



R

RADIS

Nº263 AGO 2024



ENSP

FIOCRUZ



HEPATITE NAS MARGENS

Pesquisadores do SUS investigam casos graves de hepatite delta em comunidades ribeirinhas do rio Purus, no Amazonas



RICARDO BUFOLIN (CBG)

OLIMPO FEMININO: As Olimpíadas de Paris 2024 tiveram um inegável protagonismo feminino. A começar por ter sido a primeira edição dos jogos com paridade total de gênero (5.250 homens e 5.250 mulheres competiram por medalhas na França). Também pela primeira vez, a delegação brasileira levou mais mulheres do que homens (153 X 123) e elas fizeram jus à superioridade numérica: trouxeram 60% das medalhas e conquistaram os três ouros do país nas competições. Se essas Olimpíadas tivessem um rosto, poderia ser o de Rebeca Andrade. A ginasta, natural de Guarulhos (SP), cresceu em uma família humilde, com sua mãe e sete irmãos, venceu obstáculos desde cedo e, aos 25 anos, tornou-se a maior medalhista olímpica do Brasil. Em Paris, Rebeca somou às medalhas de prata e de ouro que já havia conquistado em Tóquio (2021) mais um ouro, um bronze (por equipes) e duas pratas, totalizando seis pódios olímpicos. Inspirando meninas e mulheres negras e periféricas no Brasil e no mundo. Viva à Rebeca! Viva às mulheres!

RADIS edição 263 . ago 2024

CAPA: A AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE JANETE ALVES DA SILVA E O NETO JEFERSON, MORADORES DA COMUNIDADE DE ACIMÁ, NO AMAZONAS. FOTO DE ADRIANO DE LAVOR



- EDITORIAL
- 3** O SUS vai aonde o povo está
- 4** VOZ DO LEITOR
- 5** SÚMULA
- CAPA | HEPATITES
- 10** Ameaça silenciosa na Amazônia
- 18** “Carga viral é essencial para determinar conduta médica”
- 20** A aventura cotidiana do SUS
- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
- 24** Coqueluche: o que você precisa saber
- DESASTRES SOCIOAMBIENTAIS
- 26** Além dos destroços
- 60 ANOS DO GOLPE
- 30** Médicos a serviço da ditadura
- 34** SERVIÇO
- PÓS-TUDO
- 35** Transparência e Inteligência artificial no SUS

O SUS VAI AONDE O POVO ESTÁ

ROGÉRIO LANNES ROCHA*

Pesquisadores da Fiocruz e equipes da vigilância sanitária e da atenção básica do SUS estão investigando e tratando a hepatite delta na Amazônia brasileira, onde a doença é endêmica, com cerca de 73% dos 4,3 mil casos no país nos últimos anos, afetando especialmente a população ribeirinha na interseção dos estados do Amazonas, Acre e Rondônia.

Embora atinja cerca de 18 milhões de pessoas no mundo e esteja associada a casos mais graves da doença hepática, com risco aumentado para o desenvolvimento de cirrose e câncer de fígado, quando comparada à hepatite B, a hepatite viral D ainda é negligenciada. Há necessidade de rastreamento de casos, testagem, diagnósticos mais precisos, tratamento e acompanhamento adequados. Um dos objetivos da pesquisa é descobrir o motivo pelo qual a hepatite delta atinge de forma mais agressiva moradores de comunidades ribeirinhas.

Radis acompanhou o trabalho de pesquisadores do Laboratório de Virologia Molecular da Fiocruz Rondônia em expedição que percorreu trechos da Rodovia Transamazônica e navegou por quase 20 horas e visitou duas comunidades às margens do rio Purus. Levado pelo preciso e poético texto e as fotografias produzidas pelo repórter Adriano De Lavor, o leitor poderá conhecer um pouco desse complexo contexto, descrito a partir da voz de ribeirinhos e profissionais de saúde e por meio de “paisagens incríveis e histórias de vida únicas”.

Na Europa, somente nos três primeiros meses de 2024 foram registrados mais de 32 mil casos de coqueluche, de acordo com o Centro Europeu de Controle e Prevenção das Doenças (ECDC), frente aos cerca de 25 mil em 2023. O Brasil registrou uma morte de bebê pela doença, após três anos sem óbitos. Em 2019, um surto da doença levou a 12 óbitos. Nesta edição, explicamos o que é a doença, os sintomas e as formas de prevenção — vacina! — e tratamento. O aumento de casos pode ser explicado pela concomitância de um novo ciclo de circulação da bactéria *bordetella pertussis* somado à desinformação e à descrença na vacinação resultantes da má condução da saúde pelos governos anteriores.

A repórter Giovanna Garcia entrevistou a pesquisadora Simone Oliveira, da Fiocruz, sobre o complexo e sensível cuidado voltado aos danos psicológicos causados às vítimas de desastres socioambientais. São problematizados casos como as recentes enchentes no Rio Grande do Sul, o crime

socioambiental em Mariana, em 2015, e o acompanhamento psicossocial de longo prazo das vítimas da tragédia ocorrida na Região Serrana do Rio de Janeiro, em 2011. Essa reflexão é essencial para lidar com inúmeras outras tragédias decorrentes das mudanças climáticas, sempre agravadas por desigualdades pré-existentes e o despreparo de governos e das populações nas cidades e outros territórios.

Em artigo na seção Pós-Tudo, o pesquisador Jefferson Lima, da Fiocruz, defende “equilíbrio entre inovação e ética” para que a inteligência artificial contribua para a eficiência do sistema de saúde. Entende ser necessário mapear como a IA está sendo usada no SUS, identificar quem a está usando, com qual objetivo, a que público ela afeta e quem é responsável por garantir que a aplicação funcione adequadamente. Na sua visão, um acompanhamento contínuo permitirá “a replicação de iniciativas bem-sucedidas e a identificação de usos que conflitem com os princípios éticos pactuados pela nossa sociedade”.

No ano em que se rememora os horrores da ditadura militar de 1964 a 1985, o subeditor Glauber Tiburtino reporta o desonroso papel dos médicos que participaram ativamente do aparato de repressão. Em contraposição ao juramento de usar seus conhecimentos e esforços para salvar vidas, a atuação de médicos no apoio à tortura não foi algo casual ou isolado, mas teve uma participação “ampla, sistemática e estratégica”, como constata em pesquisa e dissertação sobre o tema o historiador e jornalista César Chevrand.

Médicos foram responsáveis por internações psiquiátricas compulsórias de presos políticos, participação ativa em torturas indicando quando interromper e continuar as sessões, assinatura de laudos falsos para ocultar assassinatos cometidos pelos militares. “Dos 377 agentes de Estado acusados por crimes no relatório da Comissão Nacional da Verdade, 51 denunciados eram médicos (quatro militares e 47 civis)”, afirma Chevrand.

Por outro lado, nossa reportagem registra que muitos médicos e médicas lutaram contra a ditadura e, mesmo perseguidos, tiveram papel importante nos movimentos de Renovação Médica em sindicatos e conselhos profissionais, na redemocratização do país, na Reforma Sanitária e na construção do Sistema Único de Saúde. A esses valorosos médicos e médicas, prestamos hoje as nossas homenagens.


■ **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

E-mail radis.ensp@fiocruz.br Tel. (21) 3882-9026 End. Av. Brasil, 4036, Sala 510 Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP 21040-361

 radis.ensp.fiocruz.br

 /RadisComunicacaoeSaude

 /radisfiocruz

 @radisfiocruz



PÓLIO NUNCA MAIS

Uma das capas mais lindas de *Radis*! Parabéns a todos!

Bruno Dominguez, via Instagram

Que ideia genial! Adorei o design! Parabéns!

Alexandre Ribeiro, via Instagram

Excelente matéria! Muito clara!

Poliana Bonati, via Instagram

Grande, dr. Acary Oliveira, um dos raros que nos dá atendimento humanizado e sabe ver o paciente como um todo.

Ari Colatti, via Instagram

EXPEDIENTE

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

FIOCRUZ

Mario Moreira
Presidente

ENSP

Marco Menezes
Diretor

PROGRAMA RADIS

Rogério Lannes Rocha
Coordenador e editor-chefe

Justa Helena Franco
Subcoordenadora

REDAÇÃO

Luiz Felipe Stevanim
Editor

Glauber Tiburtino
Subeditor

Reportagem
Adriano De Lavor,
Jesuan Xavier e Lara Souza

Estágio supervisionado
Giovanna Garcia, Izabelly Nunes e Luiza Zauza

Arte
Eduardo de Oliveira,
Felipe Plauska e
Fernanda Andrade

ADMINISTRAÇÃO
Fábio Lucas,
Carolina Ferreira e
Ingridi Maia da Silva

DOCUMENTAÇÃO
Licia Oliveira (Projeto
Memória Radis 40+ e Radis
Aberto)

ASSINATURAS
Assinatura grátis
(sujeita a ampliação)
Periodicidade mensal
Impressão Gráfica RJ Offset
Tiragem 115.200 exemplares

USO DA INFORMAÇÃO

Textos podem ser reproduzidos, citada a fonte original.



ABORTO LEGAL NA MIRA

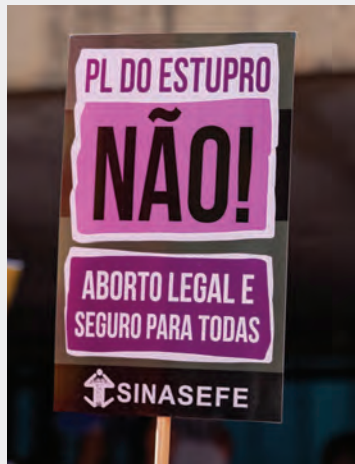
Tema que precisa ser debatido abertamente. Parabenizo *Radis* pelas reportagens de cunho esclarecedor e político.

Poliana Mascarenhas, via Instagram

Parabéns, *Radis*! Dá um orgulho enorme ler vocês. Tanta firmeza e compromisso com a ética e ciência frente a tamanha barbaridade que está em curso contra meninas e mulheres.

Sislene Pereira Gomes, via Instagram

R: Obrigado, pessoal, pelos elogios e comentários! Seguimos na defesa dos direitos e do SUS.



NÃO AO DESFINANCIAMENTO DA SAÚDE

Reduzir o Piso Constitucional da Saúde é uma traição. Saúde é um direito fundamental garantido pela Constituição Brasileira, que estabelece um piso mínimo de investimentos para assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Rosane da Silva Alves Cunha, via Instagram

EXPERIÊNCIAS IDEIASUS

Importantes registros para divulgação e valorização do SUS!

Inês Leoneza, via Instagram



CANNABIS E AUTISMO

Parabéns, Flávia, pela lucidez e coragem em tocar em temas tão importantes para tantas famílias! Falaremos desse tema no congresso de autismo da Caminho Azul e peço licença para citar seu artigo.

