



QUEM TEM MEDO DA **VACINA?**

Quais as causas da queda na cobertura do programa de imunizações, que abre espaço para retorno de doenças

MIGRAÇÃO

Reunidos em Marraquexe, no Marrocos, 164 países adotaram em dezembro o Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular e 181, o Pacto Global sobre Refugiados. O secretário-geral das Nações Unidas, António Guterres, afirmou que o mundo deve resistir à “onda de racismo e xenofobia” e não “sucumbir ao medo ou a falsas narrativas”: “As sociedades são mais fortes, mais resilientes e enriquecidas mas não ameaçadas pela diversidade”.

MARK GARTENOWU

RADIS

edição 196 ■ janeiro 2019

capa fotografia de Raquel Portugal/Fiocruz Imagens

EDITORIAL

3 **Micro-organismos e macropolítica**

4 VOZ DO LEITOR

5 SÚMULA

CAPA | IMUNIZAÇÃO

10 **E agora, Zé?**

17 **Vacinas contra boatos**

18 **Histórico de proteção**

19 **Entrevista | Maria de Lourdes de Sousa Maia: Hora de renovar estratégias**

CONTROLE SOCIAL

21 **CNS renova gestão**

EPIDEMIOLOGIA

22 **Sífilis é epidemia**

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

25 **Avanço dos fungos**

34 SERVIÇO

PÓS-TUDO

35 **Bergamotas e o nascer, cuidar e morrer em casa**

MICRO-ORGANISMOS E MACROPOLÍTICA

Nossa matéria de capa analisa a redução da cobertura alcançada para as principais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, que pode representar o retorno de doenças como o sarampo, erradicado das Américas em 2016, e a poliomielite (paralisia infantil), eliminada do país em 1989. Disponível no SUS e nas campanhas nacionais de imunização, a vacina tríplice viral, que previne contra sarampo, caxumba e rubéola, não alcançou a meta de cobertura de 95% das crianças em 2017. A primeira dose chegou a 90% e a segunda a apenas 74,9%, conforme dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

O PNI, criado em 1973 e mantido como política de Estado desde então, é reconhecido mundialmente. A queda da cobertura é grave e pode ser atribuída a múltiplos fatores: desarticulação do programa, desfinanciamento do SUS — agravado pela Emenda Constitucional 95 de congelamento de “gastos”, que atinge a produção de vacinas — ou, ainda, à redução de equipes de saúde da família e da abrangência da ação dos agentes comunitários.

Por trás da recusa individual a vacinar-se ou levar crianças para serem vacinadas, há dificuldade do acesso às unidades de saúde, boatos e fake news e discurso de movimentos antivacina, mas também um certo individualismo em não compreender que a proteção coletiva contra a circulação de vírus depende do alto percentual de vacinação.

A bactéria *Treponema pallidum*, ou espiroqueta, é a causadora da sífilis, uma infecção sexualmente transmissível que acompanha a humanidade há milhares de anos. A doença, abordada nesta edição, já foi maldita e endêmica, mas tornou-se curável no século passado com a penicilina e pode ser prevenida com o uso de camisinha. A prevenção à sífilis congênita deve ser feita no acompanhamento das gestantes e suas parcerias sexuais. No Brasil, no entanto, os casos de infecção aumentam há vários anos e subiram 48% de 2016 para 2017. Uma epidemia que acompanha a desigualdade da sociedade brasileira, atingindo os mais vulneráveis.

A detecção e tratamento em grávidas e a prevenção da sífilis congênita antes ou durante o parto depende de teste na primeira consulta do pré-natal, dentro dos três primeiros meses, o que nem sempre ocorre por dificuldades de acesso aos

serviços ou despreparo de parte dos profissionais de saúde. A atenção básica do SUS precisa expandir e melhorar, mas, neste momento, ocorre o contrário, ela está sendo desmontada. A infecção vem se instalando entre os mais jovens, mas com a tendência de censura aos temas de saúde e sexualidade nas escolas, principal espaço para estratégias educacionais e comunicacionais de prevenção, a situação pode piorar. A indústria farmacêutica, que é negligente em relação à sífilis em função do baixo custo do medicamento, promove o desabastecimento mundial de penicilina e não realiza pesquisas para novas formas de diagnóstico e tratamentos.

Tema de outra reportagem, os fungos são microscópicos organismos que se alojam no corpo humano e podem provocar infecções graves e deixar sequelas permanentes ou levar à morte. Em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde, as mortes relacionadas a infecções fúngicas foram a quinta causa de mortalidade no planeta. Esporotricose, paracoccidiomicose, criptococose, histoplasmose, candidíase

e aspergilose são algumas das mais frequentes que demandam formação adequada e experiência dos profissionais de saúde para a o diagnóstico e o tratamento correto.

Diante de todas as questões citadas, nada mais necessário do que o fortalecimento do sistema público de saúde. Mas estamos indo noutra direção, segundo especialistas em saúde coletiva. Na saúde mental, recursos destinados às Redes de Atenção Psicossocial, para acompanhamento respeitoso e inserção social, estão abastecendo a iniciativa privada numa retrógrada visão de retorno ao confinamento de pacientes, para lucrar com o adoecimento de pessoas mantidas cada vez mais alienadas de sua autonomia e da vida.

“O que está em jogo não é só o retrocesso na Reforma Psiquiátrica, na Reforma Sanitária, no SUS, na Estratégia Saúde da Família, no Mais Médicos”, comenta o sanitarista Paulo Amarante, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, “é um retrocesso geral na política brasileira, na democracia, na cidadania, nas práticas sociais mais avançadas, é o reflexo de uma mudança maior que está mudando todas as políticas de cidadania, de participação social, a questão das universidades e das escolas, é um retorno à política privatizante e de mercantilização da vida”.

“A atenção básica do SUS precisa expandir e melhorar, mas, neste momento, ocorre o contrário, ela está sendo desmontada.”

■ **ROGÉRIO LANNES ROCHA** COORDENADOR E EDITOR-CHEFE DO PROGRAMA RADIS

SUA OPINIÃO

Para assinar, sugerir pautas e enviar a sua opinião, acesse um dos canais abaixo

Tel. (21) 3882-9118 E-mail radis@ensp.fiocruz.br End. Av. Brasil, 40 36, Sala 510 Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361



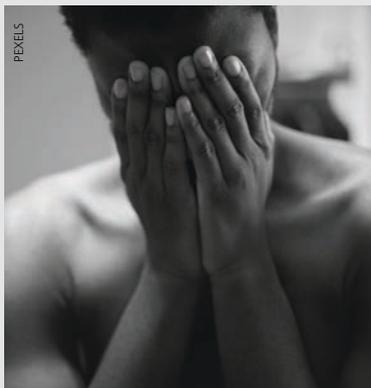
www.ensp.fiocruz.br/radis



[/RadisComunicacaoSaude](https://www.facebook.com/RadisComunicacaoSaude)



[flickr.com/photos/radiscomunicacaoesaude](https://www.flickr.com/photos/radiscomunicacaoesaude)



SUICÍDIO

Parabéns pela profunda sensibilidade da matéria de capa da *Radis* 193. Finalmente trata-se do suicídio como o desfecho de um implacável estágio da dor humana. Quicá possamos vê-lo desmistificado — sobretudo no respeito, no conforto e na empatia com todos os envolvidos. É fundamental reconhecer que muitos sofrimentos são humanamente corrosivos e doem.

Irma Carolina Wojahn, Porto Alegre, RS

Achei fantástica a forma de abordar o suicídio na edição 193. Devemos sempre falar sobre o tema,

durante todo o ano e não apenas no setembro amarelo. Sou enfermeiro na atenção básica e temos que combater esse problema de saúde pública por meio de dispositivos básicos e eficazes, minimizando assim o sofrimento das pessoas. Venho parabenizar todos os responsáveis e colaboradores desta excelente revista.

Luiz Felipe Batista Pires, Conselheiro Lafaiete, MG

Irma e Luiz Felipe, a busca da equipe da *Radis* é tratar todos os assuntos com sensibilidade, especialmente aqueles que dizem respeito ao bem viver das pessoas. Comentários como o de vocês fortalecem esse nosso objetivo.

SALA DE ESPERA

Gostáramos de parabenizar a equipe da *Radis* pelo excelente trabalho que desenvolvem na defesa do SUS, com qualificação dos debates, fortalecimento e empoderamento de trabalhadores da saúde. Sou psicólogo e estou atuando na Universidade Federal do Acre, no Setor Médico Pericial. Estamos implantando o acolhimento para assistência psicológica e pretendemos implantar ações de sala de espera. Nosso objetivo é utilizar a *Radis* como material. Para nós, será uma honra contarmos com as publicações desta estimada revista. Pessoalmente já conheço e acompanho a *Radis* há muitos anos e ficarei muito feliz de ter essa revista acessível para nossos usuários.

Jonsos Nunes Júnior, Rio Branco, AC

Jonsos, agradecemos seu comentário e seu interesse de ampliar o acesso à *Radis*.

TERAPIA OCUPACIONAL

Sou assinante da *Radis* há 8 anos, utilizo as matérias para conhecimento do cotidiano. Sendo que a edição 186, com a reportagem "Autonomia para a vida", me deixou muito feliz. A terapia ocupacional realiza um trabalho fundamental em seus vários contextos, junto ao ser humano. É uma das nossas atuações na Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (Seap/MA) há 10 anos, na reinserção social dos apenados e na saúde dos servidores penitenciários.

José Santos, São Luís, MA

José, nossa série Profissões do SUS preten-

deu justamente valorizar categorias fundamentais no cuidado às pessoas. Agradecemos sua carta.

AGROECOLOGIA

Estou muito feliz de ser assinante e quero agradecer especificamente pelas edições 188, 189 e 190, pois contemplam com riqueza de detalhes a questão agrária no Brasil, os malefícios do agronegócio em contrapartida a agroecologia. Sensacional, gostaria de ver mais matérias sobre o assunto.

Aldeane Guimarães, São Paulo, SP

Aldeane, a agroecologia é pauta permanente da revista. Nas próximas edições, certamente voltaremos ao tema.

DESASTRES AMBIENTAIS

Recomendo a *Radis* por ser uma revista com excelente linha editorial destinada à saúde pública e ao debate social de temas relevantes. Sugiro uma reportagem especial sobre desastres ambientais, com atualização sobre o desabamento ocorrido em Niterói, Rio de Janeiro.

Luís Macedo, Rio de Janeiro, RJ

Luís, obrigado pela sugestão. Leia mais sobre desastres ambientais nas edições 135 e 159.

RADIS AGRADECE

Que publicação! Leitura essencial para os profissionais e amantes da Saúde Coletiva!

Roges Ghidini, Caxias do Sul, RS

Obrigado, Roges. Um abraço.

EXPEDIENTE

RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

FIOCRUZ

Nísia Trindade
Presidente

ENSP

Hermano Castro
Diretor

PROGRAMA RADIS

Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe
Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO

Adriano De Lavor Editor
Bruno Dominguez Subeditor

Reportagem

Ana Cláudia Peres, Elisa Batalha, Liseane Morosini, Luiz Felipe Stevanim, Tassiana Chagas (estágio supervisionado)

Arte

Carolina Niemeyer,
Felipe Plauska

DOCUMENTAÇÃO

Jorge Ricardo Pereira
Eduardo de Oliveira (fotografia)

ADMINISTRAÇÃO

Fábio Lucas, Natalia Calzavara, Ana Luiza Santos da Silva (estágio supervisionado)

ASSINATURAS

Assinatura grátis (sujeita a ampliação) Periodicidade mensal Impressão Rotaplan Tiragem 117.200 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



Novo governo, novos ministérios II

Os 22 ministros que fazem parte da equipe de governo de Jair Bolsonaro foram anunciados ainda em dezembro pelo ministro da Casa Civil, Onyx Lorenzoni. Oito nomes ocupam postos-chave na nova configuração da Esplanada dos Ministérios. Entre as pastas de maior visibilidade, além de

Saúde, Ciência e Tecnologia, Educação e Agricultura (abordados na *Radis* 195), estão o ministério do Meio Ambiente e o recém-criado ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, ocupados respectivamente por Ricardo de Aquino Salles e Damares Alves.

Mulher, Família e Direitos Humanos: Damares Alves

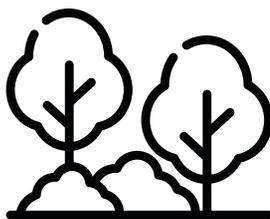


Advogada e pastora evangélica Damares Alves é a terceira mulher a integrar o ministério do novo governo — as outras duas são Tereza Cristina, ministra da Agricultura, e Érika Marena, que assume o Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional (DRCI). Até 2017, Damares Alves foi assessora do senador Magno Malta (PR-ES), que não foi reeleito. Em sua primeira entrevista coletiva (5/12) depois de confirmada para o cargo, a ministra disse que pretende dar protagonismo a políticas públicas voltadas às mulheres, que o ministério vai ter uma secretaria dedicada às crianças e que vai “propor um pacto pela infância”. A nova ministra declarou-se contrária ao aborto e disse que a pasta não tratará do tema, mas de “políticas públicas de planejamento familiar”. “Se a gravidez é um problema que dura só nove meses, eu digo para vocês que o aborto é um problema que caminha a vida inteira com a mu-

lher”, destacou. Em um outro pronunciamento à imprensa, Damares prometeu trabalhar pela aprovação do polêmico Estatuto do Nascituro, projeto paralisado na Câmara dos Deputados desde 2013, que visa garantir proteção ao feto e estimular vítimas de estupro que engravidaram a não abortar, como informou a *Folha de S.Paulo* (11/12).

O Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos também será responsável pela gestão da Fundação Nacional do Índio (Funai), que antes era ligada ao Ministério da Justiça. A mudança foi duramente criticada pelos indígenas. Cerca de 80 de diversas etnias viajaram a Brasília e protocolaram carta aberta ao novo presidente (6/11) manifestando-se contrários à alteração. Damares Alves é uma das criadoras da Fundação Atini – Voz pela Vida, que responde a ação do Ministério Público por dano moral coletivo, em função da divulgação de um filme sobre infanticídio indígena feito pela organização.

Meio Ambiente: Ricardo de Aquino Salles



Último ministro revelado, Ricardo de Aquino Salles teve o seu nome anunciado pelo presidente Jair Bolsonaro via Twitter (9/12). Ex-secretário de Meio Ambiente no governo de Geraldo Alckmin — de quem foi secretário particular entre 2013 e 2014 —, Salles é administrador e advogado e concorreu a deputado federal pelo Partido Novo nas últimas eleições, mas não foi eleito. Também é um dos criadores do Movimento Endireita Brasil, que surgiu em 2006 e propunha uma “renovação da política”. Já depois de nomeado, em entrevista à *Folha de S.Paulo* (9/12), o ministro disse que vai “preservar o meio ambiente sem ideologia” e se recusou a entrar em temas como aquecimento global por considerar que o debate é “secundário” e “inócuo”. O novo ministro responde a um processo por improbidade administrativa e a um processo civil por dano ao erário, como noticiou o G1 (9/12). A pasta do Meio Ambiente quase

foi extinta por Bolsonaro. Logo depois de eleito, o presidente chegou a anunciar a sua fusão com o Ministério da Agricultura, mas a ideia foi mal recebida tanto por ambientalistas quanto por líderes do agronegócio e o presidente recuou na proposta.

“É uma ameaça à democracia”

Do deputado federal Marcelo Freixo (Psol-RJ), vivo porque a Polícia Civil do Rio de Janeiro desarticulou um plano para matá-lo em 13 de dezembro. A execução do parlamentar estava preparada por um policial militar e dois comerciantes ligados a uma milícia da Zona Oeste da cidade para o sábado 15, quando se encontraria com professores em Campo Grande. O deputado, do mesmo partido da vereadora assassinada Marielle Franco, recebe ameaças desde que presidiu a CPI das Milícias em 2008, quando pediu o indiciamento de 225 políticos, policiais, agentes penitenciários, bombeiros e civis.

Liberdade de expressão em declínio

O Brasil é o 2º país em que as garantias para a liberdade de expressão mais decaíram nos últimos três anos, segundo o relatório Agenda de Expressão, divulgado pela organização não governamental Artigo 19 (5/12). “A liberdade de expressão está em declínio há dez anos e essa queda acelerou significativamente nos últimos três anos. Este é um fenômeno global com muitas violações acontecendo inclusive em países onde a liberdade de expressão tradicionalmente era protegida”, comentou o diretor-executivo da organização, Thomas Hughes. Leia em bit.ly/2QDpBkH.

Saúde mental: contra-reforma?

Repasses de quase R\$ 78 milhões destinados a Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e leitos de saúde mental em hospital geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), foram suspensos em novembro de 2018 pelo Ministério da Saúde. A explicação da pasta: “ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.”

No mesmo mês, houve lançamento da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, no Salão Nobre da Câmara dos Deputados. A intenção, como indica a manchete “Deputados criam polêmica ao lançar frente pró-internação psiquiátrica” do jornal *O Globo* (29/11), é reverter a desinstitucionalização promovida pela Reforma Psiquiátrica. Em entrevista à mesma publicação (26/11), o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, pôs em xeque a qualidade do cuidado oferecido em Caps e ambulatórios de rua: “O que eu sei é que essa política do jeito que está eu vou jogar em questionamento mesmo”.

