nova etapa no combate a tuberculose. Antes morriam 60% dos tuberculosos, 20% ficavam crônicos, outros 20% se curavam. Agora, as mortes ficavam em menos de 10% e as curas chegavam a 70%. Mas houve, no início, um problema: as técnicas agressivas do pneumotórax, da colapsoterapia cirúrgica e das ressecções pulmonares predominantes e de custo elevado, provocaram uma resistência à quimioterapia. Muitos profissionais abominaram a estreptomicina e a isoniazida porque com elas perderam o seu bom negócio. Com a prática sanatorial e hospitalocêntrica na tuberculose, a quimioterapia inicialmente foi aplicada nos seus primórdios com os primeiros três meses internados e o restante fora dele, o que encarecia o custo total do tratamento. Aparecia, entretanto, um

novo aparelho no combate a tuberculose: o dispensário ambulatorial! Agora o tuberculoso não precisava mais ser segregado. A substituição do regime hospitalar por um tratamento totalmente ambulatorial, de baixo custo social, acontece com a descoberta da rifampicina, a droga mais poderosa conhecida na luta contra a tuberculose. Com este antibiótico foi possível diminuir de 12 para seis meses o tempo de tratamento, dispensar a estreptomicina injetável de difícil aceitação pelo paciente e estabelecer regimes apenas com medicação de uso oral. Era uma segunda revolução dentro da revolução que se instalara com a quimioterapia. Eu vivenciei exatamente este momento no Brasil.

A tuberculose, que já havia experimentado um grande descenso de incidência em todo mundo desenvolvido, graças aos avanços sociais, reduzia-se mais ainda com a quimioterapia medicamentosa, que além da cura, redução das mortes, diminuía acentuadamente o período de transmissão. Estes fatos justificavam a concepção de uma doença controlada. Mas a tuberculose é uma doença de reativação. Na maioria dos casos o bacilo infecta o organismo sem provocar sintomas, hibernando nele de forma latente. Ele volta a se desenvolver quando encontra baixa imunidade, em geral causada pela subnutrição. Assim a tuberculose recrudesceu no mundo todo graças a um paradoxo e um casamento bem sucedido. Hoje a doença cresce pelo aumento da miséria das populações periféricas e pela longevidade conquistada pela qualidade de vida dos desenvolvidos. Porque o velho também tem menor resistência. E recrudesce assustadoramente na associação com a pandemia do HIV, e a queda da resistência imunitária por ele provocada. Fico pensando nesta mudança de expectativa, antes estudava uma doença quase arqueológica, hoje sou referência para "novidades" tão antigas quanto a própria humanidade...

O Brasil adotou um modelo de tratamento auto-administrado, em que o doente recebe o remédio e se trata em casa, volta a cada mês para receber os medicamentos até sua conclusão ao longo de seis meses. Este modelo, de responsabilidade estatal, facilita o abandono do tratamento, especialmente se considerarmos que a melhora ocorre já no final do primeiro ou do segundo mês. Interrompendo precocemente o tratamento, o doente não consegue eliminar todos os bacilos e a doença se reativa com seleção germes resistentes às drogas usuais, mais potentes e mais baratas. Resultado: o abandono permite o desenvolvimento de formas multirresistentes da doença, que exigem um tratamento com novas drogas, de experiência limitada, tóxicas, caras e muitas inexistentes no mercado brasileiro. Esta tuberculose multirresistente pode ser transmitida para os contatos mais íntimos, especialmente os de menor resistência, por exemplo, crianças e os portadores de imunidade baixa, entre estes os portadores do HIV. Este é um dos atuais desafios da tuberculose e vem mobilizando cientistas de todo mundo para sua solução.

Recentemente a OMS recomendou um tratamento diretamente observado, o DOT da sigla inglesa, para evitar o abandono e suas consequências. Sua introdução no país esta sendo discutida, mas sua aplicação exige uma reestruturação da rede pública de assistência à saúde reconhecidamente deteriorada. Este sim, para nós, brasileiros, talvez o maior desafio...