Eduardo Faverest, no site



Novo ensino médio: Texto aprovado na Câmara vai à sanção presidencial

Em 2017, o governo Michel Temer implementou uma reforma no ensino médio brasileiro, por meio de seu então ministro da Educação, o deputado federal Mendonça Filho (União-PE). A necessidade de readequações dessa etapa da educação básica é reconhecida por estudantes, educadores, entidades de ensino e gestores públicos. Até aí, pode-se dizer que há um consenso, visto que o ensino secundarista registra os maiores índices de evasão escolar. Porém, a maneira como a proposta foi desenvolvida foi alvo de críticas e protestos. Verticalizado, o novo modelo pulou uma etapa fundamental de sua concepção: a consulta a alunos e professores, que em grande parte passaram a se manifestar contra as novas regras.

Em julho de 2023, *Radis* (250) noticiou as incoerências e os problemas gerados pela proposta, como a diminuição da carga horária de formação geral de 2.400 para 1.800 horas e um complemento de outras 1.200 horas de atividades intituladas itinerários formativos. Na prática, esse dispositivo aprofundava as desigualdades na qualidade do ensino entre as redes pública e privada.

Além disso, direcionava alunos mais pobres ao mercado dos subempregos, com a oferta de itinerários como 'fabricação de sabonetes caseiros' e 'brigadeiro gourmet', e ao mesmo tempo cortava da grade obrigatória disciplinas básicas da formação geral, cobradas no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), principal acesso ao ensino superior no país.

Após uma série de manifestações por parte dos movimentos sociais da educação, o modelo foi revisto, já

no governo Lula, e uma nova proposta foi aprovada em votação simbólica na Câmara dos Deputados, em 9 de julho. Embora o texto aprovado traga reconhecidos ganhos em relação à proposta original — como a recomposição das 2.400 horas de formação geral e a obrigatoriedade de disciplinas das ciências da natureza e humanas nos três anos do curso —, não houve debate sobre outras mudanças que ficaram de fora da redação final.

O encaminhamento gerou reações opostas entre entidades do setor. A União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (Ubes) considerou a aprovação uma derrota parcial, enquanto secretários de educação apoiaram as mudanças, como noticiou o G1 (10/7).

A principal queixa é sobre a retirada arbitrária de importantes acréscimos que haviam sido feitos no Senado, como a inclusão do espanhol na grade curricular. Com a aprovação automática do novo texto, articulada pelo presidente da Câmara, Arthur Lira (PP-AL), não houve espaço para novos debates. Com o fim dessa etapa, o projeto seguirá para a sanção presidencial e entidades estudantis e movimentos pró-educação trabalharão por vetos específicos.

A cobrança é para que o governo se posicione em favor dos interesses de estudantes e educadores. O presidente da Ubes, Hugo Silva, disse ao G1 que antes da revisão o movimento estudantil vinha propondo a revogação do novo formato. Agora, os estudantes preferem uma adequação dos pontos que foram retirados. Se sancionadas, as novas regras começam a valer a partir de 2025.



“Vejo muitas pessoas pedindo veto total de Lula ao texto aprovado pela Câmara dos Deputados. Não é um bom caminho. O Projeto de Lei 5.230/2023, que faz a ‘reforma da reforma do ensino médio’, alterou a Lei 13.415/2017, de Michel Temer. (...) Um veto abrangente de Lula faz o Brasil retroceder à reforma Temer e há conquistas nossas. Teremos que buscar, muito em breve, novas alterações.”

Daniel Cara, integrante da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, em 13/7



JULIANA DUARTE

CCJ do Senado adia votação do marco temporal

A votação para inclusão ou não da tese do marco temporal à Constituição, via Proposta de Emenda Constitucional (PEC), estava marcada para acontecer no dia 10 de julho na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado, mas foi adiada. A retirada do tema da pauta de votação ocorreu após proposta do ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Gilmar Mendes, levada pelo senador governista Jaques Wagner (PT-BA), referente à criação de um grupo de trabalho com representantes do Senado, da Câmara e possivelmente do próprio STF em busca de um consenso.

O marco temporal tem sido um dos temas de embate entre os poderes legislativo e judiciário, uma vez que o STF tem negado a tese em julgamentos envolvendo a disputa de terras indígenas. Segundo o senador Davi Alcolumbre (União-AP), presidente da CCJ no Senado, a votação ocorrerá em outubro com ou sem consenso.

A tese do marco temporal determina que os povos originários tenham direito apenas a terras habitadas por eles em 5 de outubro de 1988, data da promulgação da Constituição Federal. Além dos próprios indígenas, organizações da sociedade civil ligadas ao meio ambiente e à proteção dos direitos dos povos originários são contrárias à adoção desse critério para demarcação.



Brasil avança na vacinação infantil

Um relatório apresentado no dia 15/7 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que o Brasil saiu da lista das 20 nações com mais crianças sem imunização no planeta. Em 2021, o país ocupava o 7º lugar nesse ranking e, em 2023, 13 das 16 principais vacinas do calendário infantil apresentaram aumento das suas coberturas vacinais em comparação a 2022. O relatório mostra que, no Brasil, o número de crianças que não receberam nenhuma dose da DTP1, que protege contra a difteria, o tétano e a coqueluche, caiu de 418 mil em 2022 para 103 mil em 2023.

Apesar do avanço, as medidas de incentivo, informação e acompanhamento devem permanecer para que esses índices continuem aumentando. Em julho, *Radis* pautou a importância da manutenção da alta cobertura vacinal inclusive em doenças já erradicadas no país, como a poliomielite, na matéria de capa da edição 262.

Ministros do STF divergem sobre fechamento dos manicômios judiciais

O ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Edson Fachin, indeferiu (25/6) liminar concedida pelo seu colega Flávio Dino para adiar o fim dos manicômios judiciais no Brasil. Com isso, Fachin manteve em vigor uma resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que fixa o prazo de 28 de agosto de 2024 para o fechamento dessas instituições. Na decisão, o ministro disse que “a suspensão liminar dos efeitos da Resolução CNJ nº 487/2023 implicaria enorme prejuízo à implementação em curso de uma política pública amplamente discutida, com grandes repercussões na proteção do direito constitucional à saúde”.

Em julho de 2023, *Radis* (250) tratou do assunto na seção Pós-tudo, em texto assinado por Paulo Amarante, presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e pesquisador Sênior do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Laps/Ensp/Fiocruz). “As experiências de tratamento em liberdade já são realizadas em vários países do mundo e a tendência à superação dos arcaicos e violentos manicômios também é um projeto que anima e inspira profissionais de saúde, gestores e vários setores da sociedade”, escreveu.

■ Leia o artigo completo em: <https://bit.ly/postudoradis250>

Farmácia Popular: mais medicamentos

Desde o início de julho (10/7), o Ministério da Saúde ampliou a lista de medicamentos gratuitos para retirada no Programa Farmácia Popular. Com a medida, foram incluídos mais dez remédios para tratamento de doenças como Parkinson, colesterol alto, glaucoma e rinite.

A expectativa é que aproximadamente três milhões de usuários do serviço sejam beneficiados com a iniciativa. Atualmente, o programa oferta 41 itens, entre fármacos, fraldas e absorventes — com essa atualização, 95% dos medicamentos e insumos podem ser retirados de forma gratuita.

Confira a lista completa em:

<https://bit.ly/listafarmaciapopulardobrasil>



**FARMÁCIA
POPULAR**



PREFEITURA MUNICIPAL DO GUARUJÁ

STF e os direitos de pessoas trans no SUS

No dia 26 de junho, o Supremo Tribunal Federal (STF) formou maioria para que o Sistema Único de Saúde (SUS) garanta o atendimento de pessoas transexuais e travestis. A mudança objetiva que os atendimentos de saúde ocorram conforme o gênero com o qual a pessoa se identifica. As consultas e exames poderão ser marcados pelo SUS em todas as especialidades, ou seja, os atendimentos não podem ser restritivos ao sexo biológico para os pacientes.

A medida vinha sendo discutida desde 2021, quando o Partido dos Trabalhadores (PT) pediu que o STF analisasse as ações e omissões do Ministério da Saúde (MS) junto a esse segmento da população durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro.

A decisão do STF representa uma conquista de direitos para a população trans e de travestis em todos os estados e municípios do país. A proposta é ampliar o acesso aos tratamentos da rede pública para pessoas transexuais, uma vez que, de acordo com o MS, apenas 21 ambulatórios oferecem serviços especializados para essa população, em todo o Brasil.



Genocídio em Gaza

Já chega a quase 40 mil o número oficial de vidas palestinas perdidas por ataques israelenses desde o dia 7 de outubro de 2023. Nove meses após o atentado praticado por integrantes do Hamas em Israel, civis palestinos continuam sofrendo com o extermínio de seu povo e a destruição de seus territórios. No dia 16 de julho, o Brasil de Fato noticiou que novos bombardeios do exército israelense na Faixa de Gaza vitimaram mais 44 pessoas, sendo um dos bombardeios em uma escola administrada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo o Ministério da Saúde de Gaza, já são 38.713 mortos e 89.166 pessoas feridas em terras palestinas desde outubro de 2023.

Rio de Janeiro tem 16 pessoas desaparecidas por dia em 2024

Somente nos cinco primeiros meses de 2024, 2.533 pessoas foram dadas como desaparecidas no Rio de Janeiro. A cada dia do ano, em média, 16 novos casos foram registrados, de acordo com levantamento do Instituto de Segurança Pública (ISP). O número de desaparecimentos cresceu 2% em relação ao mesmo período de 2023, quando houve 2.492 registros.

O maior número de desaparecimentos no estado está fora da capital, concentrando-se na Baixada Fluminense, onde não há delegacias especializadas. Essa falta de especialização e o descaso policial têm contribuído para o crescimento da fila de desaparecidos.

Um dos casos que teve maior repercussão no ano foi o do menino Edson Davi, uma criança de 6 anos que desapareceu no dia 4 de janeiro, na praia da Barra da Tijuca, e que após 7 meses ainda não foi encontrado.



Assassinos de candidato à Presidência do Equador são condenados

Fernando Villavicencio foi morto em agosto de 2023, após a realização de um comício em Quito, capital equatoriana. Quase um ano depois, em 12 de julho, a justiça do país condenou cinco pessoas pelo envolvimento no assassinato do candidato. Os mandantes receberam pena de 34 anos de prisão e outras três pessoas, de 12 anos. Outros suspeitos de estarem envolvidos no crime foram encontrados mortos na prisão durante as investigações.

O candidato Villavicencio tinha 59 anos quando foi baleado de forma fatal. Ele foi membro da Assembleia Nacional e atuou como jornalista investigativo e líder sindical. Além disso, foi defensor de pautas indígenas e trabalhistas. Na época, as eleições foram vencidas pelo candidato de direita Daniel Noboa.

Atentado a Donald Trump

O candidato à Presidência dos Estados Unidos pelo partido Republicano, Donald Trump, sofreu um atentado em 13 de julho enquanto discursava em um comício na Pensilvânia. Ele foi ferido acima da orelha direita e retirado do local por Agentes do Serviço Secreto. O ataque está sendo considerado pelas investigações como tentativa de assassinato, com implicações para a segurança nacional.