Para Leonardo Pinho, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e conselheiro do Conselho Nacional de Direitos Humanos, “o tempo dos retrocessos na reforma psiquiátrica já se consolidou e abriu campo agora para uma nova fase: a da contra-reforma”. Em artigo que detalha o passo a passo do retrocesso (leia em bit.ly/2QQMMIh), ele se refere a mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, iniciadas em 2017, que incluíram por exemplo a revisão nos valores pagos pelo SUS pelos leitos psiquiátricos existentes em hospitais gerais e o aumento nos repasses financeiros a comunidades

terapêuticas (instituições, mantidas por grupos religiosos, de internação de pessoas com dependência química).

Em entrevista ao site do Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz, o sanitarista Paulo Amarante, pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), denuncia o retorno da política privatizante e da mercantilização da vida. “Esses interesses não visam à saúde da população, visam à ganância e à obtenção de lucros com as doenças da sociedade”. Assista em bit.ly/2QwT7cv.



Pobreza aumenta

Quase dois milhões a mais de brasileiros passaram a viver em situação de pobreza — dependendo de um rendimento familiar menor que US\$ 5,5 por dia ou R\$ 406 por mês — entre 2016 e 2017. As informações da Síntese de Indicadores Sociais (SIS), divulgadas (5/12) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que a pobreza cresceu 4% no período, passando de 52,8 milhões para 54,8 milhões de pessoas.

A extrema pobreza — nesse caso, a soma da renda familiar dividida pelo número de pessoas fica abaixo de US\$ 1,90 por dia e equivalia a R\$ 140 mensais — aumentou 13%, atingindo 15,3 milhões. Do total de brasileiros, 7,4% estavam abaixo da linha de extrema pobreza, em 2017; em 2016, esse percentual era de 6,6%.

Ao G1 (5/12), Leonardo Athias, analista da Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE, apontou a crise no mercado de trabalho, com aumento do desemprego e da informalidade, a recessão econômica intensa dos dois anos anteriores, além do corte de investimentos no Bolsa Família, como motivos para o empobrecimento da população. “Quem já era pobre ficou mais pobre. Mas teve gente que ficou pobre e não o era antes”, disse o pesquisador.

72,5%

a mais recebeu um trabalhador branco em relação a um profissional negro (soma de pretos e pardos) em 2017, em média, segundo divulgou em 5/12 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Contínua. Enquanto uma pessoa branca teve rendimento médio de R\$ 2.615, um negro recebeu R\$ 1.516. Quase metade (46,9%) dessa população está na informalidade; o percentual entre brancos é de 33,7%.

6,2 milhões

de brasileiros estão desocupados (população com idade para trabalhar, mas que não exerce atividade remunerada). A taxa de desocupação subiu de 6,9%, em 2014, para 12,5%, em 2017. É maior entre mulheres (14,6% das que estão em idade para trabalhar não exerciam atividade remunerada, comparada a 10,9% dos homens) e negros (14,7%, comparado a 10% entre brancos).

POBREZA

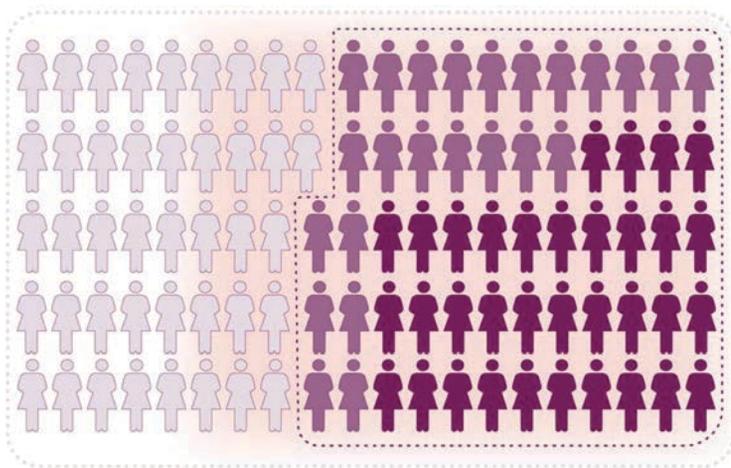
Renda até **US\$ 5,5** por dia ou **R\$ 406** por mês

26% da população
54 milhões de pessoas

EXTREMA POBREZA

Renda até **US\$ 1,90** por dia ou **R\$ 140** por mês

7% da população
15 milhões de pessoas



Choque do feminicídio

A própria casa é o lugar mais perigoso para as mulheres, revelou relatório divulgado (26/11) pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, na sigla em inglês). De um total de 87 mil mulheres intencionalmente mortas em 2017, mais da metade (58%) foi assassinada por atual ou ex-parceiro ou membro da família —geralmente homens.

A violência praticada contra elas não é ocasional e resulta de repetidos abusos, alertou a entidade ligada à Organização das Nações Unidas: “A morte é, frequentemente, o ápice de uma história longa de violência que pode ser prevenida”. Leia o relatório (em inglês) em bit.ly/2rANn2B

Menos açúcar?

Para reduzir o alto consumo de açúcar no país, considerado um fator de risco para obesidade e diabetes, o Ministério da Saúde anunciou acordo com a indústria (26/11) que tem como meta diminuir em até 62,4% a quantidade desse produto nos alimentos até 2020. O alvo principal é o biscoito recheado, que deve chegar ao máximo de 62,4% de diminuição, seguido de produtos lácteos (53,9%), mistura para bolos (46,1%), refrigerantes (33,8%) e achocolatados (10,5%).

“O acordo entre Ministério da Saúde e indústria para reduzir a quantidade de açúcar nos alimentos e bebidas industrializados, desculpem o trocadilho, somente adoça a boca do consumidor e da opinião pública”, opinou Maria Inês Dolci, advogada especialista em direitos do consumidor, em artigo na *Folha de S.Paulo* (5/12). Ela lembra que as indústrias não serão obrigadas a aderir, pois o acordo prevê participação voluntária.

O projeto de jornalismo investigativo sobre políticas alimentares O Joio e o Trigo considerou que as metas são frágeis. “O número de 144 mil toneladas de açúcar a ser retirado dos industrializados até 2022 corresponde a menos de 2% do açúcar utilizado nesses produtos”, calculou. Além disso, a maior parte dos produtos líderes de mercado escapa da régua fixada pelas próprias empresas: Nescau, Coca-Cola, Bono e outros cereais matinais, balas, chicletes e gelatinas. “Menos de metade dos produtos terá de passar por uma readequação ao longo dos próximos quatro anos. E sem possibilidade de punição”.

Como informou a Agência Brasil (26/11), a OMS recomenda que o consumo de açúcar deve ser equivalente a até 10% do total das calorias diárias — se possível chegar a 5%. Cada pessoa deve consumir, no máximo, 50 gramas de açúcar por dia ou cerca de 12 colheres de chá. Porém, os brasileiros consomem atualmente, em média, 80 gramas.

Fora da pauta

O Projeto de Lei 7082/2017, que pretendia desvincular a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), diminuir regras para laboratórios e patrocinadores de medicamentos e reduzir a participação dos comitês de ética e pesquisa no Conep, foi retirado da pauta da Câmara dos Deputados (12/12), a requerimento do deputado Jorge Solla (PT-BA).

A comissão especial da Câmara que analisava a proposta conhecida como Escola sem Partido ou Lei da Mordaça (PL 7180/14 e outros) foi encerrada, por falta constante de quórum, sem votar o relatório do deputado Flavinho (PSC-SP). Assim, a matéria foi arquivada no fim da legislatura.



Cúpula do clima sem ambição

A COP24, cúpula climática da ONU, terminou em 15 de dezembro na cidade polonesa de Katowice, com um dia de atraso, depois de impasses nas negociações para regulamentar o “livro de regras” do Acordo de Paris, firmado em 2015 por 195 países que se comprometeram voluntariamente a limitar o aquecimento global a até 2°C até o fim do século — com esforços para que a temperatura não subisse mais de 1,5°C (G1, 16/12). A declaração final da cúpula ficou sem referências diretas a reduções nas emissões de gases com efeito de estufa até 2030, que constavam de versões preliminares.

Os acordos deveriam ser aceitos por unanimidade. De um lado, Estados Unidos, Arábia Saudita, Rússia e Kuwait barraram avanços e buscaram minimizar as conclusões do relatório do IPCC (Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas, na sigla em inglês), segundo o qual se a temperatura subir 1,5 grau em relação aos níveis pré-industriais (atualmente, já subiu 1 grau) haverá maior risco de fome, conflitos, enchentes e migrações. De outro, a União Europeia e um grupo de países em desenvolvimento, além de pequenos Estados insulares ameaçados pelo aumento do nível do mar, defenderam um texto mais ambicioso (El País, 16/12).

A parte mais importante da regulamentação do Acordo de Paris foi aprovada, mas de forma inconclusa. Mais de 160 países apresentaram seus objetivos de redução das emissões, e os demais deverão fazê-lo até 2020.

Não houve acordo sobre o capítulo relativo aos mercados de carbono (o intercâmbio de cotas nacionais de emissões de gases do efeito estufa), que deve ser rediscutido dentro de um ano. Também não foi definida a ajuda financeira a países mais pobres.

O governo brasileiro retirou a candidatura para sediar a COP25, em 2019, que agora será realizada no Chile.



“A COP24 não refletiu a ambição necessária nem os compromissos dos países para que a ação climática aumente.”

Tatiana Nuño, especialista em negociações climáticas do Greenpeace

“Ninguém vai ficar satisfeito depois destas negociações.”

António Guterres, secretário-geral da ONU

“Uma falta de compreensão fundamental da crise atual vivida pelo planeta.”

Fundo Mundial da Natureza (WWF, na sigla em inglês)

Cientistas brasileiros em alta

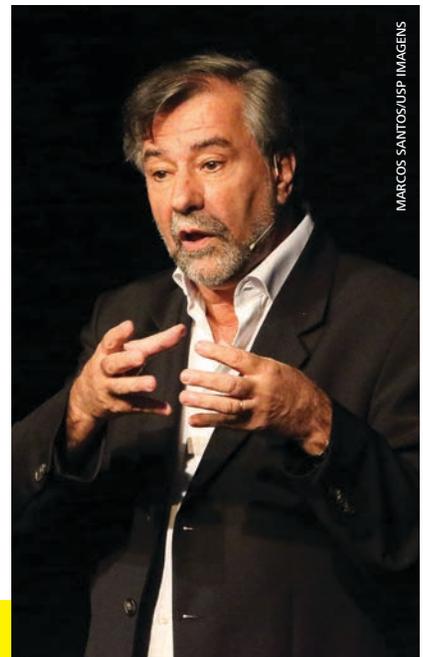
Apesar da carência de investimentos continuados em ciência e tecnologia, o Brasil conta com 12 pesquisadores entre os cientistas mais influentes do mundo em suas respectivas áreas de conhecimento, de acordo com ranking da empresa de consultoria Clarivate Analytics. Produzida anualmente desde 2014, a lista considera o número de artigos publicados em um período de 10 anos, e os selecionados pertencem ao grupo de 1% de pesquisadores que mantiveram as mais altas médias de citações durante o período.

Paulo Eduardo Artaxo Netto, da Universidade de São Paulo (USP), o brasileiro que mais pontuou no ranking, considera promissora a inclusão de brasileiros na lista, mas para ele há um recado a ser lido: “Estar nessa lista dos pesquisadores mais citados no mundo mostra que o Brasil tem enorme potencial de produção científica, mas que não está sendo devidamente aproveitado pela falta de investimento em ciência e tecnologia. Isso atrasa o nosso desenvolvimento e a implementação de políticas públicas baseadas em ciência”, afirmou à Agência Brasil (6/12).

Ao todo, foram selecionados cerca de 6 mil pesquisadores, em 21 áreas do conhecimento, além de campos transversais. Os Estados Unidos são o país com maior número de pesquisadores mencionados, 2.639 ao todo; em seguida aparece o Reino Unido, com 546; em terceiro lugar, está a China, com 482. Entre as pesquisas desenvolvidas pelos brasileiros, as áreas que mais se destacam estão relacionadas a ciências agrárias,

meio ambiente, geociência, medicina e ciências sociais.

Os demais pesquisadores brasileiros que integram o ranking de cientistas são: Paulo Andrade Lotufo e Guilherme Vanoni Polanczyk, ambos da Faculdade de Medicina da USP; Carlos Augusto Monteiro (Faculdade de Saúde Pública/USP); Alvaro Avezum (Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese); Luísa Gigante Carvalheiro (Universidade Federal de Goiás); Adriano Gomes da Cruz (Instituto Federal do Rio de Janeiro); Daniel Granato (Universidade Estadual de Ponta Grossa); Miriam Dupas Hubinger (Unicamp); Renata Valeriano Tonon (Embrapa); Ana Maria Baptista Menezes; e Cesar Gomes Victora (Universidade Federal de Pelotas).



MARCOS SANTOS/USP IMAGENS

0 número um

Paulo Eduardo Artaxo Netto desenvolve pesquisas sobre mudanças climáticas globais, meio ambiente e poluição do ar urbana. À Agência Brasil (6/12), ele afirmou que o trabalho que realiza na Amazônia tem trazido implicações para o desenvolvimento de políticas públicas. “Nós demonstramos por meio de uma série de trabalhos que o desmatamento e as queimadas têm impacto global muito grande no meio ambiente”, disse, a respeito de seus estudos sobre a influência de emissões de queimadas na saúde pública e no meio ambiente amazônico. Além disso, suas pesquisas demonstram como o processo de ocupação da Amazônia está afetando o ciclo hidrológico na região. “Isso é importante e tem implicações, por exemplo, na produção agrícola brasileira e no papel da Amazônia no ciclo global”.



E AGORA, ZÉ?

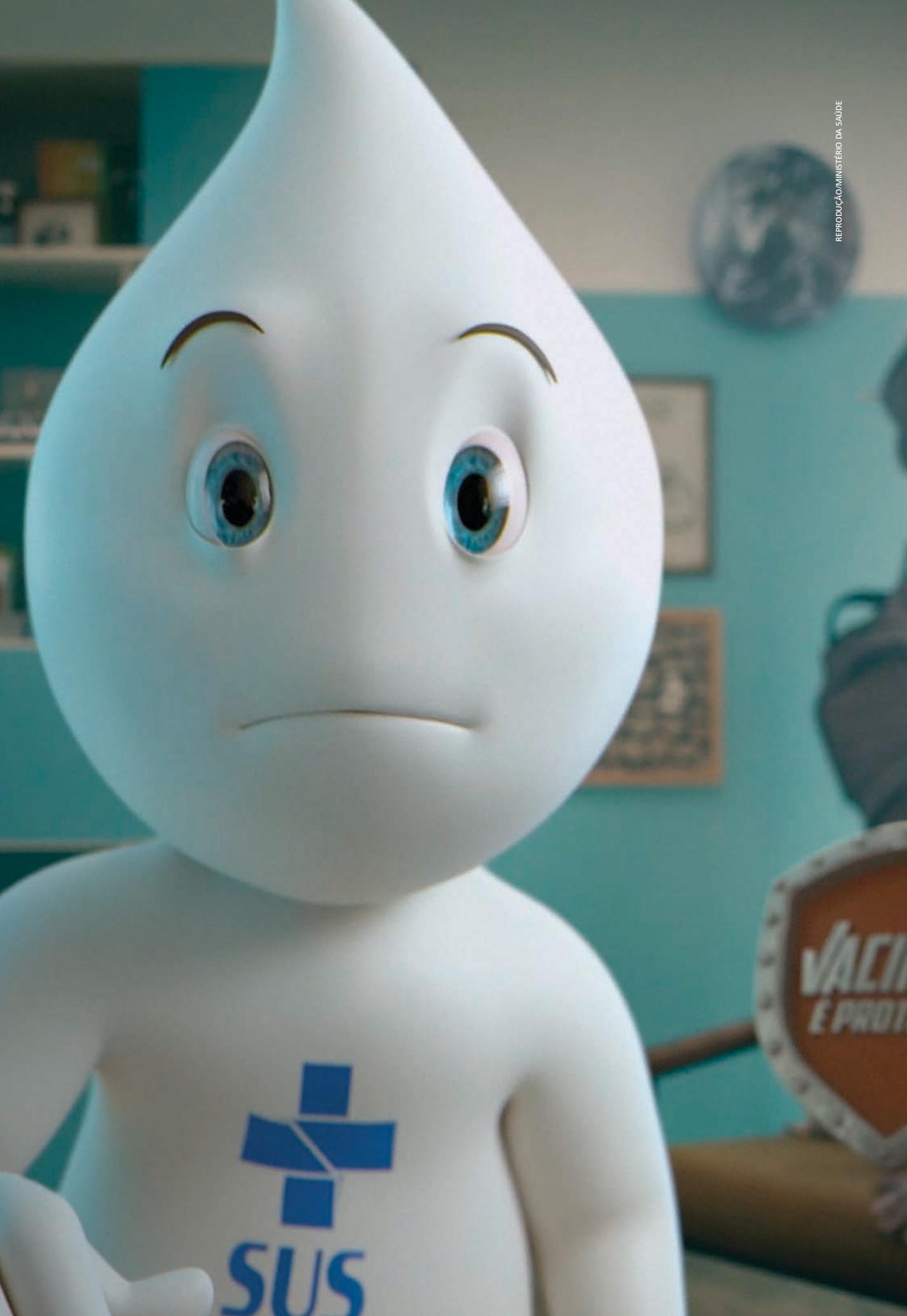
Baixa cobertura das principais vacinas compromete programa brasileiro de imunizações, reconhecido internacionalmente

LUIZ FELIPE STEVANIM

Pela primeira vez, o Zé Gotinha não sorri. A personagem — conhecida pelo sorriso simpático que a torna cativante para as crianças, desde que foi criada, em 1986 — aparece com a expressão triste e preocupada nas peças publicitárias da campanha divulgada pelo Ministério da Saúde em outubro de 2018. O motivo: as baixas coberturas alcançadas para as principais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação representam uma ameaça real de retorno de doenças comuns no passado, como o sarampo e a poliomielite (paralisia infantil). As feições descontentes da personagem traduzem uma inquietação que também incomoda profissionais e estudiosos da saúde: por que o Brasil — que tem um Programa Nacional de Imunizações (PNI) reconhecido internacionalmente — vive um contexto em que aumenta a parcela da população sem vacinação adequada?