Analistas e políticos avaliam o impacto de como o atentado pode influenciar as eleições dos Estados Unidos e até mesmo de outros locais, como as eleições municipais no Brasil. Isso porque observa-se uma notória utilização política deste ato de violência, ocorrido durante uma manifestação democrática, com a finalidade de angariar mobilização e apoio popular.

Biden decide renunciar à disputa pela reeleição

O atual presidente dos Estados Unidos, Joe Biden, desistiu de concorrer à reeleição pelo partido Democrata em 21 de julho e manifestou seu apoio à atual vice-presidente, Kamala Harris. A pressão para sua renúncia à disputa tomou maiores proporções após o último debate entre os candidatos, quando Biden se mostrou confuso durante a realização do evento. Harris não se torna automaticamente a candidata após a renúncia de Biden, mas é um dos nomes mais cotados por já participar do governo.



Virada na França: eleitores comemoram o resultado das eleições parlamentares da França, após virada da esquerda. No primeiro turno, o partido de ultradireita Reunião Nacional obteve 33% dos votos. No entanto, uma grande articulação e mobilização entre esquerda e direita democrática permitiu que ocorresse a virada e a coalizão Nova Frente Popular venceu as eleições, seguidas da aliança Juntos, do atual presidente francês Emmanuel Macron.

AMEAÇA SILENCIOSA NA AMAZÔNIA

Radis acompanha pesquisa da Fiocruz Rondônia no rastreamento do vírus da hepatite delta em comunidades ribeirinhas do Amazonas

TEXTO E FOTOS: ADRIANO DE LAVOR

Uma questão mobiliza pesquisadores de hepatites virais que atuam na Amazônia brasileira. Por qual motivo a hepatite delta atinge de forma mais agressiva moradores de comunidades ribeirinhas? Endêmica na região Norte do país, especialmente na área conhecida como Amacro (Amazonas, Acre e Rondônia), a hepatite delta, também chamada de hepatite D, está associada aos quadros mais graves de doença hepática, com risco aumentado para o desenvolvimento de cirrose e câncer de fígado, quando comparada à hepatite B. [Conheça os diferentes tipos de hepatite aqui]

Apesar de reconhecida como a forma mais grave de hepatite viral e apresentar grande número de casos no mundo — cerca de 18 milhões de pessoas — e na Amazônia, a

hepatite D é considerada negligenciada por pesquisadores, que apontam que o vírus HDV, causador da doença, há muito ultrapassou os limites da região e faz vítimas em outros pontos do Brasil.

Números do Boletim Epidemiológico sobre Hepatites Virais, divulgados em 2023, pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, confirmam: dos 4.393 casos diagnosticados de hepatite delta no Brasil entre 2000 e 2022, 73,1% foram registrados na região Norte, seguida por casos nas regiões Sudeste (11,1%), Sul (6,6%), Nordeste (5,9%) e Centro-Oeste (3,3%).

Apesar da incidência em todo o país, a testagem para hepatite delta não é obrigatória na rotina dos serviços de saúde fora da região Norte, o que pode favorecer a subnotificação



Amanhecer na comunidade de Várzea Grande, em Lábrea, no sul do Amazonas, região onde a hepatite delta é endêmica.

de casos. Some-se a isso a informação de que a doença é considerada silenciosa, ou seja, tem sintomas raros e inespecíficos, muitos deles similares aos outros tipos de hepatites: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

A hepatite delta é um dos temas pesquisados pela equipe do Laboratório de Virologia Molecular da Fiocruz Rondônia. Atentos aos números e à gravidade do problema nas comunidades de difícil acesso na Amazônia, os cientistas identificaram, em 2023, dois pacientes jovens, moradores de Lábrea, no sul do estado do Amazonas, já com estágios avançados da doença.

Assistidos pela rede de saúde de Porto Velho (já que Lábrea é mais próxima da capital de Rondônia

do que de Manaus), os dois irmãos, de 19 e 23 anos, apresentavam características de superinfecção: um deles com câncer no fígado, o outro com episódios hemorrágicos, algo que não é comum em pessoas jovens, como explica a virologista Deusilene Vieira, pesquisadora-chefe do Laboratório de Virologia Molecular da Fiocruz Rondônia.

“A partir do momento que a gente soube desses dois indivíduos, resolvemos avaliar o contexto familiar e o da comunidade onde viviam”, conta a pesquisadora na entrevista que concedeu à *Radis*. A descoberta motivou a equipe de Rondônia a propor uma parceria com os profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Lábrea. *[Leia entrevista com Deusilene Vieira na página 18]*



DIRETO DA AMAZÔNIA

Com uma população de 47 mil habitantes, Lábrea contabiliza 1.400 casos notificados de diferentes tipos de hepatite. Estabelecida a parceria, pesquisadores e profissionais organizaram em dezembro de 2023 uma expedição para conhecer de perto a realidade de algumas comunidades ribeirinhas, incluindo Madeirinho, às margens do rio Purus, onde os rapazes vivem.

Mais do que respostas, o que encontraram foi um cenário complexo, com relatos de casos antigos e recentes — alguns diagnosticados, outros não — além de muitos históricos de mortes cuja causa não foi esclarecida, mas que apresentam indícios que podem ter sido causadas pela hepatite D.

Em junho de 2024, as duas equipes retornaram à Lábrea para ampliar o rastreamento das hepatites virais, desta vez visitando as comunidades de Várzea Grande e Acimã, que também ficam às margens do rio Purus. O objetivo era testar o maior número de pessoas possível e, para os casos com diagnósticos positivos, acompanhar os pacientes, oferecendo tratamento e assistência.

O rastreamento é realizado por meio de um método desenvolvido pelos pesquisadores do laboratório da Fiocruz, que permite quantificar a carga viral dos pacientes — crucial para uma orientação clínica adequada. Um mês após a viagem, o Ministério da Saúde divulgou nota técnica autorizando a implantação piloto do exame de carga viral do vírus da hepatite D ou Delta (CV-HDV) no SUS.

Radis acompanhou o trabalho dos pesquisadores nesta viagem, cujo trajeto percorreu parte da Rodovia Transamazônica, navegou por quase 20 horas e visitou duas comunidades às margens do rio Purus. Uma viagem cheia de desafios, que reúne longas distâncias, deslocamentos complexos, paisagens incríveis e histórias de vida únicas e que você acompanha a partir de agora.

EM BUSCA DE NOVOS CASOS

São pouco mais de 2 horas da tarde de segunda-feira, 24 de junho, quando as equipes do laboratório de virologia da Fiocruz e do CTA de Lábrea começam a trabalhar na comunidade de Várzea Grande, distante nove horas de barco da sede do município, no sul do Amazonas. A chuva não dá trégua, mas não há tempo a perder. Mesmo depois de um trajeto exaustivo, o clima entre as equipes é de empolgação. *[Leia o relato da viagem na página 20]*

“Se é para trabalhar, vamos começar”, incentiva Deusilene, já paramentada para atender as pessoas, que pacientemente aguardam sob a estrutura do galpão comunitário, algumas já com os cartões do SUS em mãos. Crianças correm, animadas e curiosas com os visitantes; conversas reúnem pessoas que vivem ali e outras que moram a horas de viagem de barco. A notícia que corre é que ainda há gente a caminho de lá.

A sanitarista Keith Ellen Quintino, gerente do CTA, explica como funciona o trabalho: as pessoas primeiro são atendidas pela equipe do CTA, quando são submetidas ao teste rápido para HIV, sífilis e hepatites B e C; o teste, feito por meio de um pequeno furo no dedo, oferece resultado em poucos minutos.

Aquelas que testam positivo para alguma das hepatites (e as que já foram diagnosticadas em algum momento da vida ou têm histórico familiar da doença) são encaminhadas à equipe do laboratório da Fiocruz Rondônia, quando passam por uma breve entrevista e, com seu consentimento, retiram uma amostra de sangue.

As amostras, acondicionadas de modo a manterem a sua integridade, serão levadas ao laboratório, em Porto Velho, para serem testadas para hepatite delta, utilizando-se o teste molecular quantitativo de carga viral. Os casos positivos serão posteriormente informados ao CTA, que por sua vez comunicará os pacientes para que estes recebam tratamento adequado e acompanhamento no município.



Adhryan, Ana Maisa, Kátia, Jackson, Deusilene e Gadelha, da Fiocruz Rondônia, antes de deixar Várzea Grande a caminho de Acimã

RASTREAMENTO E FALTA DE DIAGNÓSTICO

Não há, de fato, tempo a perder. É preciso agilidade para atender tanta gente em tão pouco tempo. Além da longa viagem de volta, é preciso estar atento para que as amostras recolhidas não se percam e o trabalho seja perdido. E não são poucos os relatos sobre hepatites entre as pessoas que estão ali.

Keith explica que o rastreamento será essencial para obter um levantamento atualizado do número de casos no município. Ela explica que não se sabe se as pessoas já diagnosticadas com diferentes tipos de hepatite também estão infectadas com o vírus HDV, causador da hepatite delta. A gestora de Lábrea também sinalizou a importância em localizar cada uma dessas pessoas, ponderando que alguns podem ter se mudado ou mesmo falecido: “É nossa meta localizar estes pacientes e acompanhá-los”, diz à *Radis*, enquanto cumprimenta conhecidos no centro comunitário.

Entre as pessoas que estão à espera da testagem rápida, a agricultora Raimunda Antônia Inácio da Silva, da comunidade de Bela Rosa, conta que veio até Várzea Grande com o marido Edideus, que é agente comunitário de saúde (ACS), para aproveitarem a oportunidade e fazer os exames. Eles moram a uma distância de dois dias de viagem pelo rio, mas cortaram caminho por um “varador” — espécie de atalho pela floresta — para reduzir o tempo de deslocamento.

Ela relata que uma de suas irmãs tem diagnóstico positivo para hepatite (que ela não sabe dizer exatamente qual), lembra que outros irmãos tiveram “tirícia” — um modo regional de as pessoas falarem sobre a “icterícia”, um dos sintomas de hepatites que deixa a pele amarelada — e fala que perdeu primos no passado com os mesmos sintomas.

“Quero fazer os testes para saber se tenho alguma coisa. Antes eu sentia dor no estômago, hoje não sinto nada. Talvez não tenha mais”, diz ela, admitindo que nunca fez qualquer tratamento. Aos 34 anos, mãe de três filhos, um deles perdido em um acidente na roça com apenas 14 anos, ela revela à



Ribeirinhos como Raimunda Antônia Inácio puderam se testar para hepatites e outras doenças

Radis que sofre muito mais com a saudade. “A falta dele é muito grande”.

Relatos de outros moradores de Bela Rosa são similares: O agricultor Wellington do Nascimento Dutra, 24 anos, conta que testou positivo para hepatite C ainda criança. Ele diz não lembrar se foi tratado, mas acredita estar curado, já que nada sente e leva “uma vida normal”.

Maria Lopes de Freitas, 48 anos, afirma que tem hepatite B, assim como dois dos seus 13 filhos. Alguns deles nunca foram testados para a doença, informa. Ela se lembra de ter tomado remédios caseiros para a “tirícia” quando criança, mas também não se queixa de nenhum sintoma.

UM VÍRUS SILENCIOSO

Os muitos casos relatados de hepatites (passados e presentes) em uma mesma comunidade e/ou na mesma família reforçam a suspeita dos pesquisadores de que muitas pessoas podem estar contaminadas sem saber. O vírus é silencioso, quase não apresenta sintomas, além de ser transmitido por contato (relações sexuais sem camisinha com uma pessoa infectada; da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação; ou ainda por meio do compartilhamento de drogas e objetos de higiene pessoal, entre outros). *[Leia como é transmitida a hepatite delta no site de Radis]*

A preocupação se acentua quando se esclarece que o vírus HDV depende da presença da infecção pelo vírus HBV (da hepatite B) para infectar um indivíduo. A infecção pode ocorrer de duas formas: uma coinfecção simultânea com o HBV (quando a pessoa é infectada com os dois vírus, ao mesmo tempo) ou uma superinfecção (quando o indivíduo já tem uma infecção crônica de hepatite B e posteriormente se infecta com o HDV).

Isso significa que se há muitos casos de hepatite B em uma família ou mesmo em uma comunidade — e lembranças remotas e recentes de episódios graves relacionados a diagnósticos ou sintomas — é possível que haja mais casos, ainda silenciosos, como explica a biomédica Ana Maisa Passos da Silva, entre um atendimento e outro. Enquanto apresentam o termo de consentimento da pesquisa e fazem uma pequena entrevista com cada um dos pacientes, ela e Deusilene investigam possíveis casos de contaminação no mesmo grupo familiar ou comunitário.

Integrante da equipe do laboratório da Fiocruz e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Biologia Experimental (PGBIOEXP) da Universidade Federal de Rondônia (Unir), onde estuda aspectos genéticos da hepatite delta, Ana esclarece que a busca é por algum “fator humano” que explique a endemicidade e a agressividade do vírus HDV na região do Purus.

Ela esclarece que o genótipo do vírus que circula na região ribeirinha é o mesmo visto em outros lugares da região Norte — onde os pacientes não apresentam quadro tão agravado, o que os leva a supor que a questão está mais ligada à interação entre as pessoas. Não é possível, segundo ela, estimar se esse fator é genético, cultural, social ou mesmo ambiental. “É isso que estamos tentando descobrir”, diz à *Radis*.

CIÊNCIA E SAÚDE EM CAMPO

O regime de trabalho na comunidade é de mutirão e a tarde segue sem que as duas equipes tenham descanso. A rotina é conhecida da enfermeira Débora Rocha, de Lábrea, que naquele momento explica ao agricultor Antônio José dos Santos da Silva, 47 anos, morador de Várzea Grande, o que cada uma das equipes está fazendo, enquanto ele aguarda o resultado do teste rápido que tinha acabado de fazer. Ela também diz por qual motivo Antônio não deve estar curado da hepatite B. “Se o senhor teve diagnóstico positivo, então ainda está com o vírus. A hepatite B não tem cura, mas tem tratamento”, diz, orientando para que traga a esposa para se testar.

Ao lado de Débora, a técnica de enfermagem Natilúcia Santos atende Francisca Malveiro da Silva, a Branca. Ela dá dicas para que a moradora de Várzea Grande não se contamine com a hepatite B — não compartilhar batom, aparelho de barbear, chicletes ou escova de dentes, entre outras medidas — e Branca responde, contando que nos 44 anos de vida nunca teve um sintoma. Ela diz lembrar, no entanto, de uma tia que perdeu para a hepatite. “Na época, todo mundo fez exame, três tiveram hepatite A. O meu não deu nada”, diz, sorridente.

Na mesa grande, onde se dividem na coleta de sangue e identificação das amostras, os pesquisadores Jackson Queiroz, Adrhyhan Araújo e Kátia Ingrid Maia, da Fiocruz, executam o trabalho de campo que complementa a rotina acadêmica do laboratório. Mesmo depois da longa viagem e de horas em pé, revezam-se no cuidado com cada paciente, na identificação minuciosa de cada frasco coletado. Tudo com muito bom humor e paciência.

As atividades acontecem em ritmo acelerado, já que a noite se aproxima e, com ela, desafios para quem trabalha em plena Floresta Amazônica. Às margens do rio Purus, o centro comunitário é um ponto de luz no meio da escuridão da mata: é preciso estar atento onde se pisa; nuvens de mosquitos se reúnem ao redor de cada lâmpada, outras, deixam marcas em qualquer pedaço de pele desprotegido. As atividades seguem até 10 da noite, quando finalmente é possível tomar um banho, comer alguma coisa e descansar.

O dia seguinte promete: atendendo a um pedido feito mais cedo por moradores de Acimã, as equipes estenderam o trabalho até mais tarde para que pudessem, ainda na manhã do dia seguinte, passar na comunidade, que fica algumas horas rio abaixo, já no caminho de volta. Às 6 da manhã do dia 25 de junho, já estão todos prontos para embarcar rumo a mais um dia de trabalho.



A equipe de saúde do município de Lábrea, na chegada à comunidade de Acimã: Keith, Deca, Jheimisson, Débora e Natilúcia

UMA ACS COM HEPATITE DELTA

Apesar das condições de tempo não ajudarem, o barco navega lentamente até atracar na praia de areia branca de Acimã por volta das 8 e meia da manhã. Já há algumas pessoas à espera do “pessoal da saúde”. A agente comunitária de saúde Janete Alves da Silva, 49 anos, é a primeira a ser atendida. Casada, 49 anos, seis filhos e seis netos — dois deles morando com ela, Jeferson, de 11 anos, e Camila, de 3 — ela conta à *Radis* que atende 23 famílias que vivem ali.

Diagnosticada com hepatite delta em 2004, Janete responde às perguntas feitas por Ana Maísa, que investiga seu histórico familiar. Além de algumas taxas alteradas (glicose, pressão alta, algumas dores), a ACS revela que seu pai morreu aos 65 anos “por causa desconhecida”, e que seu irmão também recebeu diagnóstico para hepatites — qual, ela não sabe dizer.

“Vamos testar seu neto, de 11 anos. Se der positivo, é muito provável que a menina de 3 anos também esteja com o vírus”, diz Ana Maísa a Janete, explicando que é possível que o pai dela também tivesse o vírus HDV. A pesquisadora aproveita a situação para demonstrar o que eles encontram em muitas comunidades: relatos imprecisos, diagnósticos não registrados, mortes não investigadas — o que deixa as pessoas desprotegidas.

O próprio relato da ACS deixa lacunas. Ela diz na entrevista que foi vacinada contra a hepatite B; não apresenta sintomas claros da hepatite D. “O que caracteriza a doença é a icterícia ocular, que ela não tem. Tudo isso a gente precisa investigar”, diz Ana, indicando que é preciso mais uma vez testar o sangue da ACS.



A agente comunitária de saúde Janete Alves da Silva e o neto Jeferson, moradores da comunidade de Acimã

Rio Purus



UMA URGÊNCIA, O SUS EM AÇÃO

Janete escuta as orientações enquanto segura a neta Camila no colo. Nada abala a sua calma, como se acompanhasse o ritmo do rio que, ao longe, parece plácido a refletir o céu azul. “Eu nasci na beira desse rio, me criei e vivo aqui. A vida é boa, não me vejo morando na cidade”, diz, encaminhando-se para a porta de sua casa, pintada de rosa, cor predileta que também é a da camiseta que veste, onde se lê: “Permita-se florescer”.

“O bom de ser ACS é poder ajudar as pessoas”, afirma, sorrindo. O lado ruim, pensa antes de responder, é não poder atender as demandas “dos comunitários” por remédios e consultas. “Médico aqui não vem. Quando a situação é mais grave, eu ligo para a enfermagem, em Lábrea”, diz ela. Acimã, explica Janete, fica a uma distância de dois dias de viagem da sede do município, nas embarcações que eles têm disponíveis. [Para se ter um parâmetro de comparação, a mesma distância foi percorrida pela equipe de atendimento em pouco mais de 4 horas]. “O SUS é uma parceria boa, mas precisava ter mais atendimento aos ribeirinhos”, reclama.

A demanda por testes rápidos e exames já diminui, quando as conversas são interrompidas por um pedido desesperado por ajuda. A família de Denilson Martins da Silva, 16 anos, pede que alguém acuda o rapaz, que está ruim desde o sábado anterior, quando a comunidade preparava a festa em homenagem a São João, cuja decoração ainda é visível.

Naquele dia, o rapaz desmaiou. Desde então, sofre com vômitos, febre e dor de cabeça. “Ele gosta de cantar, mas nem aproveitou a festa”, garante a mãe. Janete confirma. “Ele foi e voltou porque não se sentia bem”, relata. “Eu vou lá ver”, diz Débora, enfermeira de Lábrea. Ela suspeita que o rapaz possa estar com malária.

A situação na casa de Denilson é caótica. Deitado de bruços em um colchão estendido no piso de madeira, ele mal levanta a cabeça, enquanto a avó tenta fazer com que ele tome um pouco de caldo de caridade [caldo tradicional do Norte e Nordeste do país, feito de mandioca, que tem fama de “levantar” doentes]. Ali, a enfermeira é informada que o rapaz se recuperava de catapora. Ela mede a febre e pede um ventilador; a avó recusa, aos prantos, alegando que o neto vai morrer.

A idosa chora, o ventilador é retirado do quarto, mãe e irmãos choram; calmamente, Débora faz os testes rápidos no jovem, que não esboça qualquer reação. Alguns minutos depois, ela revela que resultados deram negativos, o que aumenta sua suspeita para malária.

A equipe decide que não é possível deixá-lo para trás, naquele estado. Como é menor de idade, alguém da família terá que acompanhá-lo até Lábrea, onde será encaminhado a um hospital. “Eu vou”, diz Raimundo Alves da Silva, 53, pai do rapaz.

Um mutirão se forma e logo ele é carregado ao barco, nos braços de outro jovem. Na viagem de volta, Denilson dorme no colo do pai; vez e outra, Débora oferece água e mede a temperatura do rapaz, que pouco a pouco vai baixando. Ela comenta que este tipo de situação é comum, em seu dia-a-dia de trabalho nas comunidades ribeirinhas. “O importante é manter a calma”, recomenda.

A enfermeira fala sobre o prazer que tem em desempenhar o seu trabalho, revelando que toda a sua formação foi feita dentro dos serviços de saúde, como acontece com muitos profissionais que nascem e continuam morando na Amazônia. Ela foi agente comunitária de saúde, técnica de enfermagem e por fim formou-se enfermeira. Diz não querer sair da cidade onde nasceu e revela sua gratidão ao caminho profissional que escolheu: “Sou muita grata ao SUS”, diz, animada.

SUS TAMBÉM É PESQUISA E FORMAÇÃO

O trajeto de mais quatro horas de rio, em direção à Lábrea, é feito na maior parte em silêncio. Todos aparentam cansaço. Alguns ensaiam momentos de cochilo, apoiando-se no corpo de um colega de trabalho. A ergonomia do barco não ajuda: viaja-se de lado; como o motor se localiza na popa, a proa tende a se inclinar para cima, fazendo com que o corpo fique inclinado para um dos lados. O barulho do motor é constante.