O retorno do sarampo em 2018 — com o registro de 10.163 casos no país, até o fim de novembro — coloca em risco o título recebido pelas Américas, em 2016, de área livre da doença, por um Comitê Internacional de Especialistas da Organização Pan-americana da Saúde (Opas). A vacina que previne a doença encontra-se disponível gratuitamente nas unidades básicas do SUS, em duas doses — é a tríplice viral, que também combate a caxumba e a rubéola, ofertada no calendário desde 1995. Porém, em 2017, a cobertura da primeira dose ficou abaixo da meta de 95% (90,1%, de acordo com o último levantamento), enquanto a da segunda ficou em 74,9%, segundo dados do PNI encaminhados à *Radis*. “Se nós mantivermos baixas coberturas vacinais, basta uma pessoa doente entrar no nosso país para ocorrer a transmissão. Por isso temos que voltar a ter elevadas coberturas, porque somente dessa forma estaremos com nossa população protegida”, explica a coordenadora do PNI, Carla Domingues.

Temida no passado pelas sequelas permanentes causadas em crianças, como a paralisia, a poliomielite foi eliminada do país depois do último caso, em 1989, graças às ações de vacinação nos postos de saúde e nas campanhas nacionais. O combate à pólio rendeu a tradicional imagem da gotinha aplicada na boca das crianças (atualmente utilizada nas doses de reforço, a partir de 1 ano) — assim como a pergunta dos filhos aos pais nas filas da vacinação: “É gotinha ou injeção?”.





COMO AS VACINAS FUNCIONAM?

A vacina estimula o corpo a se defender contra os organismos (vírus e bactérias) que provocam doenças. É uma das formas mais importantes de prevenção.

EXISTEM RISCOS NAS VACINAS?

“As vacinas são muito seguras. A maioria das reações são geralmente pequenas e temporárias, como um braço dolorido ou uma febre ligeira. Eventos graves de saúde são extremamente raros e cuidadosamente monitorados e investigados. É muito mais provável que uma pessoa adoça gravemente por uma enfermidade evitável pela vacina do que pela própria vacina”, destaca o Ministério da Saúde.

Mas, tanto em 2016 quanto em 2017, a cobertura da vacina contra a pólio ficou, pela primeira vez, mais de 10 pontos percentuais abaixo da meta, que também é de 95%: 84,4%, em 2016; e 83,4%, em 2017. Para a primeira dose de reforço, dada a partir dos 15 meses de vida, a cobertura foi de pouco mais de 77% em 2017 — isso significa que cerca de 23% das crianças que completaram um ano de idade naquele ano não fizeram o esquema vacinal adequado e não estão corretamente imunizadas contra a doença.

Outras vacinas seguem o mesmo caminho: a pentavalente, que protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pela bactéria *Haemophilus influenzae B*, alcançou apenas 82,2% da população indicada; a do rotavírus ficou em 83,3%; e a da hepatite B em crianças com menos de 1 mês, 84,1%. A curva de queda nas principais vacinas ofertadas gratuitamente à população começou em 2016 e repetiu-se nos dois anos seguintes, em descompasso com os anos anteriores.

Tal cenário faz com que o PNI tenha tido, em 2017, as piores coberturas desde 2000 para as principais vacinas do calendário.

Os dados são ainda mais alarmantes se levarmos em conta a distribuição desigual pelo país: segundo o Ministério da Saúde, mais da metade das cidades brasileiras não têm cobertura adequada para a maioria das vacinas do calendário nacional. Apenas 44,6% dos municípios alcançaram a meta estipulada para a pólio, algo semelhante ocorrendo com hepatite A, BCG (que previne contra formas graves da tuberculose), rotavírus, meningocócica C e pentavalente. Em junho de 2018, o órgão fez um alerta de que 312 municípios haviam vacinado menos de 50% das crianças na faixa etária recomendada contra a pólio. A queda na cobertura também é percebida nos estados: o Rio Grande do Norte, por exemplo, vacinou apenas cerca de 68% da população pretendida contra a doença, em 2017 — enquanto antes de 2015, o estado sempre havia alcançado cobertura acima de 90%.

COMO VACINAR?

Procure uma sala de vacinação localizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o país, com o cartão de vacinação em mãos. Não ter o cartão não impede de vacinar. Mas ele é um documento pessoal que comprova as doses que você já tomou.



MARCELO CAMARGO/ABR

O que explica essa diminuição na parcela da população que se vacinou corretamente — se o país oferece 19 vacinas gratuitamente no calendário nacional, com imunizantes para crianças, adolescentes, adultos, idosos e povos indígenas? Diante da circulação crescente de notícias falsas sobre vacinas, nas redes sociais, este fator teria algum peso para que as pessoas deixem de procurar os postos de saúde para se prevenir contra doenças que podem matar? Mesmo com as evidências científicas de que as vacinas são seguras, por que alguns pais e responsáveis não vacinam seus filhos? *Radis* buscou respostas para essas perguntas, em conversa com profissionais e estudiosos da epidemiologia e da saúde pública, e encontrou razões que vão desde a falsa sensação de segurança contra doenças que diminuíram sua incidência até as falhas de comunicação dos órgãos de saúde com a população. A crise do Sistema Único de Saúde (SUS) também pode pesar nessa conta.

FALSA SEGURANÇA

Uma câmera escondida registra imagens comuns de uma sala de vacinação. Depois de receber a dose no bracinho, a mãe e a criança são convidadas a ir até outro espaço. Ao se depararem com um grupo de pessoas que as espera, um profissional de saúde revela uma informação desconcertante: “Essas pessoas tiveram doenças ou consequências por não ter vacinado”. Uma delas, Vilma, conta: “Por falta da vacina, me deu a paralisia. Eu me lembro que eu sentia muita dor”. O vídeo faz parte da campanha lançada pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2018, para alertar a população sobre a vacinação — e usa como mote a frase “Contra essas doenças, existe vacina. Contra o arrependimento, não”.

A primeira razão apontada para a queda recente nas coberturas vacinais é a falsa sensação de segurança contra doenças comuns no passado — como a poliomielite, que podia matar ou deixar sequelas, mas que foi eliminada do país por conta da vacinação. Para Carla Domingues, epidemiologista pela Universidade de Brasília (UnB) e atual coordenadora do PNI, com o sucesso do programa, os pais deixaram de ver as doenças em seu cotidiano e começaram a relaxar na vacinação dos filhos, ao acreditar que se imunizar não seria mais necessário. “Quando as vacinas foram disponibilizadas, todos os pais sabiam da importância, pois reconheciam a gravidade dessas doenças”, explica. Segundo ela, à medida que o programa evoluiu e aumentaram as vacinas e as coberturas, algumas doenças deixaram de existir — e com isso, deixaram de ser temidas pela população. “A geração atual de pais, que foi beneficiada no passado por terem recebido as vacinas, não reconhecem mais esse risco”, completa.

O médico e professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, José Cássio de Moraes, colaborador da Opas para a área de imunização, concorda. “Várias doenças imunopreveníveis estão hoje eliminadas, não têm o perigo imediato de ocorrerem. Isso gera uma falsa segurança a respeito das doenças e uma falsa insegurança quanto aos possíveis efeitos adversos da vacina”, destaca. Esse “conforto” é falso porque, se a população deixar de estar imunizada, o agente causador pode retornar. “Se as pessoas ficam sem vacinar, na medida que alguém entra naquela comunidade com a doença, todo mundo está sujeito a se contaminar”, ressalta Carla.

Foi o que ocorreu com o sarampo em 2018: com as baixas coberturas nos estados de Roraima e Amazonas, bastou a chegada de venezuelanos com doença para que o vírus se espalhasse para brasileiros. “O surto entrou pela região Norte com a vinda para o Brasil de venezuelanos doentes. Mas é importante que a gente reforce que a culpa não é dos venezuelanos. Se a gente tivesse elevadas coberturas vacinais na nossa população, não haveria transmissão entre brasileiros”, afirma a coordenadora do PNI. Além dos mais de 10 mil casos registrados até o fim de novembro, três estados tiveram mortes pela doença: quatro em Roraima, seis no Amazonas e dois no Pará. Carla enfatiza que a prioridade deve ser imunizar a população brasileira contra as doenças imunopreveníveis, já que a entrada de pessoas no Brasil sempre vai ocorrer, assim como a ida de brasileiros para o exterior.

Ela lembra que o sarampo ocorre de forma endêmica na Europa e o risco é constante sem imunização. “Se você não

está com seu filho vacinado, ao viajar para um desses países, pode fazer com que ele adoça, além de trazer a doença de volta para o Brasil”, alerta. Já em relação à pólio, três países no mundo ainda registram endemias da doença: Afeganistão, Nigéria e Paquistão. Ela aponta que a decisão por não vacinar uma criança não tem consequências apenas individuais, pois afeta toda a coletividade. “Quando deixa de existir a doença, as pessoas começam a olhar no nível individual: por que eu vou submeter o meu filho a uma vacina, que teoricamente pode trazer efeitos adversos, se esse meu filho não está em risco?”, exemplifica Carla. Mas essa ideia esconde uma armadilha óbvia: sem vacina, ninguém está imune.

“JÁ TOMOU TODAS AS DOSES?”

Outra razão apontada pelos especialistas tem a ver com a própria complexidade do PNI. “Quando ele foi criado, na década de 1970, só eram quatro vacinas, para aquelas doenças endêmicas e que causavam mortes para milhares de crianças”,

lembra Carla. Atualmente, são 19 vacinas no calendário — 14 para as crianças, que exigem pelo menos nove idas aos serviços de saúde. Falta de informação adequada quanto às doses e às vacinas também tem que ser colocada na balança, como considera José Cássio de Moraes. “Há 10 anos, a gente já publicou um estudo qualitativo que mostrava que a diminuição da cobertura vacinal não era por uma rejeição à vacina, mas por falsa informação a respeito do calendário. Ou seja, a pessoa achava que estava em dia, quando na verdade havia vacinas incompletas”, recorda. Nos últimos 15 anos, foram introduzidos novos imunizantes: por exemplo, contra varicela (catapora), hepatite A e rotavírus.

Para registrar todas as vacinas que tomou ao longo da vida, cada cidadão brasileiro possui um documento pessoal e intransferível: a carteira de vacinação, em que são anotados o nome do imunobiológico e a quantidade de doses recebidas. Para saber se está em dia, basta procurar um posto de saúde do SUS. “Hoje com um elenco maior de vacinas, pode ser que uma das causas da redução é que a população talvez não saiba



que determinada vacina está disponível na rede pública”, reflete José Cássio. Para o epidemiologista, a ampliação do calendário, embora seja o ideal, porque protege a população contra mais doenças, também dificulta sua execução. “Com a falta de treinamento do pessoal nas salas de vacina, o aumento do número de comparecimentos que a população tem que fazer para cumprir o calendário acaba atrapalhando o seu pleno cumprimento”, avalia.

Ele cita outros fatores relacionados ao funcionamento das unidades de saúde: algumas delas têm horários restritos ou funcionam apenas em horário comercial, o que prejudica o comparecimento. “A população teria dificuldade de acesso às unidades em horário comercial, principalmente os responsáveis pela criança que trabalham”, acrescenta. Também a coordenadora do PNI considera que esse fator precisa ser levado em conta diante das mudanças na sociedade brasileira nas últimas décadas, em que as mulheres entraram para o mercado de trabalho, mas continuaram como as principais responsáveis pelos cuidados com os filhos — o que inclui levá-los para

tomar vacina. “Para uma mãe manter seu filho vacinado, ela precisa comparecer nove vezes aos serviços de saúde. Se este não funciona no horário que ela pode ir, ela acaba deixando de vacinar ou pelo menos postergando a vacinação”, conclui Carla, ressaltando a importância das campanhas — que ocorrem nos finais de semana — como estratégia para alcançar os faltosos.

Outro fator que pode ter influenciado na queda foi a mudança no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), que passou a registrar as vacinas não mais pelas doses administradas e sim por doses individualizadas. Com isso, foi necessária a instalação de um computador em cada sala de vacina do país — o profissional faz o registro assim que aplica o imunizante. “É como se tivesse uma caderneta de vacinação virtual, onde se registra as doses de vacina de cada pessoa. Por isso pode haver dificuldade de implementação nos municípios, por problemas de internet, manuseio do sistema ou transferência de dados”, aponta José Cássio.

ORGULHO DO SUS

Citado como um dos motivos de orgulho para o Sistema Único de Saúde (SUS), por oferecer mais de 285 milhões de doses de imunobiológicos gratuitamente à população brasileira, o PNI vive um cenário de queda nas coberturas que pode estar relacionado a um contexto de crise na própria saúde pública — como apontou a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em nota (21/8/2018). “Além de ser motivo de orgulho nacional, o PNI é considerado um dos maiores e mais efetivos programas públicos de vacinação do mundo. Tudo isso está agora ameaçado”, diz o texto.

No documento, a Abrasco aponta que a redução das coberturas — que resultou nos surtos de sarampo, em 2018, e ameaça com a volta da poliomielite — é complexa e explica-se por muitos fatores, dentre eles: o contexto de fragilidade política e econômica; a falsa sensação de segurança em relação às doenças; o crescente movimento anti-vacinas, com divulgação de informações falsas; e questões operacionais dos serviços de saúde. Porém, a associação considera que “a crise de financiamento e a piora dos serviços do SUS” — agravadas com a Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016 — foram determinantes na limitação do acesso à vacinação. E exemplifica: “A falta e alta rotatividade de profissionais, a estagnação das equipes de Estratégia Saúde da Família, más condições de trabalho que dificultam ações de vigilância, como a busca ativa e investigação epidemiológica, e o desabastecimento de vacinas na rede pública”.

De fato, em 2018, notícias sobre falta de vacinas foram frequentes na mídia em diversas cidades do país. Em março, a Agência Brasil (23/3) destacou o desabastecimento da pentavalente em todos os postos de saúde do Rio de Janeiro. Também José Cássio considera que a crise financeira do SUS deve ser levada em conta para entender o porquê das baixas coberturas. “A crise repercute porque se reduz o número de funcionários nas salas de vacina. Aqueles que eram específicos para a vacinação passam a exercer outras atividades dentro da unidade de saúde, como curativos e atenção a pacientes”, relata. Ele também aponta que, sem recursos, não há como fazer ações além dos muros das unidades, como vacinar em escolas ou realizar busca por faltosos.

“Para uma mãe manter seu filho vacinado, precisa comparecer nove vezes aos serviços de saúde. Se este não funciona no horário que ela pode ir, ela acaba deixando de vacinar ou postergando”

Carla Domingues. coordenadora do PNI

Para o médico, quanto mais os serviços de saúde fecham as portas, mais difícil se torna para a população acessar bens essenciais, como as vacinas. “Essa dificuldade de recursos deve se agravar com a Emenda 95, que segundo o presidente do Conasems [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde] vai retirar 500 bilhões do SUS em 20 anos”, completa. Para a Abrasco, ao impor o congelamento dos gastos públicos por duas décadas, a Emenda 95 reduzirá ainda mais os recursos federais para a saúde (que atualmente respondem por 42%), transferindo mais responsabilidades para os municípios. Em artigo sobre as desigualdades sociais nas coberturas vacinais, publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia em 2008, José Cássio e Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro, também professor da Santa Casa de São Paulo, pontuavam que países com sistemas públicos de saúde, como Inglaterra, Itália e Brasil, têm melhores indicadores de cobertura vacinal. “Ter acesso a serviços de saúde e à vacinação significa, em si, uma melhor condição de vida”, escreveram os autores.

DECISÃO DE NÃO VACINAR

Muito antes da queda recente nas coberturas vacinais, o último Inquérito Domiciliar sobre o tema, organizado pelo Ministério da Saúde em 2007, já sinalizava para uma tendência preocupante: as coberturas baixas nas camadas da sociedade com melhores condições de vida. A pesquisa levantou informações em todas as capitais brasileiras e revelou que, diferente do passado em que os mais pobres enfrentavam dificuldades para conseguir acessar os serviços de vacinação, agora eram os brasileiros mais escolarizados e de classes mais altas que deixavam de vacinar seus filhos. “Era esse grupo que mostrava uma mudança de paradigma, que não era apenas uma questão de acesso, mas de aceitabilidade da vacina”, explica Carolina Barbieri, médica pediatra e professora da Universidade Católica de Santos.

Por razões ainda não conhecidas na época, alguns grupos de pais de classe média e alta não levavam mais seus filhos aos postos de vacinação ou selecionavam quais vacinas iriam administrar, relata a pesquisadora. Para entender as motivações que faziam esses casais rejeitarem a vacina, Carolina foi estudar o tema em seu doutorado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de São Paulo (USP), concluído em 2014. “A decisão de vacinar ou não é tomada com base em uma percepção subjetiva do risco, influenciada por medo, e não por uma dimensão racional”, esclarece. São pais e responsáveis pelas crianças com escolaridade e acesso à internet, que são expostos a notícias e depoimentos falsos principalmente a respeito dos efeitos adversos e riscos das vacinas — e assim tomam uma decisão também arriscada: não vacinar.

Os pais que não vacinaram relatam sentimento de medo diante da possibilidade de perder a autonomia nas decisões sobre a saúde de seus filhos, aponta Carolina em seu estudo. De acordo com a pesquisadora, a decisão por não vacinar se baseia apenas em uma motivação individual e não leva em conta os benefícios coletivos da vacina em evitar a circulação de doenças.

“Em nenhum momento é cogitada a função coletiva da vacina, que por outro lado é extremamente cara e estruturante para a saúde pública”, analisa.

Para ela, essa realidade tem a ver com nossa própria maneira de conceber a saúde e de lidar com decisões em sociedades urbanas complexas. “As pessoas não têm a percepção de que sua ação individual interfere no coletivo. Aquele que não vacina não compreende o risco que ele está pondo para a coletividade, com a possibilidade de retorno de doenças preveníveis. Ele não se coloca como corresponsável por essa ameaça”, comenta.

Para a pediatra, a vacinação não é responsabilidade somente dos pais — os próprios órgãos de saúde também falham em difundir mais informações sobre a função coletiva da imunização. “Atitudes contrárias existem desde a primeira vacina no final do século 18, por medo, desconhecimento ou contra medidas autoritárias”, lembra. Porém, para ela, o que há de diferente no contexto atual é que não faltam evidências que comprovem a segurança e a eficácia da imunização — e mesmo assim, surgem reações contrárias em alguns grupos ou pessoas. “Há grande perda da confiança pública da vacina. Esse é um movimento que não acontece só no Brasil; ao contrário, começou nos países desenvolvidos e a gente agora está vendo também nos países em desenvolvimento, como o nosso”, aponta.

São diferentes percepções que as pessoas possuem sobre a imunização, como explica a pesquisadora: alguns pais optam por comprar a vacina em uma clínica particular, mesmo que ela

esteja disponível gratuitamente no SUS, muitas vezes orientados pelo próprio pediatra ou reproduzindo discursos aos quais tiveram acesso na internet. Os argumentos são variados: “a vacina tal no particular dá menos reação”; “fulano disse que no SUS dói mais”. Carolina conta que uma preocupação comum dos pais é em relação ao timerosal, composto

usado para a conservação das doses de alguns imunizantes: como um mesmo frasco no SUS é usado para extrair várias doses, alguns boatos na internet falam que existiria risco do mercúrio contido na substância causar danos neurológicos nas crianças. “No Brasil usamos uma dose de timerosal muito baixa, regulamentada pela Anvisa. Mas alguns desses pais com alta escolaridade preferem pagar para vacinar com doses individuais, no particular”, pontua.

Já outros pais contam, segundo ela, que só levam os filhos para se vacinar no SUS, por causa da reputação do programa. “O único serviço que eles usavam no SUS era a vacinação. São pessoas com convênios médicos, mas que na hora de vacinar iam na unidade básica. Argumentavam que confiavam, que eles mesmos foram vacinados quando criança e lá [no SUS] não existe o lobby da indústria farmacêutica”, conta.

SAIBA MAIS

“Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares”, de José de Moraes e Manoel de Almeida Ribeiro goo.gl/Fxf7vs
“Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo/SP”, de Carolina Barbieri goo.gl/JMxVJH
Programa Nacional de Imunizações (PNI) 40 anos goo.gl/Bcos2c



Vacinas contra boatos

“MPF proibe vacina contra o HPV em todo Brasil”. “Adultos têm que tomar a vacina contra o sarampo mesmo tendo se vacinado na infância”. “Bill Gates diz que vacinas servem para esterilizar, matar e reduzir população mundial”. “Garota virgem engravida após tomar vacina contra febre amarela”. Todas essas são notícias falsas sobre vacinação que foram desmentidas pelo site Boatos.org, especializado em verificar as chamadas fake news (*Radis* 190). Informações incorretas como essas, compartilhadas na internet e nas redes sociais, tiveram um impacto negativo na campanha de vacinação da febre amarela, em 2018, de acordo com Carolina. Para ela, as mentiras reforçam os medos das pessoas. “Aquele pai que já está hesitante ou em dúvida, se ele encontra uma rede de outros pais questionando a vacina ou com informações equivocadas, isso reforça nele o que já havia de insegurança”, reflete.

Os chamados grupos ou movimentos antivacinas não são uma novidade. Em 1998, o médico britânico Andrew Wakefield publicou um artigo na revista *Lancet* em que apontava para uma associação entre o autismo e a vacina do sarampo. Tempos depois, foi provado que a pesquisa era uma fraude e o autor tinha ligações com escritórios de advocacia interessados em mover processos de indenização de familiares. Mesmo com o desmentido, o estrago já estava feito. “Esse foi um marco porque não ficou só na academia. Atingiu os meios de comunicação de massa e a população da Inglaterra e de outros países da Europa ficou extremamente com medo de vacinar”, relembra Carolina. Vinte anos depois ainda existem grupos que se baseiam nessas informações para questionar a vacina.

Para a coordenadora do PNI, é preciso distinguir as fake news dos grupos contrários à vacinação. “Nós não temos grupo antivacina constituído em nosso país, como a gente vê na Europa e nos Estados Unidos, pois lá são pessoas com convicção de que elas não devem vacinar seus filhos. É muito diferente de pessoas que ficam com receio de vacinar porque receberam uma notícia falsa e não sabem se aquilo é verdade ou não”, considera Carla.

Ela afirma que é preciso avaliar se esses grupos antivacinais terão brechas para entrar no país. Já para José Cássio, o caminho é modernizar a linguagem para poder chegar à população, que adquire informação de forma bastante diversificada atualmente. “A gente está utilizando uma linguagem do século passado e hoje a comunicação também é importante para combater as fake news e os mitos sobre reações adversas”, destaca.

Na visão de Carolina, houve um grande aumento da difusão em nível global de informações contrárias à imunização, com notícias equivocadas, que atingem os pais com receio sobre a vacina. É preciso também, segundo ela, rever o modo como o campo da saúde lida com a comunicação. “A comunicação com a qual os órgãos de saúde e os profissionais tradicionalmente trabalhavam a vacina era mais persuasiva, chamando para as campanhas, com uma oratória militante de ‘combater as doenças’ e ‘lutar contra’”, avalia.

Para ela, a internet colocou esse modelo em xeque tanto por ampliar a difusão para uma escala global quanto por trazer outros tipos de falas, com apelos mais emocionais. “As redes sociais começaram a propagar relatos a partir de outra forma de comunicação: é aquele pai ou aquela mãe que coloca um apelo emocional muito grande ao contar de um distúrbio do filho e diz ‘foi depois da vacina’”, detalha.

De acordo com a pesquisadora, a geração atual não enxerga mais os riscos das doenças, porque, devido ao sucesso do PNI, foi possível controlar a maioria delas e as notícias passaram a dar mais visibilidade aos efeitos adversos dos imunizantes. “A vacina, que antes era uma medida de proteção, se ressignifica como uma ameaça. Diferente de gerações anteriores, quando se ia vacinar entendendo que aquilo era um bem ou um direito, agora as decisões são muito baseadas na sensação de medo”, pontua. Ela também acredita que é preciso levar em conta outros fatores vividos pela sociedade brasileira, como o desmonte dos serviços do SUS e o desmantelamento da Atenção Primária. “Ações que já estavam tão sólidas, como pré-natal adequado e orientações sobre vacinação, foram fragilizadas”, conclui. Porém, como a queda também é notada em outros países, é preciso encarar esse fenômeno como provocado por muitos fatores.

Para José Cássio, os profissionais de saúde ainda sabem pouco como lidar com os boatos e a desinformação. “Temos que adquirir conhecimento a respeito de como essas informações estão circulando entre a população para que a gente possa atuar de forma adequada. Se não vamos ficar só no achismo”, defende. “O envolvimento da sociedade civil e dos profissionais de saúde fez diferença nas campanhas no passado. O que nós estamos discutindo agora é como continuar mobilizando a sociedade a entender a importância da vacinação”, conclui Carla Domingues. Esse é o desafio para que o Brasil continue a ser referência quando o assunto é imunização.

L I N H A D O T E M P O

1771

INOCULAÇÃO DA VACINA, PELA PRIMEIRA VEZ, NA INGLATERRA

1804

CHEGADA DA VACINA CONTRA A VARÍOLA AO BRASIL

1900–1901

CRIAÇÃO DO INSTITUTO SOROTERÁPICO DO RIO DE JANEIRO, COM DIREÇÃO DE OSWALDO CRUZ (FUTURA FIOCRUZ), E INSTITUTO SERUMTHERÁPICO, COM VITAL BRAZIL, EM SÃO PAULO (FUTURO INSTITUTO BUTANTAN)

1904

REVOLTA DA VACINA

1942

ELIMINAÇÃO DA FEBRE AMARELA URBANA NO BRASIL

1973

CRIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI)

1976

CRIAÇÃO DO INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS (BIO-MANGUINHOS, DA FIOCRUZ)

1977

PRIMEIRO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO

1985

PROGRAMA DE AUTOSSUFICIÊNCIA NACIONAL EM IMUNOBIOLOGICOS (PASNI), VOLTADO AO SUPRIMENTO DA DEMANDA NACIONAL DE VACINAS E SOROS

1986

NASCE O PERSONAGEM ZÉ GOTINHA

1989

ÚLTIMO CASO DE PÓLIO NO BRASIL, EM SOUZA (PB)

2004

INSTITUIÇÃO DOS CALENDÁRIOS DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DO ADULTO E IDOSO

2006

ELIMINAÇÃO DO TÉTANO NEONATAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, SEGUNDO OMS

2010

INSTITUIÇÃO DO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA OS POVOS INDÍGENAS

VEJA A LINHA COMPLETA NO SITE DA RADIS

Fonte: “Programa Nacional de Imunizações 40 anos” (Ministério da Saúde)

Histórico de proteção

O ano era 1953 e o Rio de Janeiro viveu a maior epidemia de poliomielite já registrada no país. A imprensa da época descrevia a ansiedade da população principalmente em relação às complicações características da forma paralítica da doença, que acometiam principalmente as crianças e podiam causar sequelas permanentes, insuficiência respiratória e até levar à morte.

Na mesma década, o norte-americano John Salk apresentou ao mundo a vacina de vírus inativos (VIP), em 1954, e o polonês Albert Sabin descobriu a vacina oral contra a pólio (VOP), a popular “gotinha”, em 1957. Na década de 1980, a mobilização brasileira nos dias nacionais de vacinação e nas ações de rotina levou à eliminação da doença no país, que teve o último caso em 1989, na cidade de Souza, na Paraíba.

A médica paraibana Maria de Lourdes de Souza Maia fez parte dessa história de imunização contra a pólio, ao coordenar o Programa Estadual de Imunizações no Rio de Janeiro no início dos anos 1980. “Se a gente conseguiu fazer uma mobilização da população e tirar o pólio vírus selvagem do país, como é que a gente não consegue hoje animar esse povo?”, questiona à *Radis*; Anos depois, entre 1995 e 2005, ela esteve à frente do PNI.

Segunda a médica, é preciso construir estratégias para engajar novamente a população nas ações de imunização — ela compara com um casamento que perde o vigor com o tempo e que precisa se “reinventar” cotidianamente. “A gente só está culpabilizando uma população que esqueceu de vacinar porque não vê mais doenças. Controlar, eliminar ou até mesmo erradicar uma doença, a gente consegue; agora manter isso, aí é que está a dificuldade”, constata [leia entrevista completa na pág. ao lado].

Criado em 1973, o PNI nasceu antes da criação do SUS, em 1988 — mas foi com o SUS que ele se consolidou e ampliou tanto o número de vacinas quanto a parcela da população imunizada (coberturas). Atualmente, o programa oferece gratuitamente 45 tipos de imunobiológicos para prevenir e tratar doenças, dentre eles 28 vacinas, 13 soros animais (como o soro contra picadas de cobras) e 4 imunoglobulinas humanas — esse número também inclui a vacina antirrábica animal, utilizada em cães e gatos. As 19 vacinas presentes no calendário nacional são distribuídas em 36.738 salas espalhadas pelo país, geralmente em unidades básicas de saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 80% desses imunobiológicos contam com produção nacional, a maior parte em laboratórios públicos: dentre as vacinas, 18 são fabricadas em instituições públicas; três são compradas de empresas nacionais; e sete são adquiridas no mercado internacional, por meio da Opas. Já os soros são todos produzidos em laboratórios públicos do país.

Dentre esses, os principais são Bio-Manguinhos/Fiocruz, a Fundação Atauilho de Paiva e o Instituto Vital Brazil, no Rio de Janeiro; o Instituto Butantan, em São Paulo; o Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar); e a Fundação Ezequiel Dias, em Minas Gerais. “O papel do PNI foi fundamental para fortalecer o parque produtor [de imunobiológicos] e deu ao país a segurança de não ter falta de vacina”, ressalta Maria de Lourdes. (LFS)

Hora de renovar estratégias

Durante dez anos, a paraibana Maria de Lourdes de Sousa Maia — também conhecida como Lurdinha — esteve à frente do programa responsável pela vacinação de todos os brasileiros. A médica formada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em 1976, assumiu a coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1995, e foi responsável pela ampliação do calendário vacinal de quatro para 13 vacinas.

Substituíu a vacina monovalente contra o sarampo pela tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola) para crianças de 1 a 11 anos de idade e implantou a vacina contra a rubéola para mulheres em idade fértil. Também durante sua coordenação, o PNI iniciou, em 1999, as campanhas de vacinação contra a gripe para a população idosa (a partir de 65 anos). Outra mudança importante foi a instituição, em 2004, dos calendários voltados para adolescentes e para adultos e idosos, complementares ao Calendário Básico da Criança.

Em sua sala no Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), na Fiocruz, onde atualmente coordena a Assessoria Clínica, Maria de Lourdes conversou com *Radis* sobre sua trajetória no PNI e os desafios atuais do programa. Em relação às quedas recentes nas coberturas, ela defende manter a vigilância e o empenho em relação às estratégias de imunização.

Que desafios enfrentou ao assumir a chefia do PNI?

A primeira coisa que pensei é que eu não conseguiria sozinha fazer aquele programa ser o gigante que foi e precisava ser. Eu tinha coordenado antes, em 1983, o Programa Estadual de Imunizações do Rio de Janeiro. Quando me chamaram, já tinha saído da imunização há muito tempo e estava coordenando os programas de saúde nos Cieps [Centros Integrados de Educação Pública]. Fui a Araraquara (SP) encontrar o Dr. Edmundo Juarez, presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e fiz uma imersão em uma unidade de saúde. Uma das coisas que ele me dizia era: “Lurdinha, uma criança só é vacinada quando a agulha encosta no bracinho dela. Enquanto isso não se der, o seu papel não acabou”. Isso me guiou a pensar que não adianta botar uma coisa bonita no papel, mandar para os estados e os municípios e deixar que eles executem. Não! É preciso organizar a imunização até que uma criança tenha um encontro com a vacina no bracinho dela.

Como foi organizar o PNI em um país extenso e complexo como o Brasil?

O primeiro passo foi fortalecer um programa que já existia desde 1973. Ele precisava ser colocado na agenda política dos governantes. A gente criou grupos de supervisores: um determinado



EDUARDO DE OLIVEIRA

estado mais organizado “adotava” outro menos organizados, ao mesmo tempo levando sua experiência e gerando troca de saberes. Precisávamos de parcerias com os estados e as sociedades de classe. A principal que ajudou muito nesse processo foi a Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB), que abriu espaço nos seus serões científicos para os coordenadores estaduais de imunizações participarem. A Opas também ajudou muito, orientando a rede de frios [que armazena imunobiológicos] desse país. Outra parceria foi com o Comitê Técnico Assessor de Imunizações (CTAI) [criado em 1991, para auxiliar as políticas de imunização].