Para compensar o desconforto, as cores que colorem o fim de tarde nas curvas do rio e nas ribanceiras em suas margens oferecem um panorama incrível. Ao longe, um jacaré toma sol em uma das praias, capturado apenas pelo olhar treinado do barqueiro, sem que o restante consiga acompanhar. A floresta é para os poucos que a conseguem ver.

A chegada ao porto de Lábrea é no fim da tarde, mas o trabalho não termina. Enquanto os profissionais de saúde tratam da remoção de Denilson a uma unidade de saúde [a suspeita de contaminação por malária não se confirma, informou a equipe], os pesquisadores da Fiocruz descarregam o material de pesquisa e se preparam para um terceiro turno, no laboratório.

Após uma breve pausa para se alimentar, eles partem para o laboratório municipal de Lábrea para preparar e identificar cada amostra de sangue recolhida nas comunidades. Ao todo, foram atendidas 150 pessoas nos dois dias de trabalho. A tarefa, minuciosa e demorada, só termina às 5 horas da manhã do dia seguinte, dia 26.

Poucas horas depois, Deusilene e a médica hepatologista Eugênia de Castro e Silva — que nos dias de viagem permaneceu em Lábrea, atendendo as pessoas já diagnosticadas com hepatite D — estão em sala de aula, esclarecendo dúvidas de médicos, enfermeiros e técnicos do município, em uma capacitação sobre hepatites virais. Ao fim da manhã, a equipe

do laboratório já está na estrada, de volta a Porto Velho. Combinam, no caminho, quem vai passar no laboratório para deixar o material recolhido em campo.

A viagem é cansativa, mas produtiva, já que mostra a importância da integração entre pesquisa e assistência na promoção à saúde na Amazônia, bem como comprova a dedicação de profissionais que, mesmo diante de desafios, comprometem-se em fazer o melhor em seu trabalho.



Ribeirinhos aproveitam a presença das equipes de saúde para socorrer Denilson Martins, que é levado ao barco; no detalhe, o rapaz já a bordo, no colo do pai, Raimundo Alves





HEPATITES | Entrevista

“CARGA VIRAL É ESSENCIAL PARA DETERMINAR CONDUTA MÉDICA”

ADRIANO DE LAVOR

Pesquisadora-chefe do Laboratório de Virologia Molecular da Fiocruz Rondônia, onde também atua como vice-coordenadora de Ensino, Comunicação e Formação, a bióloga Deusilene Vieira comanda a equipe que vem chamando atenção da comunidade científica e de profissionais que atuam no SUS sobre a importância em se conhecer os riscos das hepatites virais, em especial da hepatite D (ou delta, como também é conhecida).

Endêmica na região amazônica, a hepatite delta é responsável pelos casos mais graves de doença hepática avançada e, ainda assim, continua desconhecida da maioria das pessoas. Considerada silenciosa, já que frequentemente não manifesta sintomas até se tornar grave, ela é também negligenciada, afirma a pesquisadora, que no fim de junho levou a equipe do laboratório que chefia a comunidades ribeirinhas do Sudeste do Amazonas, dando continuidade ao trabalho de rastreamento de casos positivos da doença, por meio de busca ativa.

Em um intervalo da viagem, a pesquisadora, que estudou virologia no mestrado e no doutorado em biologia experimental na Universidade Federal de Rondônia (Unir), e

também no pós-doutorado na Universidade Federal da Bahia (Ufba), conversou com *Radis* sobre a necessidade de se rastrear casos de hepatites na Amazônia, utilizando um método molecular para a quantificação da carga viral de indivíduos portadores do vírus da hepatite delta (HDV) e o quanto ele pode contribuir para o diagnóstico e o acompanhamento de casos da doença em outras regiões do Brasil.

Por que é importante falar sobre hepatites?

As hepatites crônicas são endêmicas na Região Amazônica. Dentre elas, temos as hepatites B, C e D (ou delta). A endemicidade, na Amazônia, está correlacionada às hepatites B e delta. Essas formas de hepatite são consideradas silenciosas, já que muitas vezes o indivíduo portador do vírus não manifesta sintomas, o que pode levar a uma evolução mais grave, a chamada doença hepática avançada. Nestes casos, o indivíduo pode desenvolver diferentes graus de fibrose, podendo evoluir para cirrose ou mesmo um hepatocarcinoma celular, ou seja, um câncer no fígado. Considerando que estamos em uma região endêmica, quanto mais casos da doença forem rastreados, principalmente em comunidades

onde já há registros de casos de hepatites, maiores chances de monitorar e acompanhar esses indivíduos e, se tiver necessidade, oferecer-lhes o tratamento correto.

Como o Laboratório de Virologia Molecular começou a rastrear casos na região de Lábrea, no Sudeste do Amazonas?

Tudo começou em 2023, quando recebemos, no ambulatório especializado em hepatites virais crônicas do Centro de Pesquisa em Medicina Tropical de Rondônia (Cepem), dois pacientes jovens, de 19 e 23 anos, com hepatite delta. Eles apresentavam características de superinfecção: um deles com hepatocarcinoma celular e o outro com episódios hemorrágicos, o que não é muito comum em indivíduos jovens. A maioria dos nossos pacientes são portadores crônicos, com idade um pouco mais avançada, às vezes com histórico familiar de contato com o vírus. A partir do momento que a gente soube desses dois indivíduos, resolvemos avaliar o contexto familiar e o da comunidade onde viviam. Descobrimos que ambos eram da região de Lábrea, no Amazonas, de uma comunidade ribeirinha chamada Madeirinho, às margens do rio Purus, e que havia outros casos de hepatite registrados na família, como irmãos, primos e tios.

O que vocês estão fazendo neste momento na região?

O trabalho começou no início de 2023, quando recebemos os dois irmãos em Porto Velho. Em dezembro, visitamos a comunidade Madeirinho. Agora, em 2024, estamos ampliando a investigação para outras comunidades. Além da testagem, diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, é fundamental investigar o entorno dessas pessoas, pois muitas das vezes não são casos isolados. Muitos têm conexões familiares: um tio ou primo que teve a doença, ou algum parente que morreu de hepatite. Portanto, é importante realizar rastreamento e acompanhamento clínico de outros membros da mesma comunidade, que podem ser portadores da doença sem saber.

Como funciona o rastreamento?

Realizamos a coleta de sangue nas comunidades e encaminhamos as amostras ao Laboratório de Virologia Molecular da Fiocruz, em Rondônia, onde serão avaliadas. Esse trabalho é fruto de uma colaboração nossa com a Secretaria Municipal de Saúde de Lábrea (Sems) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/Lábrea). Pacientes diagnosticados com hepatite delta serão acompanhados por um clínico e, quando necessário, receberão tratamento e assistência pela rede municipal de saúde local, além do suporte do ambulatório especializado em hepatites virais do Cepem, em Porto Velho.

O Laboratório de Virologia Molecular da Fiocruz Rondônia desenvolveu um método molecular para a quantificação da carga viral de indivíduos com o vírus da hepatite delta (HDV). Qual a importância do uso deste método?

O kit diagnóstico foi desenvolvido internamente e nos permite quantificar o vírus presente na amostra de sangue

do paciente. No contexto da endemicidade da hepatite D na região, essa quantificação é crucial para fornecer uma orientação clínica adequada, pois a quantidade de vírus detectada orienta o médico na definição do acompanhamento do paciente. O kit foi desenvolvido com o objetivo de atender à população da região afetada pela hepatite delta, mas também com a intenção de ser implementado em todo o Sistema Único de Saúde, beneficiando não apenas a população da Amazônia, mas de outras regiões do Brasil e do mundo.

Como funciona hoje a testagem para hepatites no SUS?

Atualmente, a testagem está disponível apenas para as hepatites B e C. No caso da hepatite delta, os testes são realizados apenas em regiões endêmicas. Esses testes utilizam marcadores sorológicos que indicam se o indivíduo teve contato com o vírus, mas não fornecem informações sobre a replicação viral. Nosso teste indica a carga viral, informa se o vírus está se replicando no momento e fornece a quantidade de vírus detectada. Essas informações são essenciais para determinar a conduta médica adequada para o paciente. O método utilizado é semelhante ao utilizado para pessoas vivendo com HIV e para aquelas com hepatite B. No SUS, exames de carga viral são realizados para hepatite B, mas não para hepatite delta. Infelizmente ainda não temos previsão de quando essa tecnologia estará disponível no SUS, em outras regiões do Brasil.

É possível dizer que a hepatite delta é uma doença negligenciada?

Podemos afirmar que sim. Primeiramente, não sabemos se a hepatite delta está amplamente distribuída no Brasil, porque não temos testes de rastreamento disponíveis em outras regiões. Atualmente, é considerada uma doença específica da região Norte, principalmente devido ao fato de os testes serem realizados quase exclusivamente na Amazônia. Essa limitação geográfica resulta em uma falta significativa de informações sobre a doença em outras partes do país, especialmente em áreas de difícil acesso. Sem uma ampla cobertura de rastreamento não conseguimos ter uma visão completa da prevalência e distribuição da hepatite delta no território nacional. Além disso, a falta de dados impede a implementação de estratégias de saúde pública eficazes e o direcionamento adequado de recursos para o controle da doença em indivíduos afetados.

Como surgiu seu interesse em estudar hepatites virais?

Trabalho na área de virologia há 26 anos. Desde a minha iniciação científica, no segundo período da faculdade, quando avaliava casos de dengue, já se falava sobre hepatite delta na região. Em 2004, devido à endemicidade e à ausência de métodos moleculares para diagnóstico desse vírus, surgiu meu interesse em desenvolver um modelo de diagnóstico capaz de quantificar o vírus. Isso ajudaria no monitoramento e acompanhamento clínico, seja em comunidades ribeirinhas e indígenas, em outros municípios ou em Porto Velho. Esse interesse se estendeu não apenas às hepatites virais, mas também a outras doenças, como vírus respiratórios e arboviroses.



A AVENTURA COTIDIANA DO SUS

Expedição da Fiocruz Rondônia mostra desafios para pesquisa e assistência à saúde na Amazônia

ADRIANO DE LAVOR

Os dois carros da Fiocruz Rondônia partem do Laboratório de Virologia Molecular, em Porto Velho (RO), às 9 horas da manhã de domingo, 23 de junho. O destino da nossa expedição é Lábrea, cidade no sul do estado do Amazonas onde vivem cerca de 47 mil pessoas, de acordo com o Censo 2021.

Situado entre os rios Madeira e Purus, o município amazonense fica longe da capital, Manaus (800 km), e faz limite com capitais de dois estados: Rio Branco, no Acre, e Porto Velho, em Rondônia. A cidade é conhecida por se situar no ponto exato onde acaba (ou começa) a BR 230, mais conhecida como Rodovia Transamazônica. O outro extremo da estrada, a cidade paraibana de Cabedelo, fica a 4.260 km dali.