Como as coberturas foram ampliadas e como foi feito o aumento do número de vacinas no calendário?

Antes de ampliar a oferta, a gente foi cuidar de como guardar essas vacinas. Aí veio a rede de frios. Também nessa época nos empenhamos para que as decisões fossem tomadas de forma científica e não política. Começamos a pedir estudos com pesquisas clínicas para que pudéssemos decidir quais vacinas adotar. Para decidir se íamos aumentar ou não os imunobiológicos, fizemos cálculo de custo-efetividade. Qual entra primeiro? Qual entra depois? Também nessa época impulsionamos os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries). A ideia era ter pelo menos um Crie por estado, encarregado de distribuir as vacinas e imunoglobulinas que não constam do calendário básico e que estariam disponíveis para situações especiais. Também colocamos em pauta a vigilância de eventos adversos.

Como foi construída a rede para armazenar e distribuir as vacinas para os municípios?

A gente não tinha nenhuma área própria para armazenamento dos imunobiológicos. Pagavam-se galpões no Rio de Janeiro para armazenar as vacinas antes de distribuir para os estados. O Exército brasileiro nos deu um espaço onde construímos a Central Nacional de Distribuição de Imunobiológicos (Cenadi),

no Rio de Janeiro. Também construímos centrais estaduais e regionais. Compramos caminhões para distribuir pelo interior dos estados. Também organizamos quem pegava nas centrais para distribuir para cada regional e cada município.

Como enfrentar as desigualdades e garantir coberturas homogêneas em todo o país?

Nesse trabalho de conhecer o país, nós vimos que cada região é um mundo. A região Norte é muito diferente do restante do país, pelas dificuldades geográficas e de acesso. Se você olhar São Paulo, encontra áreas semelhantes ao Norte. Se olhar Minas Gerais, existem áreas semelhantes ao Nordeste. Mas o Norte precisa de mais atenção, pelas dificuldades geográficas, de transporte e acesso. Existem áreas de difícil acesso em que só se chega de barco. Mesmo assim, as vacinas chegam lá. Fazíamos operações de vacinação, com apoio da Marinha, Exército e Aeronáutica, nessas áreas mais afastadas (a chamada Operação Gota).

Qual a importância dos profissionais da atenção básica na vacinação?

Eu encontrei profissionais de saúde ávidos por conhecimento e uma população que se sentia agradecida quando chegava até eles um bem maior, pois viam que seus filhos não adoeciam. Encontrei pessoas abnegadas trabalhando nas salas e campanhas de vacinação por esse país, anônimos, dando sangue, querendo fazer acontecer. Pela experiência que tive, se lhes é dado condições mínimas de trabalho, às vezes até mesmo sem condições, eles embarcam e fazem diferença. Vão junto mesmo.

E qual é o papel das campanhas de vacinação e a importância da vacinação de rotina?

Ignorante como eu era, cheguei condenando as campanhas. Dizia: “Não pode, tem que ser rotina, temos que priorizar o dia a dia”. Depois você percebe que não dá para ser assim. Dependendo do que se quer alcançar, no tempo que se quer alcançar, é preciso alterar as estratégias. As campanhas de vacinação eram necessárias e o país só conseguiu controlar e eliminar algumas doenças por conta das campanhas. Mas elas não são impeditivas do fortalecimento das ações de rotina. E devem ser ações determinadas, num tempo pré-determinado, observando a diversidade geográfica para poder atuar. Eu conversava com os coordenadores estaduais para decidirmos juntos a melhor data, levando em consideração fatores geográficos, dinheiro, chegada de vacina, pessoal, capacitação e preparação. No Amazonas, dias antes começávamos a vacinar as áreas de difícil acesso e, no dia em que o Brasil todo começava, eles também entravam junto e assim todos os estados terminavam juntos.

O que representou a eliminação da pólio no Brasil?

Eu vi morrer pessoas infectadas com a pólio. Na época eu fazia infectologia no Nordeste e existiam os pulmões de aço em que as crianças ficavam. Ficar com sequelas era o de menos. Pior era

a gente ver morrer sabendo que as mortes podiam ser evitadas com vacinas. Era um desafio muito grande, porque a circulação do vírus não é fácil de controlar. Se a gente conseguiu fazer uma mobilização da população e tirar do país o pólio vírus selvagem, como é que a gente não consegue hoje animar esse povo?

O que explica as quedas recentes nas coberturas vacinais?

Hoje o calendário de vacinação do PNI é extenso, com vacinas com valor agregado maior, que custam mais caro. É o caso das vacinas para rotavírus, pneumocócica, HPV. Mas não faltam recursos para o PNI. Ele é garantido por lei. Então se eu tenho o produto, e esse produto chega, quais são as causas das baixas coberturas? Eu digo que são muitos os fatores. Pessoalmente não acredito que os movimentos antivacinas tenham essa

força no país como ocorre em outros lugares. O contexto de corrupção e de desmandos do país leva de alguma forma as pessoas a se sentirem descredenciadas com as instituições, quase não acreditando mais que esse país tenha jeito. E talvez isso faça com que aquela garra seja abalada.

“Controlar, eliminar ou até mesmo erradicar uma doença, a gente consegue; agora, manter sob controle uma doença que acham que já não existe mais, isso é difícil.”

Por que imunizar a população deve ser uma prioridade?

Porque com ele diminuimos a mortalidade infantil. Também diminuimos os custos com internações hospitalares e aumentamos a qualidade de vida. A chamada proteção de rebanho é quando um grande número de pessoas é vacinado, em torno de 95%, e quem não recebeu a vacina estará protegido, porque isso impede a circulação dos agentes causadores. Quando caem as coberturas, pode vir a repercutir no retorno de doenças. Precisa ter garra, precisa ter sangue, não pode parar. Quando atingimos a cobertura de 95% para o sarampo e a pólio, eu perguntei: “E agora, qual a próxima ação?” Vamos fazer monitoramento. Vamos ver se essas coberturas são reais. Existe o monitoramento rápido, uma metodologia da Opas que verifica se aquelas crianças estão mesmo vacinadas. É preciso que a população saiba que é necessário manter as coberturas se não as doenças voltam. E voltam com força total.

Quais os desafios que estão colocados atualmente?

A gente só está culpando uma população que esqueceu de vacinar porque não vê mais doenças. A gente só fica falando de *fake news*. Isso contribui, mas não é só isso. Como a gente faz com uma coisa que estava tão boa não seja trocada por outra prioridade? Tem algo que eu sempre costumava dizer ao pessoal: “Casar não é difícil. Manter um excelente casamento com qualidade, aí é que está a dificuldade”. O que eu quero dizer é que controlar, eliminar ou até mesmo erradicar uma doença, a gente consegue; agora manter sob controle uma doença que ninguém mais ouviu falar, acha que já não existe mais, isso é difícil. É preciso a todo dia estar se renovando. Renovar não é apenas dar um aporte financeiro e de produtos. É preciso “sacudir”. Como a gente faz para continuar como éramos no primeiro dia? É botar garra nas coisas. Não é só botar dinheiro, é uma gestão, que vai desde o nível nacional até a unidade de saúde. (LFS) 



ASCOM/CNS

CNS RENOVA GESTÃO

Representante dos usuários, Fernando Pigatto foi eleito presidente do pleno



O Conselho Nacional de Saúde encerrou seu processo eleitoral, em 14 de dezembro, com a escolha do representante dos usuários Fernando Zasso Pigatto para presidir o pleno. Fernando é conselheiro nacional de saúde desde 2014, ligado à Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), e coordenou a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Lenir Santos, do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), retirou sua candidatura na véspera da votação, em nome da unidade. “Estava pactuado que um usuário assumiria a presidência, por um revezamento na função com o segmento dos trabalhadores [do presidente anterior, o farmacêutico Ronald Ferreira dos Santos]. Mesmo assim, foi um processo construído com bastante diálogo com todas as entidades e suas representações, inclusive com a conselheira Lenir”, conta Pigatto à *Radis*.

Dos 143 conselheiros (titulares e suplentes) da gestão 2018 a 2021, 60 são novos nomes — uma renovação de 40%. Compõem a mesa diretora, responsável por conduzir as ações e decisões do colegiado, os usuários André Luiz (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, CNBB), Moysés Toniolo (Articulação Nacional da Aids, An aids) e Vanja Andréia (União Brasileira de Mulheres, UBM), as profissionais de Saúde

Elaine Junger Pelaez (Conselho Federal de Serviço Social, CFESS) e Priscilla Viegas (Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais, Abrato) e os gestores Jurandir Frutuoso (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conass) e Neilton Araújo (Ministério da Saúde, MS).

Segundo Pigatto, a defesa do SUS e da democracia — tema da 16ª Conferência Nacional de Saúde, marcada para agosto, em Brasília (leia mais na pág. 34) — devem ser o guia de seu mandato. “Vamos respeitar as diferenças, deixando o confronto para o campo das ideias”, diz, quando perguntado sobre a relação com o governo eleito. “O Ministério da Saúde tem seis titulares e 12 suplentes no CNS e ali defende suas posições, como aconteceu durante o governo Temer, para que o pleno avalie e se posicione. Isso é o debate democrático”.

Diante do anúncio de que a saúde não deve ganhar novas fontes de financiamento, o presidente do CNS reforça o chamado para assinaturas no abaixo-assinado (veja em conselho.saude.gov.br) que pretende impedir a execução da Emenda Constitucional 95, que estabelece limite de gastos. O documento deve ser anexado à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.658, cuja relatora é a ministra do STF Rosa Weber.

TRATAMENTO

Injeção de penicilina benzatina, que pode ser aplicada na unidade básica de saúde.

TRANSMISSÃO

A sífilis pode ser transmitida por relação sexual sem camisinha com uma pessoa infectada, ou da gestante para a criança durante a gestação ou parto.

PREVENÇÃO

O uso correto e regular da camisinha feminina ou masculina é uma medida importante. O acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal contribui para o controle da sífilis congênita.

A médica de família Júlia Rocha registrou recentemente em sua página no Facebook indignação com um caso que atendeu: “Quando você descobre que aquela idosa de 80 anos que já passou por outros seis profissionais e está tomando diversos medicamentos psiquiátricos na tentativa de conter seus sintomas (sem sucesso) tem sífilis há décadas e isso causou comprometimento neurológico mas ninguém pediu um exame básico e, por isso, ela não foi tratada e sim rotulada de queixosa”. Nos comentários, uma colega reforça: “A sorologia para sífilis é exame de triagem em síndromes demenciais e sintomas ‘psiquiátricos’ no idoso! Está no protocolo de investigação de demências! Como que ninguém pediu antes?!”

SÍFILIS É EPIDEMIA

Infecção sexualmente transmissível cresceu 48% em um ano

Esse “esquecimento” em torno da prevenção e tratamento da doença está cobrando o seu preço em termos de estratégias de saúde pública. Desde que foi tornada de notificação obrigatória, em 2010, os dados mostram curvas extremamente altas de crescimento da sífilis, mesmo sendo curável, com tratamento relativamente barato (o mais clássico dos antibióticos, a penicilina) e disponível na rede pública. O Brasil vive uma epidemia, reconhecida pelas autoridades de saúde em 2016. De qualquer ângulo que se olhem os dados epidemiológicos, a doença está crescendo. O número de infectados aumentou 48% de 2016 para 2017. No ano passado foram notificados 13.328 casos de sífilis adquirida, aquela que ocorre em adultos — para efeito de controle, ela é dividida em sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita (transmitida na gravidez ou parto para o bebê).

“Até 2014, o crescimento dos números poderia refletir apenas um aumento de notificação, uma vez que a sífilis adquirida se tornou de notificação obrigatória somente em 2010. Mas, depois disso, não parece ser o caso. Há evidências que sugerem um aumento real da circulação da bactéria na população”, comenta a epidemiologista Rosa Domingues, pesquisadora do

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz). As fontes oficiais atribuem o aumento de notificações, “em parte”, ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos.

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, que, por sua forma espiralada ao ser vista no microscópio, é conhecida também como espiroqueta. Pode ser transmitida ainda por transfusão de sangue contaminado ou da mãe para o bebê durante a gravidez ou parto. Até o século 19, era cercada de estigma e considerada a “doença venérea” (termo que caiu em desuso) por excelência — antes do advento do antibiótico, vitimou inúmeros artistas e escritores. Uma grave epidemia assolou a Europa ao longo dos séculos 16 e 17. Há registros de sequelas da sífilis em ossadas milenares nas Américas, mas a origem da circulação do *Treponema* não está totalmente esclarecida.

Os sintomas se manifestam no corpo em três estágios, explica a infectologista Cristina Hofer, professora do departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Na chamada fase primária, uma ferida profunda, indolor

e sem crosta aparece depois de 10 dias da infecção (mas pode ocorrer até 3 meses após) no órgão genital. “Na mulher, a lesão pode ficar na área interna da vagina e, como não dói, pode passar totalmente despercebida e não receber nenhum tratamento”, alerta Cristina. Sendo ou não tratada, essa lesão some naturalmente. Mas, sem tratamento, a bactéria permanece circulando no corpo.

Então, vem a fase secundária, com febre, ínguas e erupções na pele. “Os sintomas podem ser confundidos com viroses ou reações alérgicas, e se a doença não receber o cuidado adequado, continua circulando e sendo transmitida”, explica a médica. Na fase terciária, afeta os ossos, o coração, os olhos e os grandes vasos sanguíneos e causa sintomas neurológicos, como o citado por Júlia Rocha, podendo levar à morte ou deixar sequelas.

MULHERES VULNERÁVEIS

Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis 2018 mostram que a taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 44,1 por grupo de 100 mil habitantes, em 2016, para 58,1 por 100 mil, em 2017. O boletim indica que o grupo populacional mais afetado é o de mulheres, principalmente as negras e jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, que somam 14,4% de todos os casos de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes. Em 2017, foram 10 casos em mulheres para cada sete casos em homens, razão que vem se mantendo estável desde 2014.

A infecção vem se instalando entre os segmentos mais jovens da população brasileira, “o que impõe a necessidade de desenvolver estratégias intersetoriais, incluindo ações de prevenção nas escolas e nas redes de interação juvenil”, como recomenda o texto do boletim. Campanhas publicitárias de âmbito nacional voltadas ao público jovem já podem ser vistas em grandes cidades do país, como cartazes nas estações do metrô do Rio de Janeiro. “É alarmante a situação”, conclui Cristina.

“A doença é considerada negligenciada e está relacionada a pessoas em situação de vulnerabilidade social. Não se pesquisa mais sobre ela. Testes mais precisos não são desenvolvidos. Um exame um pouco mais detalhado, e necessário para as grávidas que apresentarem sorologia positiva no teste rápido, o VDRL, pode levar meses para retornar do laboratório”, relata a médica.

O principal tratamento é a injeção de penicilina benzatina ou benzetacil, dolorosa. Houve desabastecimento do produto em todo o país em 2017, por fatores do mercado global — justamente porque o medicamento é barato, o preço de compra estava abaixo do custo de produção. Rosa esclarece que o sistema de saúde ainda tem entraves de cuidado, ligadas à aplicação da injeção. “Muitas unidades preferem encaminhar para a emergência, em vez de aplicar ali mesmo”, conta. Outra questão é que implica comunicar o resultado positivo do exame para o parceiro e tratá-lo junto. “O machismo e a negligência dos parceiros estão relacionados a muitos casos de reinfecção, na avaliação de Cristina: “É comum que uma mulher já tratada volte porque o parceiro recusou se tratar”.

SÍFILIS CONGÊNITA

Fernanda (nome fictício) decidiu fazer o pré-natal em uma clínica particular. Ao longo da gravidez, passou por diferentes exames. Nenhum para detectar sífilis. Seu bebê nasceu com alterações na coagulação, icterício (coloração amarelada na pele decorrente de alterações no funcionamento do fígado), problemas no baço e precisou ficar 10 dias internado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Cristina, a médica que atendeu o menino, conta que a doença é cada vez mais frequente por ali. “É um problema que acarreta até falta de leitos nas maternidades, porque o bebê que nasce com a doença precisa ficar internado e algumas vezes necessita ir para a Unidade de Tratamento Intensivo”, constata ela.

O número de bebês nascidos com sífilis quadruplicou nos últimos 10 anos — em 2007, a taxa era de 1,9 casos para cada mil crianças nascidas vivas; em 2017; de 8,6 casos por

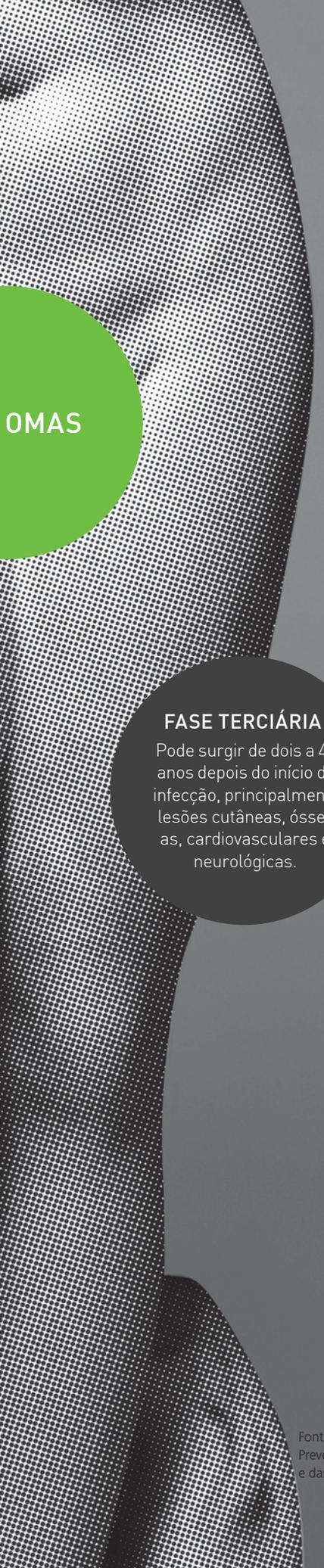
FASE PRIMÁRIA

Ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca), que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio. Não dói, não coça, não arde e não tem pus. Pode estar acompanhada de ínguas na virilha.

SINT

FASE SECUNDÁRIA

Febre, mal-estar, dor de cabeça e ínguas aparecem entre seis semanas e seis meses do surgimento da ferida inicial. Podem ocorrer manchas que não coçam, geralmente nas palmas das mãos e plantas dos pés.



OMAS

FASE TERCIÁRIA

Pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas.

cada mil nascidos vivos. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como meta menos de meio caso para mil nascidos vivos. O Brasil está 16 vezes acima. Alguns estados apresentam taxa ainda maior do que a média nacional. A cidade de Porto Alegre, por exemplo, tem 32,8 casos por mil nascidos vivos. “Cerca de 85% dos registros de sífilis congênita na América Latina acontecem no Brasil. Quando se tira o país da conta, a doença está estável na região”, ressalta Rosa.

Toda gestante, durante o pré-natal, deve ser testada. Cristina indica que o protocolo de consulta inicial de gestantes são três testes rápidos: para HIV, sífilis e hepatites B e C. Mesmo se o exame resultar negativo, precisa ser repetido a cada trimestre da gravidez. “Mulheres fazem sexo também quando estão grávidas”, lembra a médica. Ou seja, pode acontecer infecção ou reinfecção (quando depois de tratada a grávida é exposta novamente à bactéria), se o parceiro não for tratado.

A pesquisa Nascer no Brasil mostrou que 99% das brasileiras passam por pelo menos uma consulta de pré-natal, grande oportunidade que o sistema de saúde tem de diagnosticar e tratar a infecção e impedir a transmissão para o bebê. Na Estratégia Saúde da Família, para diagnóstico de sífilis em gestantes, o protocolo é o uso do teste rápido. O resultado sai em 30 minutos. “Se a gestante for tratada corretamente, a transmissão vertical é evitada em 97% dos casos. Para isso, é preciso que a dose certa da penicilina seja administrada”, explica Rosa.

O tratamento da sífilis congênita tem um inimigo: o calendário. “Se você considerar que a maioria das gestantes não começa o pré-natal no primeiro trimestre, a janela de oportunidade é muito curta. É uma questão de organização. Eu sou uma defensora do teste rápido mas reconheço que ele implica em mudanças na forma como a equipe de atenção básica se organiza”, analisa.

Testar as grávidas e tratar elas e seus parceiros a tempo é a única forma de garantir que a criança nasça livre da bactéria. No entanto, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, mais de 40% das mulheres que têm a doença, que causa graves danos ao feto, só descobre o fato na hora do parto, curetagem ou aborto. O município do Rio de Janeiro é o lugar do país que tem as mais altas taxas de sífilis em gestantes, de 35,6 casos por mil nascidos vivos.

“Houve diminuição da subnotificação, entretanto há ineficiência no diagnóstico precoce e no tratamento adequado materno e de seu parceiro. Esse resultado é preocupante já que a sífilis gestacional é diagnosticada e tratada rapidamente por um baixo custo e com fácil acesso nas unidades básicas, demonstrando que há falhas na implementação das medidas de prevenção e de controle na atenção primária”, apontou a pesquisadora Marcela Pegoraro Bottega no artigo “Sífilis congênita: a incidência no Brasil e seus determinantes”, publicado em 2018 no periódico Anais da Medicina.

A sífilis congênita pode causar abortamento e morte do bebê pouco depois do nascimento. Em 2017, foram 206 óbitos por sífilis congênita no país, uma taxa de 7,2 casos por mil nascidos vivos, e as séries históricas mostram que a taxa vem crescendo em ritmo acelerado ano a ano. Na comparação com o controle de outras infecções sexualmente transmissíveis que podem acometer o bebê ao nascer, o controle da sífilis perde feio: “Temos observado uma grande queda na transmissão vertical do HIV, mas esse progresso não se reflete em uma doença tão antiga quanto a sífilis”, constata Cristina.

“Um dos fatores é que a sífilis pode ser transmitida durante todas as fases da gravidez da mãe para o bebê por via placentária, enquanto o controle da transmissão vertical do HIV se dá na maior parte dos casos com cuidados especiais na hora do parto”, explica a infectologista. A sífilis no bebê é doença de notificação obrigatória. “Para que o parto seja pago pelo SUS é obrigatório o VDRL do bebê, feito após a clampeagem do cordão umbilical”, reforça Cristina.

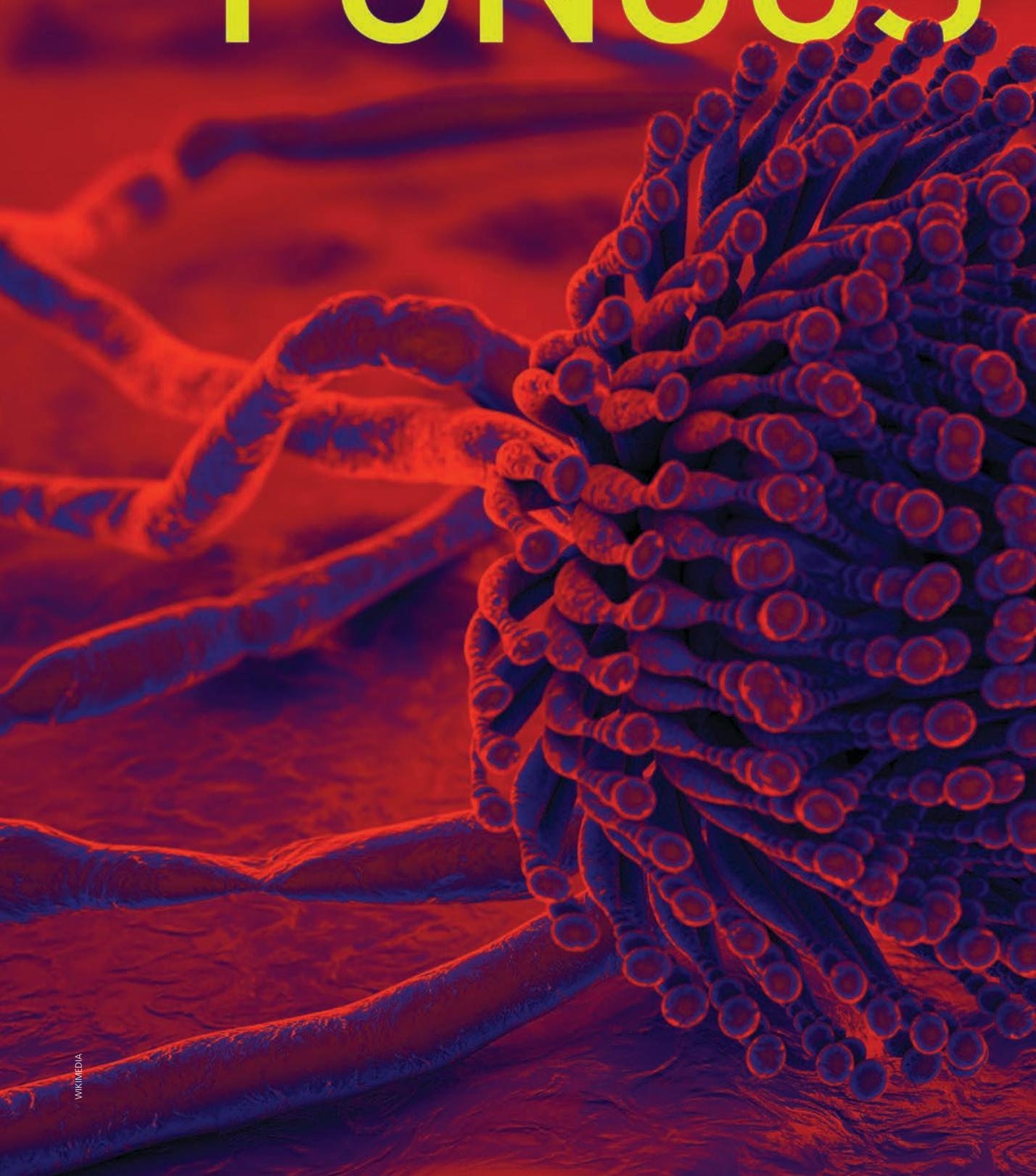
O boletim epidemiológico da doença mostra que para 90% das gestantes diagnosticadas foi prescrita a medicação, mas os altos percentuais de tratamentos prescritos não significam necessariamente altos percentuais do tratamento. “A mulher precisa entender a doença que tem, caso contrário, como ela vai aderir a um tratamento?”, questiona Rosa. 

Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

SAIBA MAIS

Ministério da Saúde www.aids.gov.br/sifilis
Boletim Epidemiológico Sífilis 2018 bit.ly/2ECws8f

AVANÇO DOS FUNGOS



Esporotricose, aspergilose, candidemia, criptococose, paracoco: infecções fúngicas são graves, deixam sequelas e podem levar à morte

LISEANE MOROSINI

A imagem é de um exército de micro-organismos que marcham em várias frentes e promovem uma invasão constante e silenciosa no corpo humano e, também, no território: os fungos ocupam cada vez mais espaço e se alastram de Norte a Sul. No Brasil, estimativas do Ministério da Saúde, de 2016, sugerem que mais de 3,8 milhões de indivíduos sofram de alguma infecção fúngica séria. Só em 2017, houve 390 mil casos de aspergilose alérgica bronco-pulmonar; quase 600 mil de asma severa afetada por fungos, principalmente *Aspergillus sp*; 28 mil casos de candidemia, causada pela presença de fungos do gênero *Candida* no sangue; e 6,8 mil casos de meningite por *Cryptococcus*. O custo estimado por paciente com uma micose disseminada, durante todo o tratamento, pode superar 250 mil reais por paciente.

Estima-se que há cerca de 300 espécies de fungos que podem prejudicar a saúde. Em todo o mundo, quase um bilhão de pessoas têm micoses superficiais, que atingem pele e cabelo, sendo esta a quarta causa geral de infecção, segundo informações divulgadas pelo Fundo Global de Ações contra Infecções Fúngicas (*Gaffi*, na sigla em inglês). Se os fungos já foram considerados pouco agressivos, hoje essas infecções são graves, deixam sequelas permanentes e podem até levar à morte. A Organização Mundial da Saúde divulgou que, em 2016, as mortes relatadas por infecções fúngicas foram a quinta causa de mortalidade no mundo, ficando atrás apenas de tuberculose, diarreia, acidentes de trânsito e diabetes. As micoses mais severas, chamadas de sistêmicas, causam cerca de 1,6 milhão de mortes por ano, informou a OMS.

CONTAMINAÇÃO AMBIENTAL

Micose é o nome genérico que é dado às infecções causadas por fungos. “Os fungos estão espalhados pela natureza inteira”, explica Marcio Lourenço Rodrigues, pesquisador do Instituto Carlos Chagas (ICC/Fiocruz). “Estão no solo, nas árvores, em fezes de animais como pombos. Temos contato contínuo com esses organismos”. Muitas vezes é o homem que adentra o *habitat* dos micro-organismos, por meio do desmatamento de áreas, do trabalho desprotegido na terra ou pelo contato com fezes e animais.

Segundo Marcio, as micoses superficiais que atingem pele, unhas e couro cabeludo, como a frieira (conhecida como pé de atleta) e a micose de unha (onicomicose), causam problemas estéticos e menos graves à saúde humana. O pesquisador explica, no entanto, que um ferimento pode ser a porta de entrada para um grupo de fungos atingir tecidos um pouco mais profundos e provocar sérios problemas. Nesse segundo grupo, estão

“Temos contato contínuo com esses organismos. Estão espalhados pela natureza inteira, no solo, nas árvores, em fezes de animais.”

Marcio Lourenço, pesquisador do ICC

as micoses subcutâneas, quando os esporos dos fungos são inoculados e causam doenças como esporotricose, lobocomicose e cromoblastomicose. “Casos como esses são comuns em pessoas que mexem com terra e têm contato com animais contaminados e suas fezes”, observa.

São as micoses sistêmicas, as que levam a infecção para todo o organismo humano, que mais chamam a atenção do pesquisador. Elas afetam o sistema respiratório, nervoso, digestivo, circulatório ou osteoarticular, englobando algumas doenças como paracoccidiodomicose, aspergilose, criptococose e histoplasmosose (ver quadro). De acordo com Marcio, em geral, o desenvolvimento dessas micoses está associado à baixa imunidade. “É como se o fungo se aproveitasse de defeitos no sistema imunológico para colonizar diferentes órgãos”, salienta. Ele indica que essas infecções são comuns em pessoas transplantadas, com aids e câncer ou que estejam internadas em unidades intensivas fazendo uso de cateter. “Quando a pessoa tem alguma deficiência imunológica, os fungos são capazes de causar doenças bastante sérias e com tratamento muito longo, difícil e caro”. Algumas delas são resistentes aos próprios antifúngicos.

Na região metropolitana do Rio de Janeiro, de Pernambuco e da Bahia, a epidemia de esporotricose é realidade. Causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*,

■ CANDIDÍASE

Causada por fungos do gênero *Candida*, afeta principalmente a pele e as mucosas dos órgãos sexuais e do tubo digestório (principalmente na boca e esôfago). Pode ser transmitida por relação sexual. Muito associada à queda da imunidade como na aids, ao uso de antibióticos, anticoncepcionais, imunossuppressores e corticóides, à gravidez, diabetes, alergias e ao HPV (papiloma vírus). Nas formas disseminadas pelo sangue, atinge qualquer órgão, mais intensamente as vias urinárias e os rins, e requer imediato tratamento hospitalar.

SINTOMAS

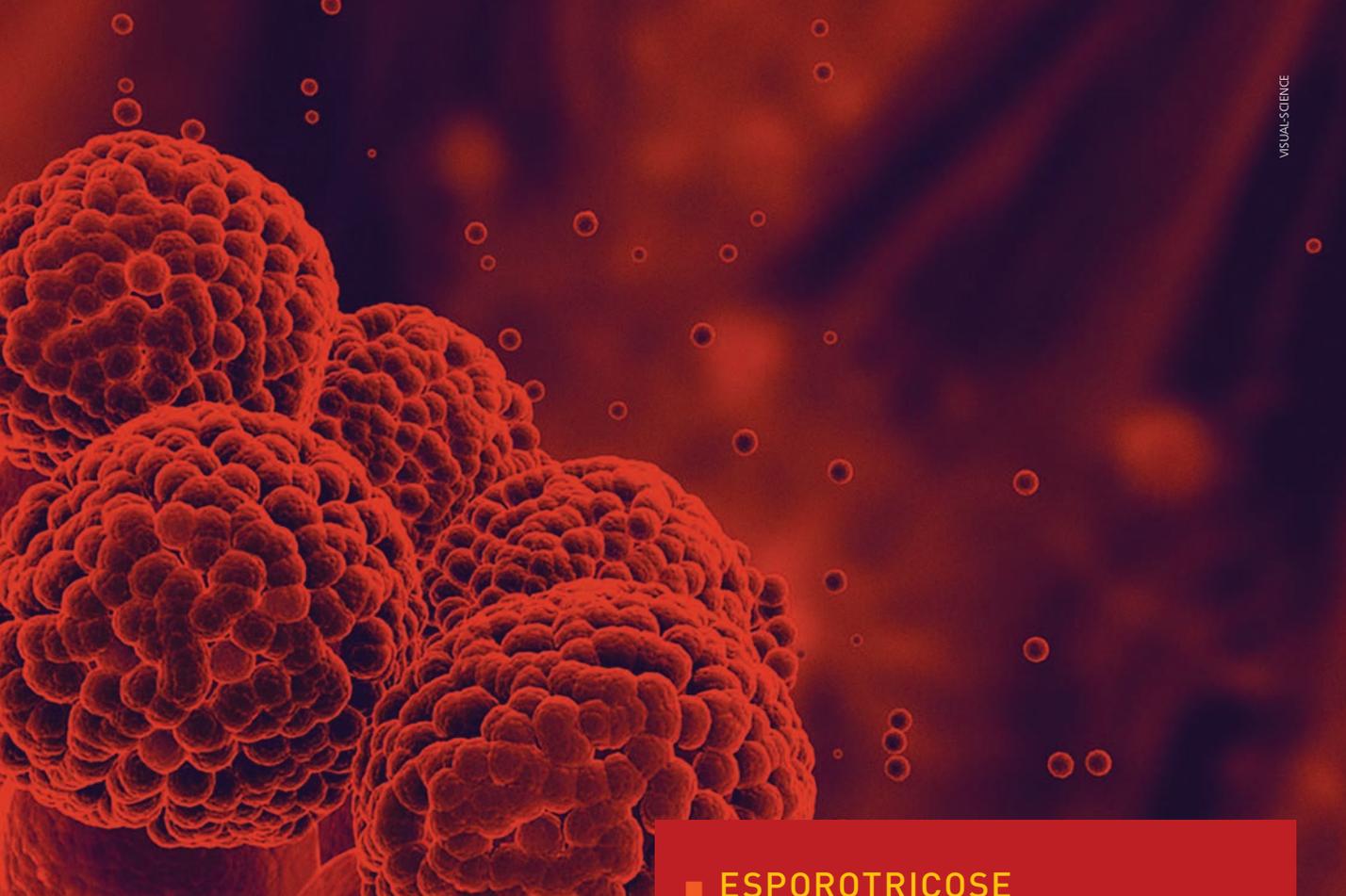
Na boca provoca placas brancas, fissuras e aftas também conhecidas como sapinho. Na pele, provoca vermelhidão, coceira, dor e ardor. Na região genital, provoca coceira, fissuras, manchas, ardor, secreção e inflamação na região genital. No homem, aparece vermelhidão e lesões em forma de pontos mais inflamados. Nas mulheres, é comum o aparecimento de um corrimento branco.