A distância entre Porto Velho e Lábrea, pouco mais de 400 km, é desafiadora: depois de duas horas transitando no asfalto da BR 319 — e de uma breve parada em Humaitá, já no estado do Amazonas — a

viagem se estende por, no mínimo, mais cinco horas pela Transamazônica, um trecho de estrada de terra que parece sem fim.

Os desafios logo se apresentam. O primeiro deles é seguir por terra em uma área densa de mata, mesmo em um período sem chuvas. Enxerga-se pouco diante de uma nuvem constante de poeira. A floresta parece não permitir que a rodovia se mostre como é. Entre as duas cidades, contamos 13 pontes sobre córregos e igarapés. Em uma delas, sobre o rio Mucuim, é preciso usar uma balsa para atravessar de carro.

No intervalo entre as pontes, as cercas coloridas que adornam a entrada de propriedades rurais contrastam com a aridez da poeira e dos buracos, tão selvagens quanto a floresta. Quando chove, viram crateras de lama, comenta Carlos Soares, um dos motoristas da equipe, segurando com força o volante para impedir que o carro derrape, mais uma vez.

DEVASTAÇÃO NO CAMINHO

O segundo desafio imposto pelo trajeto é constatar in loco o que mostram pesquisas e reportagens sobre a região. Situado na Amacro (nome que engloba os territórios de Acre, Rondônia e Amazonas), que já foi considerada a nova frente de desmatamento do Brasil, o município de Lábrea foi eleito, em 2022, campeão em derrubada de árvores no país, segundo o Relatório Anual de Desmatamento (RAD), realizado pelo MapBiomias. [Acesse os relatórios do mapiomias aqui: <https://bit.ly/3WdY2hA>]

Apesar de o RAD 2023 indicar uma queda na área desmatada na Amacro — e sinalizar que a devastação ambiental avança em direção ao Cerrado —, ainda é possível ver muitas cicatrizes da devastação no caminho. Além disso, uma breve busca na internet mostra notícias e artigos que revelam conflitos recentes relacionados à grilagem de terras, ausência de fiscalização e incentivo desenfreado à pecuária e à extração de madeira. Matéria publicada no site Repórter Brasil (24/3) aponta Lábrea como “laboratório do crime, marcado por roubo de terras, desmatamento e ausência do Estado”.

Na estrada, os desníveis de ocupação do espaço são visíveis, parecendo acompanhar a morfologia dos buracos que não dão descanso a quem se aventura a trafegar por ali. Plantações a perder de vista, amplos espaços desmatados, alguns ainda com vestígios de fumaça; aqui e acolá, suntuosas residências estruturadas com aparato de comunicação e muitos carros estacionados nas garagens contrastam com modestas casas de madeira e suas pequenas hortas. A maioria com a aparência de abandono.

O trânsito intenso de tratores, caminhões, carros, ônibus e motos contrasta com grandes vazios. Passar por ali ajuda a entender os números do IBGE, que registram no Amazonas uma das menores densidades demográficas do país (2,53 habitantes por quilômetro quadrado).

Parece terra de ninguém, mas as pessoas estão lá: equilibrando-se em um pé nas motos que param para esperar (literalmente) a poeira baixar para prosseguir viagem, jogando sinuca nos poucos botecos vistos à beira da estrada, banhando-se nos sinuosos igarapés que se oferecem como

oásis em um deserto de poeira e distâncias. É domingo, e o calor convida quem está de folga a um bom mergulho.

Mesmo que por longos períodos não seja possível vê-las, sob a nuvem constante de poeira, as pessoas estão lá, enfrentando cotidianamente demorados deslocamentos e distâncias por vezes intransponíveis. As dificuldades não são enfrentadas somente por quem mora, mas também por quem faz pesquisa ou promove saúde neste lado do mapa. Como parece distante este Brasil.

DIAGNÓSTICO EM PLENA FLORESTA

Felizmente ainda é possível presenciar, em alguns breves trechos da rota, a resiliência e a resistência da floresta, imponente diante das tentativas humanas de delimitar a sua presença. Passa do meio-dia quando os carros margeiam o Parque Nacional do Matinguari — área em que resistem amplas áreas de vegetação nativa.

É como se a figura mítica das lendas indígenas que dá nome ao parque conseguisse proteger parte da floresta, às margens da rodovia. Castanheiras e outras árvores frondosas derramam-se pela estrada, cores inúmeras salpicam os diferentes tons de verde, açaizeiros enfileirados criam molduras incríveis para o pôr do sol. O céu de diferentes tonalidades definitivamente parece mais baixo. O calor úmido tempera os sons da vida que não se vê.

Nos dois carros, os breves cochilos de cansaço da equipe se alternam com a conferência do material de pesquisa e com o planejamento da extensa programação a cumprir. Ao todo, são cinco pesquisadores, uma médica e dois jornalistas, além de dois motoristas. Empolgados com a experiência em campo, os pesquisadores Jackson Queiroz e Adrhyhan Araújo explicam como o trabalho do grupo une produção de ciência e assistência à saúde.

Biomédico de formação, Jackson é pesquisador no laboratório, onde desenvolveu, em sua pesquisa de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Biologia Experimental (PGBIOEXP) da Universidade Federal de Rondônia (Unir), o teste molecular para quantificação da carga viral de hepatite delta — o mesmo que tem sido utilizado pela equipe no rastreamento de novos casos.

Na chegada à comunidade de Várzea Grande, o desafio de escalar barrancos que podem chegar a 30 metros

Ele diz à *Radis* que a metodologia “extremamente sensível e reprodutível” possibilita o rastreamento da doença em indivíduos que poderiam passar anos sem um diagnóstico — e não terem o devido tratamento — diminuindo assim o número de casos em que a hepatite delta só é identificada em estado mais avançado, com quadro de cirrose ou mesmo de um câncer.

Também biomédico, Adrhyan é mestrandando no mesmo programa, onde avalia quais fatores influenciam a evolução de pacientes diagnosticados com hepatite delta. A expertise em virologia e em imunologia genética, segundo ele, pode ajudar a compreender um perfil de suscetibilidade diante do HDV.

Jackson e Adrhyan são orientados por Deusilene Vieira, pesquisadora-chefe do laboratório e vice-coordenadora de Ensino, Comunicação e Formação da Fiocruz Rondônia. Quando voltamos a ter sinal de internet, ela avisa pelo celular que ao chegar à cidade o comboio se dirigirá diretamente ao porto, onde um barco já aguarda o material de trabalho que será levado às comunidades ribeirinhas. A ideia é partir rio acima ainda na madrugada seguinte.

NA FRONTEIRA ENTRE A RODOVIA E O PURUS

É somente às 4 e meia da tarde que entramos em Lábrea, onde os únicos sinais de trânsito à vista estão desligados e quase todas as motocicletas são pilotadas por pessoas sem capacete — ao comentar depois, com moradores, descobri que “quem usa capacete pode ser confundido com bandido”. Seguimos então ao porto, onde o sinuoso rio Purus emoldura um monumento que marca o fim da Transamazônica.

O fim de tarde revela a majestade plácida do rio, que nasce no Peru e serpenteia pela floresta cortando 21 municípios do Acre e do Amazonas até desaguar no Solimões — antes de este se juntar ao Negro e receber o nome de Amazonas. A visão de muitas embarcações — pequenas, grandes, de pesca, de passeio ou de serviço médico — mostra o quanto os deslocamentos fluviais são determinantes para o sucesso de qualquer ação de saúde que se planeje na Região Amazônica.

Ao lado de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial do município de Lábrea — ancorada, mas em funcionamento — está a pequena ambulância que nos levará à viagem e que é carregada com material de trabalho, combustível, água e mantimentos. Quando o carregamento termina, o sol já está a caminho de se pôr, no mesmo ritmo lento em que navega a pequena voadeira que traz uma família à cidade. O tempo do rio não é o tempo do relógio, lembro do que me disse uma vez uma profissional de saúde indígena.

O dia termina com uma visita rápida ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Lábrea, onde no dia seguinte, a médica hepatologista Eugênia de Castro e Silva, do ambulatório especializado em hepatites virais do Centro de Pesquisa de Medicina Tropical de Rondônia (Cepem), irá atender moradores da região já diagnosticados com hepatites. [Veja como funciona o atendimento aos pacientes já diagnosticados em nosso site].

NOVE HORAS CONTRA A CORRENTE

O sol ainda não nasceu e já estamos todos a caminho do rio. A cidade dorme, mas já é possível ouvir a movimentação na região portuária, onde os faróis dos carros da Fiocruz iluminam a descida até o cais. Como é época de seca na Amazônia — e o município de Lábrea é um dos cinco mais afetados pela escassez de chuva no estado — forma-se um barranco muito alto e íngreme entre a cidade e o nível da água. Qualquer deslizamento é queda na certa!

Coletes distribuídos, equipe completa, o barco parte às 5 horas da manhã de segunda-feira, ainda no escuro, em direção à comunidade de Várzea Grande, que fica “a mais ou menos nove horas de viagem”, como informa o piloto Deca. “Vamos subir contra a correnteza”, diz, olhos concentrados à frente, vez ou outra deslocando um fecho de luz para iluminar as curvas do rio que mal se vê.

No barco que ele conduz, estão a equipe do laboratório de virologia — que além de Deusilene, Jackson e Adrhyan, também conta com a biomédica Ana Maisa Passos da Silva e a universitária Kátia Ingrid da Silva Maia — o jornalista José Gadelha, assessor de comunicação da Fiocruz Rondônia, e uma equipe de saúde do CTA de Lábrea: a gerente Keith Ellen Quintino, a enfermeira Débora Rocha e a técnica de enfermagem Nailucia Santos de Lima seguem com o objetivo de aplicar testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites nas comunidades. A tripulação se completa com o apoio do ex-agente comunitário de saúde Raimundo Lopes (ou Jheimisson, como ele prefere), que diz conhecer a região como a palma da mão.

O clarear do dia vai revelando as nuances da floresta, cada curva do Purus refletindo as primeiras luzes da manhã. Pouco a pouco, é possível ver praias alvíssimas e o sol a iluminar discretamente as pequenas e esparsas comunidades, formadas por casas suspensas de madeira, algumas coloridas com as cores dos majestosos ipês amarelos.

As águas seguem tranquilas, quase sem banheiro — termo regional que descreve a ondulação do rio — e as horas correm devagar, empurradas lentamente pelo barulho monótono do motor do barco, entrecortado pelo vento, que com o movimento da embarcação, aplaca o calor da floresta tropical. Perto do meio-dia, o tempo vira e o céu desaba em forma de chuva, que algumas curvas depois, desaparece sem deixar quase vestígios. Um jacaré toma sol em uma das praias rio acima, alguém reclama não ter lembrado de levar uma garrafa de café.

É quase meio-dia quando fazemos uma parada para abastecer o barco e cuidar de uma pequena avaria, rapidamente resolvida. Enquanto isso, a pausa é bem-vinda para ir ao banheiro, esticar as pernas, fazer algumas fotos. No aplicativo de mapas do celular, Jackson olha com frequência o tempo que falta para a chegada. Parece perto, mas as curvas do rio enganam. Há momentos em que dá impressão que não se sai do lugar, tão sinuoso é o trajeto que descreve.