CUIDADO

- Faça sexo seguro. Use sempre camisinha na relação sexual.
- Não compartilhe objetos como copos, talheres e pratos.
- Evite usar roupas muito justas e sintéticas.
- Não permaneça muito tempo com roupas molhadas.
- Ande sempre de chinelos em locais públicos.
- Seque bem o corpo após o banho.

encontrado no solo, em vegetais ou madeiras, essa é uma doença fúngica que acomete a pele. A transmissão se dá por meio do contato com materiais contaminados, como farpas ou espinhos, e por mordidas ou arranhões de animais infectados, especialmente de gatos. De acordo com informações da Secretaria Estadual de Saúde, entre 2010 e 2017 foram registrados 3.878 casos de esporotricose humana na capital. A infecção afeta predominantemente mulheres de 20 a 59 anos, podendo refletir um comportamento feminino de maior proximidade com os gatos e, portanto, maior risco de exposição à doença.

Os números oficiais mostram a amplitude do problema: no Rio, o aumento dos casos fez com que a doença passasse a integrar a lista de notificação compulsória, a partir de julho de 2013; em Camaçari, região metropolitana de Salvador, houve aumento de 475% nos registros de esporotricose humana, de 2015 a 2017. Desde 1998,



o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/ Fiocruz), referência para o estado fluminense, atendeu quase cinco mil pacientes humanos com a doença. Os pacientes felinos chegaram a 4,9 mil diagnósticos até 2017, e os caninos, a 278. Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, no Brasil, além da incapacidade de fazer diagnósticos em larga escala, falta acesso a remédios para tratar a doença — dependendo do caso, o tratamento supera doze meses. O animal também deve ser tratado e, se morrer, deve ser cremado.

No campo da comunicação e saúde, também há muito a ser feito para popularizar o conhecimento sobre essa infecção. A jornalista Helen Massote pesquisa a doença há dois anos, e observa que a demanda por informações sobre esporotricose no Portal Fiocruz, fonte para o assunto, é crescente e contínua. Segundo ela, mesmo em épocas em que há epidemias, as perguntas sobre esporotricose superam doenças como zika, dengue e chikungunya.

INVISIBILIDADE

Apesar de ser endêmica no Brasil há décadas, as perguntas dos internautas se referem ao tratamento e à medicação, assuntos que já deveriam ser conhecidos. Helen ressalta também o impacto da subnotificação, que dificulta que a doença seja validada. “A epidemia é ‘murmurante’. O que não é notificado, não é contemplado na previsão orçamentária e na respectiva execução financeira”, salienta. Segundo ela, os números da esporotricose revelam apenas a ponta do iceberg e refletem a

■ ESPOROTRICOSE

É uma micose subcutânea adquirida quando o fungo do gênero *Sporothrix* penetra no organismo por meio de uma ferida na pele. É encontrado em vegetais, espinhos, farpas, madeira, palha e gravetos em decomposição e na terra de jardins por isso é conhecida como “doença do jardineiro”. Popularmente, é também chamada de “doença do gato”, pois é transmitida pelo arranhão e pela mordida de gatos doentes em humanos, outros gatos e outros animais, como cães.

SINTOMAS

Feridas na pele e nas mucosas dos olhos, nariz e boca, com ou sem pus. Já tosse, falta de ar, dor ao respirar e febre ocorrem nos casos mais graves, quando o fungo afeta os pulmões.

CUIDADOS

- Use luvas, roupas de mangas longas e calçados para mexer em gatos doentes, plantas e terra.
- Se for arranhado ou mordido ou recebeu respingos da saliva do animal, lave bem o local com muita água ou soro fisiológico.
- Procure um veterinário se o seu bichinho estiver com feridas no focinho, orelhas e patas
- Isole o animal doente e use luvas para tocá-lo. Ele pode transmitir a doença durante o tratamento.
- Limpe o ambiente com água sanitária.
- Creme os animais mortos e não jogue no lixo ou enterre: o fungo sobrevive e contamina ainda mais a terra.

■ PARACOCCIDIOIDOMICOSE

Quando uma pessoa mexe na terra pode aspirar partículas do fungo *Paracoccidioides brasiliensis* junto com a poeira. Por isso, essa doença conhecida como Paracoco (PCM) é comum entre moradores e trabalhadores de áreas rurais, agricultores, lavradores e operários da construção civil. Quando não é descoberta no início, a doença pode afetar vários órgãos, como pulmões, pele, boca, garganta, sistema nervoso central e gânglios linfáticos.

SINTOMAS

Emagrecimento, falta de apetite, fraqueza, palidez, febre baixa, falta de ar e tosse com secreção às vezes tingida de raías de sangue, lesões e úlceras dolorosas na boca, atingindo lábios, gengiva, língua, garganta, ínguas – mais comuns no pescoço e nas axilas. Sem diagnóstico e tratamento corretos, as lesões evoluem e podem progredir provocando fibrose pulmonar progressiva e insuficiência respiratória, além de disseminar para outros órgãos e deixar sequelas irreversíveis.

CUIDADOS

- Após um dia de trabalho no campo, lave bem as mãos e tome um banho caprichado.
- No trabalho, use sempre equipamentos de proteção individual adequados, como máscaras, para não aspirar os esporos do fungo que estão na poeira da terra.

negligência em relação às infecções fúngicas. “Estamos tratando a conta-gotas uma epidemia que se dissemina pelo país”, diz.

Ao avanço silencioso e contínuo dos fungos não correspondem o fomento à pesquisa básica e investimentos para desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e medicamentos antifúngicos, diz Bodo Wanke, pesquisador do INI e coordenador do Laboratório de Referência Nacional em Micoses Sistêmicas (CGLAB/SVS/MS). Infectologista, Bodo resume o quadro da doença em uma só palavra: invisibilidade. “A grande maioria das micoses não são de notificação obrigatória e passam despercebidas pela vigilância epidemiológica de rotina. O Ministério da Saúde não prioriza o tema e se comporta como quem não quer saber do assunto porque tem problemas demais para resolver”, observa o micologista.

Bodo fundou o Laboratório de Micologia da Fiocruz, que desenvolve linhas de serviço e pesquisa integradas no estudo das micoses, desde o diagnóstico laboratorial até a identificação das fontes ambientais de seus agentes. A unidade recebe materiais clínicos e espécimes de fontes ambientais de outros estados, por meio da solicitação dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), bem como de unidades governamentais de atendimento de saúde, para investigação diagnóstica de casos isolados ou de surtos de micose sistêmica.

Na década de 90, os pesquisadores do laboratório descobriram e monitoraram surtos da Paracoccidioidomicose (PCM), doença negligenciada também conhecida como



paracoco, em uma tribo indígena em Roraima. A infecção é provocada quando esporos do fungo *Paracoccidioides brasiliensis* são aspirados. Se não regride, pode afetar pulmões, pele, ossos, meninges ou baço. Bodo avalia que, para ser enfrentada, requer estrutura para atendimento dos casos, profissionais capacitados e testes diagnósticos disponíveis nos serviços de saúde.

A doença foi descrita pela primeira vez em 1908 por Adolfo Lutz e 80% dos casos estão concentrados no Brasil. “À medida que o homem vai desbravando novas fronteiras, desflorestando e adentrando novos territórios para o aproveitamento agropecuário, o paracoco vai aparecendo em outras regiões”, alerta o micologista. A doença é muito presente no Piauí, com grande incidência no Sudeste, Sul e Centro Oeste do país. A contaminação acontece sobretudo durante o trabalho na lavoura, mas não está mais restrita à área rural. Em 2016, foi identificado um surto de PCM na região metropolitana do Rio de Janeiro após a construção de um arco rodoviário que derrubou a vegetação local e promoveu grande movimento de terra.

Bodo ressalta que a pessoa pode estar contaminada mas não desenvolver a doença. Ele explica que a virulência de um fungo difere da de patógenos como o bacilo de Koch, que provoca a tuberculose: “Bastam dez bacilos da tuberculose para causar a doença, mas é necessário um número muito maior de esporos de fungo para causar efeito similar”. Mesmo assim, ele adverte que a infecção fúngica por paracoco pode ser letal, caso não seja diagnosticada e tratada. “No Piauí, de 7% a 8% dos que são internados chegam a óbito”.

ALTA MORTALIDADE

A criptococose, doença causada pelo fungo *Cryptococcus*, se evoluir para a forma disseminada, pode causar meningite, e se não for tratada, leva à morte. “Ainda que a pessoa esteja sob cuidados médicos, a mortalidade pode chegar a 50%”, diz Marcio, do ICC. O pesquisador explica que pessoas vivendo com aids são especialmente suscetíveis ao *Cryptococcus neoformans*: “Na África subsaariana, onde a doença está fora de controle, a estimativa é que ocorram cerca de 200 mil mortes por ano associadas ao fungo. No Brasil, apesar de o sistema de controle ao HIV ser eficiente, estima-se que morram quase sete mil pacientes com aids por ano em decorrência do *Cryptococcus*”.

Segundo informações do Ministério da Saúde, de 1980 a 2012, 6% das pessoas com aids apresentaram criptococose. “O índice de mortalidade é muito alto. O paciente morre de uma infecção oportunista que poderia ser detectada logo no início”, salienta a pesquisadora Márcia Lazéra, do INI/Fiocruz. “O diagnóstico precoce é que pode fazer toda diferença”, diz ela, que defende que o sistema público adote o teste rápido, que fornece resultado em dez minutos. Com esse teste, a mortalidade relacionada a criptococose em pacientes com aids internados no INI/Fiocruz baixou de 40% para 10%, relata a

pesquisadora. “Já estamos diagnosticando os casos em estágio inicial. Paramos de enxugar gelo”.

Ela lembra ainda que uma outra espécie, *Cryptococcus gattii*, é endêmica nas regiões Norte e Nordeste e também apresenta alta letalidade, entre 35% a 40% dos casos detectados. O fungo está presente na madeira, utilizada na construção de casas, e é mais um que passa despercebido: “O *Cryptococcus neoformans* recebe muita atenção da Organização Mundial da Saúde. Mas o *gattii* não é enxergado”. Ela alerta que os pacientes afetados por essa variedade, quando conseguem sobreviver, podem ter sequelas graves, como cegueira e hidrocefalia. “Há pessoas com criptococose, e que não têm aids, que podem sobreviver em condições melhores caso tenham acesso ao diagnóstico precoce. Temos de pensar nelas”.

Marcio observa que o tratamento é pouco eficaz e que faltam recursos para tratar todos. “Geralmente o tratamento é feito com base em formulações menos custosas de antifúngicos, que causam vários efeitos tóxicos, dentre muitas outras complicações”. Como a criptococose não é de notificação compulsória, como a quase totalidade das doenças fúngicas, os dados são

■ CRIPTOCOCOSE

Ocorre quando a pessoa aspira o fungo *Cryptococcus neoformans*, que é encontrado em frutas, cereais, ocos de árvores e nas fezes de aves como os pombos. Não existe transmissão de uma pessoa para outra, nem de animais ao homem.

SINTOMAS

Variam de acordo com a área afetada: nos pulmões, na pele, onde aparecem lesões avermelhadas contendo secreção amarelada no centro, semelhante à espinha; erupções vermelhas em uma região específica ou por todo o corpo; ulcerações semelhantes a tumores. Na forma sistêmica, aparece como meningite subaguda ou crônica, com intensa dor de cabeça, enjoo, vômitos, rigidez de nuca, paralisia facial, febre e fraqueza, sudorese noturna, e alterações de visão.

CUIDADOS

- Evite a exposição direta ao fungo, que prolifera em ocos de árvore e fezes de aves.
- Evite alimentar pombos nas ruas e em praças para não disseminar os focos.
- Se for trabalhar com aves, sempre utilize máscaras e luvas.
- Use água e cloro para lavar as sujeiras dos pombais e das gaiolas de outras aves.

■ HISTOPLASMOSE

A infecção ocorre depois que a pessoa aspira esporos do fungo *Histoplasma capsulatum*, presente em ambientes onde se acumulam excrementos de morcegos ou de aves, como cavernas, grutas, galinheiros, pombais, ocos de árvore, poleiros, telhados e construções antigas. Como o solo pode estar contaminado, é comum entre agricultor, avicultor, operário da construção civil, trabalhador do setor de demolições e da limpeza urbana.

SINTOMAS

Semelhantes aos de uma gripe, pneumonia ou tuberculose (febre, calafrios, dor de cabeça, falta de ar e de apetite, tosse, dor no peito e dores musculares). Podem aparecer manchas ou lesões vermelhas na pele após a terceira ou quarta semana da infecção. Se esta se disseminar, pode provocar problemas pulmonares, cardíacos, meningite ou de qualquer outro órgão. Pode ser fatal, se não for diagnosticada e corretamente tratada.

CUIDADOS

- Use máscaras e luvas ao entrar em cavernas, grutas, sótão ou porão de casas velhas ou abandonadas.
- Limpe sempre os locais com presença de aves e morcegos. Descontamine o local suspeito ou contaminado com água e depois use formol a 3% para desinfetá-lo.
- Tenha cuidado ao mexer com a terra de canteiros ou vasos, ou em atividade em que você tenha contato com fezes de morcegos ou aves.
- Procure o médico se tiver sintomas iguais ao de uma gripe após ser exposto a fezes de morcegos, pássaros ou aves.

dispersos e pouco confiáveis. “É impossível estabelecer a magnitude real no Brasil. Precisamos de mais pesquisas e registros”, adverte Márcia.

ALTO CUSTO

Um estudo da Universidade Federal do Paraná apontou que o custo para tratar micoses sistêmicas pode passar de 115 mil dólares por paciente se for usada a droga mais cara e eficiente, a anfotericina B em complexo lipídico. Como ilustração, Marcio cita que o custo do tratamento atingiria por volta de R\$ 400 milhões em um grupo de mil pacientes. “É preciso desenvolver antifúngicos que tornem o tratamento mais barato e eficiente”, diz.

Em evento ocorrido em novembro no INI/Fiocruz, Wieland Meyer, professor da Universidade de Sidney, destacou ainda o crescimento da resistência às atuais drogas antifúngicas em plantações, animais e seres humanos:

“Longos períodos de tratamento profilático ou empírico com a mesma droga, a falta de diversidade química e o tratamento repetido com os mesmos fungicidas são alguns dos motivos para que tenhamos tais resistências”. De acordo com o professor, um futuro possível para o estudo micológico é a adoção de novas tecnologias de sequenciamento genético em larga escala associado à análise de bioinformática, permitindo assim a identificação de uma grande quantidade de micro-organismos como fungos, bactérias, protozoários e vírus.

A farmacêutica Fernanda Fonseca pesquisa o tema das infecções fúngicas e também entende que o assunto merece toda atenção das autoridades sanitárias. Ela reforça que o grau de imunocomprometimento individual é que será determinante para o tipo de doença que a pessoa vai desenvolver. “É possível ter um grau de debilidade muito grande, a ponto de uma candidíase ser um risco”, exemplifica. A infecção ocorre pelo crescimento excessivo do fungo *Candida* e pode se disseminar pelo corpo humano por meio de procedimentos invasivos, como sondas. De acordo com informações da Unifesp, a *Candida glabrata* é um caso que preocupa dentre as infecções hospitalares: o fungo é resistente aos antifúngicos e tem taxa de mortalidade perto de 50% em pessoas internadas em unidades de tratamento intensivo.