Não há como não pensar no desafio que é se deslocar nesta região do Brasil. Mesmo em uma embarcação nova, é somente às 2 horas da tarde que chegamos à comunidade de

Em Lábrea, um monumento mostra que a cidade fica onde termina a Rodovia Transamazônica

Várzea Grande, onde os moradores nos aguardam ansiosos. A chegada não finda os desafios: o maior deles é subir um barranco de cerca de 30 metros, com toda bagagem e equipamento, usando apenas troncos de madeira como escada. Com a chuva recente, o perigo de escorregar é iminente; a destreza dos locais, no entanto, desconcerta quem precisa de apoio para se equilibrar.

O SUS NO BRASIL PROFUNDO

É quase sem descanso que o trabalho começa. São muitas pessoas à espera das equipes, que logo se propuseram a encerrar a jornada noite adentro. Eles sabem que no dia seguinte uma longa viagem nos espera. Então, mais uma vez, não há tempo a perder. É hora de ver a pesquisa e a assistência do SUS em ação no Brasil profundo.

A noite que se segue traz consigo mais desafios para as equipes: escuridão, mosquitos, bolor. Nada que impeça o bom humor de quem está acostumado ao ambiente. Piadas que acompanham a última refeição do dia, um trajaá (espécie de cágado de carapaça e pele negra com manchas amarelas na cabeça) preparado pela dona da casa que nos recebe, e que se estendem à hora de dormir — cedo, já que o retorno acontecerá na madrugada.

No dia seguinte, a rotina se repete, sem que os desafios desanimem quem está no barco. Neblina, sono, muitas picadas de mosquito, novamente grandes distâncias. “Desta vez é rio abaixo, a gente ainda chega à Lábrea durante o dia”, aposta Deca, mais uma vez com dificuldade de enxergar o que vem à frente.

Do lado de fora, a natureza recompensa os navegantes com mais um espetáculo, desta vez o nascer do sol. O barco segue devagar, sob a cerração. O planejamento se ajusta ao tempo que é ditado pela floresta e pelo Purus, que alterna praias alvas e barrancos imensos, como se fossem cicatrizes da seca que já chega à região.

Navegamos por mais algumas horas até chegar a Acimã — onde os “comunitários” nos recebem de portas abertas e novamente seguimos o curso do rio até chegarmos à Lábrea, já no fim do dia. O corpo se ressentido do esforço — muito tempo na mesma posição, o banheiro que ainda nos acompanhará por algumas horas, as marcas dos insetos tatuadas



onde o repelente não foi capaz de proteger. Porém, a mente está quieta.

Em sua primeira viagem ao campo, Kátia Ingrid, graduanda em Biomedicina e gestora técnica do Laboratório de Virologia Molecular, disse à *Radis* que considera que a experiência de participar das atividades em comunidades de difícil acesso na Amazônia foi significativa em sua formação profissional. “Participar de ações voltadas para a população carente é uma experiência enriquecedora, não só para minha carreira, mas também para minha vida. Ainda mais no mês de julho, que é dedicado à conscientização das hepatites virais”, declarou.

Sensação de dever cumprido vem emoldurada pela experiência de quase intimidade com a floresta. Um Brasil profundo, onde as desigualdades não estão somente nas margens. Ali, o que para nós parece aventura é o cotidiano de moradores, profissionais de saúde e pesquisadores. Um cenário de adversidades e de potencialidades que mostra o quanto ainda é preciso avançar para que se possa garantir o acesso ao que o SUS oferece e ao direito pleno à saúde. **R**

COQUELUCHE: O QUE VOCÊ PRECISA SABER

Surto da doença causada por uma bactéria gera preocupação no Brasil e no mundo

GLAUBER TIBURTINO / COLABOROU JESUAN XAVIER

Foi no início de junho, em uma sexta-feira, que o estudante de medicina João Pedro, de 21 anos, começou a se sentir febril, com um leve mal-estar e tosse seca. Imaginou ser uma virose típica do período que antecede o inverno carioca. Administrou os sintomas com medicamentos durante o fim de semana e já na segunda-feira sentiu-se mais disposto e retomou sua rotina de estudos na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A tosse seca e prolongada, porém, permaneceu e ainda o acompanharia por mais algumas semanas. Aconselhado por professores, procurou atendimento médico, fez exames de laboratório para descartar algumas infecções respiratórias — como influenza e covid — e exames de imagem, que detectaram uma dilatação em seu esôfago.

A partir dali os médicos passaram a tratar o caso como refluxo, mas João Pedro não melhorava e as tosses, antes secas, passaram a ser acompanhadas de secreção espessa. Em dois episódios, chegou a se engasgar com ela e precisou ser socorrido em casa. Levado de volta à emergência hospitalar após o segundo episódio de quase asfixia, o jovem foi atendido por uma médica que pouco tempo antes havia tratado um quadro parecido e o diagnóstico havia sido de coqueluche.

A médica, então, pediu um teste e confirmou a suspeita. O tratamento com antibiótico foi feito no próprio hospital. João Pedro precisou ficar internado, mas se recuperou aos poucos do susto e dos efeitos da bactéria em seu organismo.

A coqueluche vem gerando preocupação em autoridades brasileiras e internacionais, especialmente por conta das Olimpíadas, em Paris. Uma reportagem da BBC Brasil (8/7) afirma que somente nos três primeiros meses de 2024 foram registrados mais de 32 mil casos na União Europeia, de acordo com o Centro Europeu de Controle e Prevenção das Doenças (ECDC), frente a cerca de 25 mil em 2023. Ainda segundo a reportagem, a agência de saúde francesa Santé Publique emitiu um relatório afirmando que os indicadores de vigilância confirmam uma situação epidêmica no território.

O Brasil registrou uma morte de bebê pela doença, após três anos sem óbitos. A vítima foi uma criança de seis meses no Paraná, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a última morte por coqueluche no país havia acontecido em 2020; em 2019, um surto da doença levou a 12 óbitos.

SOBRE A COQUELUCHE

“A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, causada pela bactéria *bordetella pertussis*, um patógeno específico de humanos”. A definição é da pediatra e neonatologista Bárbara Oliveira, com quem *Radis* conversou sobre o tema.

O contágio pode ocorrer por meio de gotículas respiratórias liberadas durante a fala, beijo, tosse ou espirro de pessoas doentes. “Vacinação e isolamento das pessoas infectadas são as principais formas de se evitar a propagação da doença. O esquema vacinal da coqueluche é realizado em bebês de 2, 4 e 6 meses, com doses de reforço aos 15 meses e 4 anos. Nos adultos, a recomendação é para gestantes, puérperas, profissionais de saúde, parteiras tradicionais e estagiários da saúde que atuam em maternidades e unidades de internação neonatal”, explica.

Formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com mais de 10 anos de atuação profissional, a médica lembra que apesar de ser uma doença com maior risco de agravamento em bebês menores de seis meses, as demais faixas etárias também estão suscetíveis à piora no quadro, como ocorreu com João Pedro. Ela pontua que isso pode acontecer mesmo que jovens e adultos tenham se vacinado na infância.

“É importante lembrar que a imunidade conferida pela vacinação — ou mesmo por meio da doença — não é permanente. Dura em média de cinco a dez anos. Isso faz com que exista um aumento de casos em adolescentes e nos adultos jovens, além de serem subdiagnosticados”, afirma.



FOTO: RODRIGO NUNES

5 PERGUNTAS SOBRE A COQUELUCHE PARA A PEDIATRA BÁRBARA OLIVEIRA

Quais os principais sintomas da coqueluche e como ela evolui?

Ocorre inicialmente a fase catarral, com aumento de secreção nas vias aéreas, febre, coriza, mal-estar e tosse seca, que dura até duas semanas. Essa primeira fase é a mais infectante e as crises de tosse têm mais intensidade, podendo causar falta de ar e vômitos. Em seguida, ocorre a fase paroxística quando a febre pode se manter baixa, com crises súbitas de tosse, que podem comprometer a respiração. Após esse período, os sintomas anteriores diminuem, mas a tosse pode ainda persistir por semanas.

O que deve ser atentado em relação à proteção de crianças pequenas?

Os bebês de até um ano, principalmente os menores de seis meses, são a população de maior risco, com elevada letalidade. Eles são frequentemente hospitalizados por apresentarem crises de apneia e hipóxia [problemas de respiração e falta de oxigênio], necessitando de internação em unidade de cuidados intensivos. Um bebê não estará protegido com uma dose apenas da vacina [que ocorre aos dois meses]. A proteção é conferida após esquema vacinal completo com as três doses, ou seja, somente após os seis meses. Isso liga um alerta para a questão de exposição quanto ao recebimento de visitas e idas a lugares aglomerados nesse período.


Vacinar apenas a mãe é suficiente para proteger o bebê antes que ele complete seu ciclo de imunização?

Esse é outro ponto importante! Não basta apenas a gestante se imunizar, precisamos divulgar também a importância de que os contactantes do recém-nascido se vacinem. Avós, pai, babá ou qualquer outro cuidador direto do bebê nos primeiros meses de vida, quando ocorre a forma mais grave da doença. Para esse grupo, a vacinação é disponibilizada apenas na rede privada.

Que orientações você dá aos pais?

Como pediatra neonatologista, já presenciei a evolução devastadora que a coqueluche é capaz de fazer em um recém-nascido. Percebo que o básico é dito, mas que os pontos de atenção que citei anteriormente chegam a pouquíssimas pessoas. Me pergunto, por exemplo, se, estando cientes dessas informações, os pais não trocariam itens do enxoval pela vacinação dos contactantes diretos do seu bebê. Ou mesmo se o levaria a ambientes com aglomeração após a primeira dose da vacina, isto é, antes da conclusão do ciclo vacinal.

O que pode ter contribuído para o aumento atual de casos?

Os surtos de coqueluche são cíclicos, ou seja, a cada três ou cinco anos ocorrem picos da doença. Mas, somando-se a isso, infelizmente encontramos baixa adesão por descredibilização vacinal como um todo no pós-pandemia. 



ALÉM DOS DESTROÇOS

Como cuidar dos danos psicológicos às vítimas de desastres socioambientais, segundo a pesquisadora da Ensp/Fiocruz, Simone Oliveira

GIOVANNA GARCIA*

A destruição física e espacial sempre é um problema em cidades após sofrerem um desastre socioambiental, mas pouco se fala das consequências psicológicas para as vítimas. Um prédio pode ser reconstruído em meses, mas e a saúde mental de uma pessoa? Como auxiliar alguém que perdeu um parente ou um amigo? Ou a família que vê sua casa debaixo de escombros? Ou ainda a pessoa que vive em um local de risco constante? Ou o profissional que esteve muitos dias trabalhando incansavelmente sem suporte?

Para a cientista social e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Simone Oliveira, um desastre socioambiental tem muitas fases, que vão desde a atenção imediata às vítimas até a reconstrução — e essa é a etapa mais demorada e complexa. “Além do processo de recuperação física, no sentido de reconstrução de prédios e reinstalação de serviços, envolve toda a restauração da vida social, familiar e pessoal”, constata.