ERRO NO DIAGNÓSTICO

Fernanda recomenda muita atenção dos profissionais de saúde, já que uma infecção fúngica pode ser confundida: “É preciso lembrar que uma infecção também pode estar associada a um vírus ou fungo. Doenças como meningite fúngica ou espirose [causada por mordida ou arranhão de roedor, como rato] podem ser confundidas com outras infecções. Mesmo com sinais muito parecidos, os tratamentos são diferentes. A identificação rápida impacta no tratamento e pode salvar uma vida”, sinaliza.

Ao desconhecimento por parte de equipes de saúde somam-se a falta de laboratórios que possam confirmar o diagnóstico micológico. Juntos, esses fatores complicam a identificação por exemplo da aspergilose pulmonar, que tem como principal agente o fungo *Aspergillus fumigatus*, que se instala no pulmão humano com quadro similar ao da tuberculose. Em estudo realizado na Policlínica Cardoso Fontes, no Amazonas, de dezembro de 2012 a novembro de 2014, com pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar, 8% foram diagnosticados com aspergilose pulmonar — desses, 61% com aspergiloma simples e 39% aspergilose pulmonar invasiva (forma mais grave). Os dados chamam atenção principalmente pelo fato de o Amazonas ser o estado do Brasil com maior incidência de casos novos de tuberculose, com registro de 2.806 em 2015, de acordo com o Ministério da Saúde.

Em entrevista ao Portal Fiocruz, a médica e pesquisadora Joycenea Matsuda, do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), revelou que muitos dos casos de aspergilose são tratados como tuberculose crônica.

“Os remédios são diferentes para as duas doenças e o atraso para iniciar o tratamento correto sempre prejudica o paciente. Portanto, se foi iniciado o tratamento para tuberculose e o paciente não apresenta melhora, outras doenças devem ser investigadas”. Sua recomendação é que em pacientes com suspeita de tuberculose, mas com escarro negativo e lesões na radiografia de tórax, sejam feitos o exame de escarro para fungos, e o exame de sangue, que é sorologia para aspergilose.

Os profissionais de saúde devem ficar atentos para não passar um fungo por outro, também alerta Rodrigo Almeida-Paes, atual chefe do Laboratório de Micologia do INI, diante da descoberta de um fungo típico da África em duas crianças moradoras da comunidade de Manguinhos, Zona Norte do Rio de Janeiro, relatada pela primeira vez na literatura científica publicada na América. Ao investigarem o caso, os pesquisadores do laboratório identificaram que a doença, a *Tinea capitis*, uma infecção fúngica cutânea causada no Brasil principalmente pelo fungo *Microsporum canis*, era proveniente do fungo *Microsporum audouinii*, comum em países da África.

“É bem possível confundir o *M. canis* com o *M. audouinii*, já que os sintomas [perda de cabelo em área localizada, couro cabeludo avermelhado e inflamado e coceira] são os mesmos”, adverte. A fonte de transmissão e o tratamento, porém, são diferentes. Enquanto no *M. canis* é necessário avaliar cães e gatos que estão nas redondezas, na infecção pelo *M. audouinii* é mais imperativo que se faça o rastreamento nas pessoas — por exemplo, investigar a turma das crianças no colégio ou na creche. 

SAIBA MAIS

Vídeo Esporotricose, da VideoSaúde bit.ly/esporeticose_video

Esporotricose no Portal Fiocruz bit.ly/esporeticose_perguntas

Vídeo “Paracoco: endemia brasileira”, da VideoSaúde http://bit.ly/paracoco_video

Vídeo “Para o quê? Paracoccidiodomicose: não é palavrão e tem cura”, da Ensp/Fiocruz bit.ly/paracoco_tem_cura

■ ASPERGILOSE

Doença mais comumente causada pelo fungo *Aspergillus fumigatus*, que é encontrado em qualquer lugar: na vegetação, no solo, na água, em materiais orgânicos em decomposição, em dutos de aparelhos de ar condicionado ou calefação, ambiente hospitalar e na poeira do ar. O fungo prolifera em ambientes úmidos, inclusive dentro de casa, em ralos de banheiros e cozinhas; terra do quintal e em depósitos. Ele facilmente se instala no pulmão onde pode colonizar cavitações e formar bolas de fungos, semelhantes a um tumor (aspergiloma).

SINTOMAS

A infecção começa no pulmão e os sintomas podem ser similares a asma, pneumonia, sinusite, otite, rinite, dor de cabeça, com tosse (com ou sem catarro ou sangue), perda de peso, febre, cansaço, tontura, dor no peito e falta de ar. Na aspergilose invasiva de pacientes imunodeprimidos o tratamento com antifúngicos deve ser iniciado imediatamente pelo risco de disseminação para outros órgãos.

CUIDADOS

- Combata a umidade e repare infiltrações em banheiros, paredes e pisos por vazamentos de água ou esgoto.
- Na cozinha e banheiros, use água sanitária para higienizar locais de preferência do fungo, como pias, ralos e a saída da água dos chuveiros.
- Em casa, elimine carpetes e, se possível, troque as cortinas de tecido.
- Mantenha dutos e filtros de ar condicionado regularmente limpos.
- Procure reduzir a poeira doméstica. Use pano úmido em vez de vassouras para varrer a casa. Isole áreas em que fizer obra.
- Fique de olho em áreas de umidade e de poeira em casa, no trabalho, na escola e no ambiente hospitalar.

Fonte: Ministério da Saúde; CDC; Site Drauzio Varela; MSM; Dive/SC; com consultoria de Bodo Wanke, do Laboratório de Micologia/INI/Fiocruz.



Câncer e trabalho

O câncer é a segunda principal causa de morte no Brasil. O “Atlas do câncer relacionado ao trabalho no Brasil”, lançado em dezembro de 2018 pelo Ministério da Saúde, mostra como uma série de exposições ocupacionais contribui significativamente para a carga global da doença, com impacto importante no potencial de anos de vida perdidos, no potencial de anos de trabalho perdidos e no tempo de vida.

O Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde, mapeou a mortalidade por 18 tipos de cânceres efetivamente ligados à atividade diária dos trabalhadores, seja pela ocorrência de um longo período de exposição a fatores ou condições de risco do ambiente de trabalho.

“O Mesotelioma é uma doença totalmente causada pelo ambiente de trabalho, já que é provocada pelo contato direto com o amianto, ou seja, a ação de prevenção é não ter esse contato com uma substância que já é proibida no país”, destaca

a coordenadora-geral de Vigilância em Saúde Ambiental do Ministério da Saúde, Daniela Buosi.

A não exposição a agentes como poeiras orgânicas, agrotóxicos, metais, solventes, produtos petroquímicos e radiação levaria à redução de até 37% das mortes por câncer por leucemias; até 15% de mortes relacionadas a câncer por tireoide, até 15,6 dos óbitos por câncer de pulmão, brônquios e traqueia; e até 14,25% dos óbitos por linfomas não-hodgkin. Acesse em bit.ly/2SBQLG5.

SINITOX ATUALIZA LISTA DE POLOS DE SORO

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) disponibilizou lista atualizada de polos de soro para atendimento de acidentes antiofídicos, as mordidas de cobras peçonhentas. A iniciativa visa contribuir para o melhor aproveitamento da soroterapia, uma vez que o tempo decorrido entre o acidente e o atendimento é fundamental para eficiência do tratamento. Foram catalogados cerca de 2 mil polos que oferecerem o soro antiofídico na rede do SUS. A lista foi elaborada através do contato com as secretarias estaduais de saúde. Segundo dados do Sinitox, só em 2016 foram 3.322 casos de acidentes desse tipo, sendo a maioria por mordidas de cobras como a coral verdadeira, a cascavel, a surucucu pico-de-jaca e a jaracaca. Leia em bit.ly/2RP6mlx.

LANÇADO DOCUMENTO ORIENTADOR DA 16ª

O plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, em dezembro, o documento que deve apoiar os debates para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) — marcada para o período entre 4 e 7 de agosto de 2019, em Brasília. O texto aborda as questões relacionadas ao tema central (“Democracia e saúde”) e aos eixos temáticos (“Saúde como direito”, “Consolidação do SUS” e “Financiamento do SUS”), a partir de reflexões no âmbito do CNS e da consulta a documentos oficiais e produções acadêmicas relacionadas. Ao final, ainda apresenta perguntas a fim de estimular os debates nas etapas municipais, que estão sendo realizadas até 15 de abril, e pelas etapas estaduais e distrital, agendadas para o período de 16 de abril a 15 de junho. Consulte em bit.ly/2BtPREn.

ABIA REEDITA LIVROS DE HERBERT DANIEL

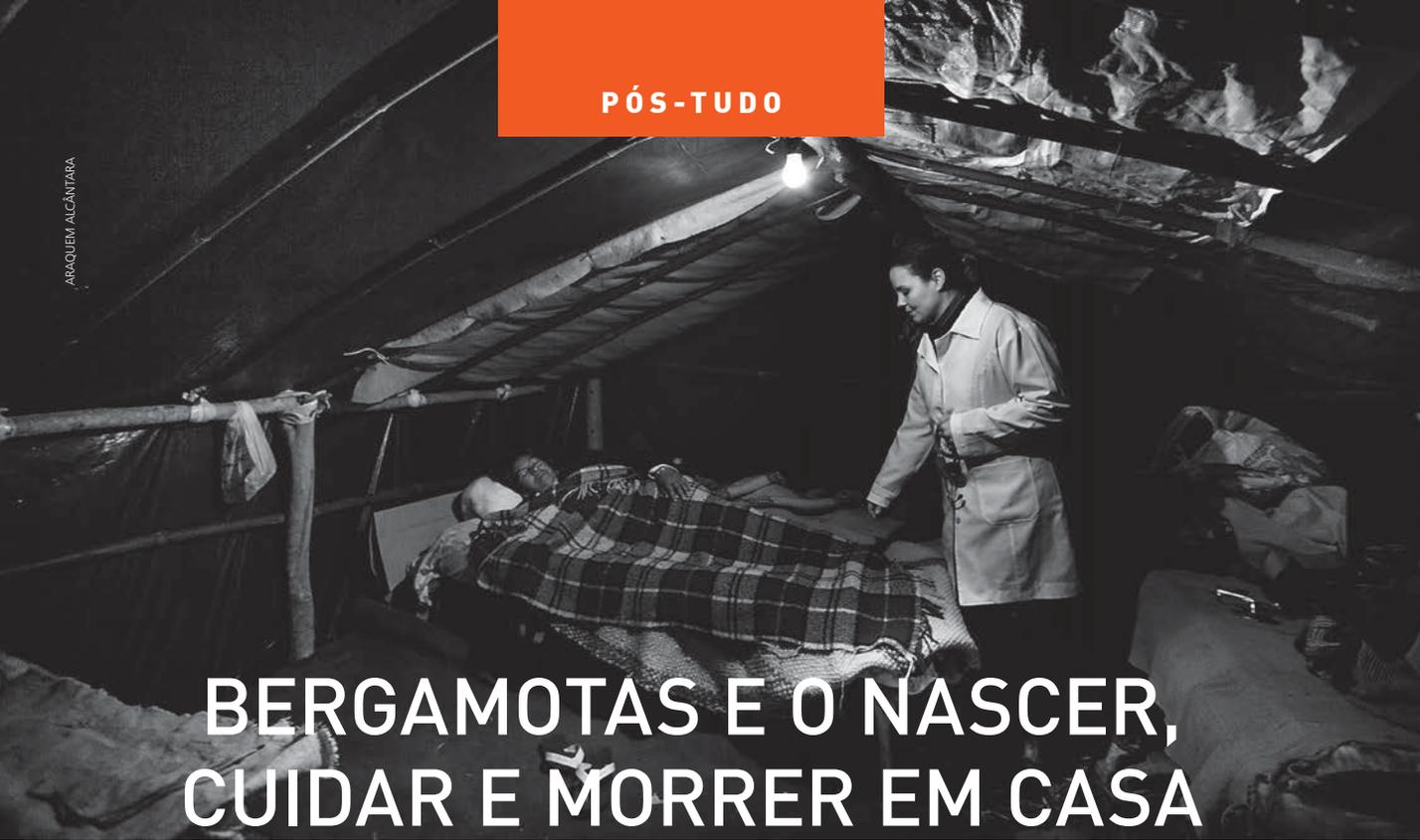
A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Abia) reeditou duas obras raras do escritor e jornalista Herbert Daniel, ativista dos direitos LGBTI e das pessoas vivendo com HIV e aids: “Vida antes da morte” e “Aids, a terceira epidemia”. Ambas foram publicadas originalmente na década de 1990 e tratam de um período importante da história da aids no país, oferecendo uma perspectiva social com enfoques sobre como enfrentar o preconceito, a discriminação e o estigma a partir da solidariedade e da informação. Na nova edição, os prefácios atualizados são assinados pelo diretor-presidente da Abia, Richard Parker — com quem Daniel dividiu a autoria de “Aids, a terceira epidemia”. A ação tem o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid).

1º CONGRESSO DA SOBRASP

A Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente faz seu primeiro congresso, com tema central “A segurança do paciente como direito: reduzir riscos a contribuição de todos”. O evento vai abordar a segurança do paciente como política pública de saúde; soluções e inovações para a qualidade do cuidado e segurança do paciente no sistema de saúde; cuidado centrado nas pessoas; cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde e na sociedade; educação e pesquisa para a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Resumos podem ser submetidos até 28 de fevereiro.



Data 5 a 7 de junho
Local Windsor Oceânico, RJ
Info www.sobrasp2019.com.br



BERGAMOTAS E O NASCER, CUIDAR E MORRER EM CASA

MAYARA FLOSS

Nos últimos tempos tive a oportunidade e o privilégio de, como ser humano e médica, vivenciar o nascer, o cuidar e o morrer em casa. Vivenciar a casa, a família e as suas possibilidades e potências como espaço de cuidado. A mesma humanidade que saiu para as clínicas, unidades, hospitais, volta para dentro das casas, para as comunidades. A família que cuida do idoso até o último respirar, os pais que acariciam o filho jovem muito adoecido até a última contração do coração, a primeira mamada depois do parto feito na cama, com as três gerações (avó, filha e neta) participando. Nascer a muitos olhos pode ser poético, a “celebração da vida”. Morrer também pode ser essa celebração. Envelhecer é um sinal do tempo. Apenas os privilegiados pela vida podem envelhecer.

A cada dia o cuidar no núcleo familiar e comunitário faz mais sentido. É um alento, muitas vezes, dentro da carga de trabalho, poder respirar nesses ambientes. Particpei do cuidado de um senhor em uma casa muito simples. Não tinha chão. Algumas janelas não existiam — só cortes no concreto. Quando chegamos, uma parente, muito simples, não tinha café para oferecer (um clássico mineiro) mas fez o que pôde espremendo algumas tangerinas (bergamotas ou mixirica). A maior alegria dela foi ver a equipe tomar sua limonada enquanto cuidava do paciente em um quatinho improvisado, até o último minuto. Foram semanas convivendo com a família e olhando a comunidade pelos cortes no concreto, com vista privilegiada do cemitério. Segundo ela, dali se sabia melhor do que ninguém quem vivia e quem morria.

Nascimentos também. Após a dequitação (saída da placenta), poder tomar um chimarrão, cobrir a parturiente, levar café

da manhã na cama. Saborear a primeira mamada, a primeira troca de roupas, o primeiro xixi, o primeiro sono. Assim como nascer em casa é um sinal de empoderamento, cuidar e morrer também. Nunca esquecerei quando, sentada à mesa da cozinha fazendo um atestado de óbito, também triste, respirando a partida e vendo (mais ouvindo) o choro da família de longe, uma senhora, a vizinha, percebeu que eu estava lá e rapidamente serviu um copo de refrigerante de laranja para mim. “Toma, doutora”. Era o que tinha e no que ela sentia que poderia me ajudar.

Outro dia, um senhor que eu atendia e já não podia viver na zona rural pois os filhos tinham que trabalhar na cidade, acabou mudando-se. Eu, no meio do caminho de uma visita domiciliar, passei na frente de sua antiga casa e colhi as bergamotas da bergamoteira do quintal — uma das grandes vantagens de trabalhar na atenção primária é que os cachorros já te conhecem, apesar de sempre ser um risco levar uma mordida no interior rural. Levei as bergamotas para ele na cidade. A consulta pouco o interessou, já cansado. Mas as bergamotas... essas eu vi ele rapidamente pegar uma bacia para acomodar.

O cuidado em casa carrega esse senso de comunidade, de quintais e bergamoteiras. Bergamotas que levei também como presente para a mãe ainda grávida na volta do trabalho e que comi depois que o parto terminou. A casa em si não é o tocante, por definição “um espaço destinado a moradia”, mas o humano da casa que cuida, alimenta, acaricia e divide bergamotas. Esse sim faz o nascer, o viver, o cuidar e o morrer em casa ter sentido. 

■ Médica da atenção primária, membro da executiva de Saúde Rural da Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca, na sigla em inglês), criadora e embaixadora da rede Rural Seeds

RADIS

NOSSO LADO É O SUS

www.ensp.fiocruz.br/radis

facebook.com/RadisComunicacaoSaude

flickr.com/RadisComunicacaoSaude