A ausência de um processo digno de reconstrução, em que as pessoas devem ser ouvidas e acolhidas, é apontada

por ela como um dos principais fatores que geram sofrimento. “As pessoas não apenas sofrem com a situação, ao perderem parentes, amigos, pessoas próximas, sua forma de viver, mas, além disso, têm que provar que são vítimas”, constata. Com pós-doutorado em Psicologia do Trabalho pela Universidade do Porto (Portugal) e integrante do GT Saúde do Trabalhador da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), ela afirma ainda que é preciso atenção à saúde dos profissionais que atuam nos desastres socioambientais e que esse cuidado geralmente é negligenciado.

Simone é integrante do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh), da Ensp/Fiocruz, e do Fórum de Mudanças Climáticas e Justiça Socioambiental. Coordenadora de uma pesquisa com populações que vivem em áreas de risco na Região Serrana do Rio de Janeiro, onde ocorrem tragédias frequentes provocadas pelas chuvas, ela defende que o caminho de prevenção dessas ocorrências está no fortalecimento das comunidades — o que pode garantir a construção de redes colaborativas para o enfrentamento dos desastres provocados pelas mudanças climáticas.

“ Muitas vezes ocorre o processo de ‘revitimização’ da população: as pessoas não apenas sofrem com a situação — perderam parentes, amigos, pessoas próximas, sua forma de viver —, mas, além disso, têm que provar que são vítimas. ”

Qual é a causa da ocorrência dos desastres socioambientais?

As mudanças climáticas têm aumentado e isso é um fato. Após a tragédia recente no Rio Grande do Sul, parece que há uma surpresa, mas, na verdade, isso tem sido anunciado há muito tempo. O IPCC (Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas) já existe há 40 anos; porém, ultimamente alguns governos no Brasil brincavam com isso e consideravam que esse não é um problema. As mudanças climáticas têm sua origem no modelo de produção de exploração desenfreada dos recursos naturais, de petróleo e minério, e no alto consumo do próprio modelo de vida. O aquecimento global vem acelerando e tem se tornado mais conhecido. Algumas pessoas estão chamando de Fervura Global, que seriam as emergências climáticas com as quais estamos nos deparando. O problema é que isso tudo gera pânico e, ao mesmo tempo, parece que não sabemos o que fazer. É preciso organização social para essas mudanças, no sentido de responder à pergunta: “Como mudamos o padrão de produção e de consumo?” Isso é um pacto social, é um acordo da sociedade e dos países com os seus blocos. Apesar de termos a COP [Conferências das Nações Unidas sobre as Mudanças Climáticas] que vem fazendo esses acordos, na verdade eles não são cumpridos. É preciso de fato um comprometimento das partes para que gere mudanças concretas.

Após a ocorrência de um desastre socioambiental, o que é feito para o dano ser reparado?

Os afetados, normalmente, perdem suas casas ou elas ficam interditadas no local de risco. Toda essa situação é muito complexa, porque o desastre tem as suas fases: a fase da resposta, do resgate, da recuperação e da reconstrução, que é a fase mais longa. A fase da resposta é quando se aciona a Defesa Civil, os Bombeiros e a Saúde: o período das primeiras 72 horas até os 30 dias é fundamental. Nesse primeiro momento, acontece a busca dos corpos sem identificação, além de retirar todas as pessoas. Geralmente, existem planos de contingência nos estados e municípios, mas muitos estão defasados. Existe sempre um imediatismo nos desastres, nunca se sabe onde vai afetar. Por exemplo, na Região Serrana do Rio de Janeiro, quando aconteceu em 2011 um grande desastre, Teresópolis tinha feito um plano de contingência para um número de 300 de pessoas atingidas, que seria já

uma estimativa maior do que estavam acostumados. Mas no primeiro dia já ultrapassavam 6 mil. Por isso, ao mesmo tempo em que existe um planejamento, ele sempre vai ao encontro da realidade, porque precisa de ajustes.

Como a demora e a dificuldade da fase de recuperação afeta a saúde mental das pessoas atingidas?

A fase da reconstrução é a mais demorada. Além do processo de recuperação física, no sentido de reconstrução de prédios e da reinstalação de serviços, envolve toda a restauração da vida social, familiar e pessoal. Vamos ver, por exemplo, pessoas que viveram no contexto da barragem de Mariana [em MG] e sofrem até hoje com as consequências, e isso já faz 9 anos [ocorreu em 2015]. O mesmo no desastre da Região Serrana de 2011, em que existem pessoas que não recuperaram suas casas nem sua dignidade. E isso é um fator agravador da saúde mental: as pessoas acabam entrando em depressão, não necessariamente pelo evento, mas pela ausência de um processo de reconstrução digno. Muitas vezes ocorre o processo de “revitimização” da população: as pessoas não apenas sofrem com a situação, ao perderem parentes, amigos, pessoas próximas, sua forma de viver, mas, além disso, têm que provar que são vítimas.

Como esse processo que deslegitima o sofrimento das vítimas dificulta a sua recuperação?

O processo de revitimização é muito doloroso. São vários formulários que precisam ser preenchidos com o objetivo de que as autoridades tenham o reconhecimento de quem foi atingido. Fazem as vítimas reviverem toda a tragédia e muitas vezes não recebem o reconhecimento. Quanto mais cedo a volta do funcionamento social, melhor para esse processo de ressignificação das comunidades atingidas. Seria quando as coisas começam a funcionar, como a volta das crianças para a escola, por exemplo.

Dentro dos cuidados em saúde, a saúde mental é vista como uma prioridade?

Não. Atualmente a gente vê muito se falar disso, mas acho que não se tem um entendimento comum de qual seria a melhor abordagem; ainda fica muito no plano biomédico da patologização. O sofrimento não é patológico, ele pode

“ A solidariedade é fundamental para as vítimas, porque ela realmente traz ajuda não só física, mas apoio e humanidade. ”

se transformar numa patologia; mas, antes de ser encarado como doença, é preciso entender primeiro que o sofrimento faz parte da vida. A gente precisa compreender que a nossa sociedade não suporta o sofrimento, por isso vemos muitos jovens se medicalizando e uma indústria que cada vez mais investe em uma sociedade totalmente medicalizada. Se você não dormiu uma noite, você tem que tomar uma medicação para dormir. E nessas situações [dos desastres], isso se exagera: parece que essas pessoas precisam de medicalização para lidar e ressignificar a sua existência.

E qual seria a abordagem mais correta?

Precisamos sempre pensar que as pessoas e as comunidades são capazes de se reconstruir. É necessário garantir o protagonismo. Devemos apostar, sempre, que as populações são capazes de dar conta, no sentido de que é preciso infraestrutura e recursos, mas as pessoas podem buscar isso coletivamente. Quando a gente pensa na dimensão psicossocial, a gente está abrangendo várias coisas que não somente o biológico, não é somente a questão do adoecimento mental.

Como o atendimento psicossocial pode ajudar a promover melhores condições às vítimas?

O psicossocial é não só pensar em como as condições de vida afetam o indivíduo, mas como o ambiente interage comigo. Se vivo numa situação traumática e me sinto em risco, isso altera ainda mais a capacidade de superação. É necessário também se atentar para as pessoas que já estão em recidiva,

ou seja, que viveram situações semelhantes recentemente. No próprio Rio Grande do Sul, houve em setembro um evento importante similar, então essas pessoas estão mais propensas a terem algum tipo de comprometimento ou algum tipo de transtorno. No entanto, é fundamental a gente pensar que o percentual de pessoas que vão ter um estresse pós-traumático é muito baixo. Se a gente tem esse trabalho de acolhimento, de escuta e de orientação, isso tende a minimizar. É claro que existem algumas pessoas que precisamos ficar atentos, pois são perfis que já apresentaram algum comprometimento, e cabe ao setor da Atenção Primária, especialmente aos agentes comunitários de saúde (ACS), que conhecem mais os territórios, contribuir para a identificação desses grupos.

Quais medidas devem ser tomadas para a prevenção em casos de áreas de constante risco?

Para prevenção, o que deve ser feito é o fortalecimento das comunidades. Quando acontece um evento, as primeiras pessoas que atuam são da própria comunidade. Até chegar ajuda externa, demora, às vezes mais ainda porque o acesso está difícil. O projeto De Nosso Território Sabemos Nós foi desenvolvido pelo Cesteh Fiocruz na Região Serrana do Rio de Janeiro, fazendo a cartografia para as pessoas conhecerem o seu território. A Defesa Civil cria a rota de fuga e os pontos de apoio, toca o alarme e as pessoas não vão — porque, pelo trajeto que elas têm que fazer para chegar naquele ponto de apoio, elas acham que estarão

COMO NOMEAR CORRETAMENTE AS TRAGÉDIAS?

Quando ocorrem eventos como as enchentes do Rio Grande do Sul, no final de abril e início de maio de 2024, reaparece a discussão de qual termo utilizar para descrever as tragédias que afetam a vida de milhares de pessoas. “A concepção ‘desastres naturais’ atualmente não deveria ser mais trabalhada. O correto é chamar de ‘desastres socioambientais’”, afirma Simone Oliveira. “O que provoca o desastre são as condições locais, as vulnerabilidades instaladas naquele território, que surgem devido aos processos de desigualdade”, explica.


De acordo com a pesquisadora, a ocorrência de algum evento natural, como uma chuva forte, um tufão ou qualquer outro fenômeno que não desestabilize o território, não se trata necessariamente de um desastre. “O desastre é o que afeta o humano e se dá pelas condições que estão instaladas naquele território. O real problema é quando ocorre em uma intensidade grande em um determinado local em que as condições são inseguras”. E completa: “Os desastres, na verdade, são sociais, por isso podem ser chamados de desastres socioambientais”.

mais em risco do que se permanecessem em casa. É preciso haver um diálogo entre a população, a comunidade e os profissionais, porque ainda existem o que a gente chama de zonas de incultura: tem conhecimentos que a população não sabe; e por outro lado, tem conhecimentos que os técnicos científicos também não sabem, porque são próprios da população que circula no local. Por isso é preciso haver esse diálogo e essa é a função das áreas de saúde, a promoção desses diálogos.

Como o apoio, as doações e a midiatização ajudam as vítimas psicologicamente?

A solidariedade é fundamental para as vítimas, porque ela realmente traz ajuda não só física, mas apoio e humanidade. Faz com que as pessoas de fora também sintam, queiram contribuir e de alguma forma participar, surge a comoção. É claro que a gente sabe que muitos voluntários não têm uma compreensão correta ou formação para atuar nessas situações, e muitas vezes atrapalham, mas esse movimento é muito interessante e as pessoas se sentem acolhidas nesse processo. Elas veem como elas importam, e isso traz um sentido para sua vida. Apesar da mídia incomodar por ser, às vezes, muito incisiva, buscando mostrar o sofrimento para gerar uma comoção maior, ela também traz a atenção para o local. Quando a mídia para de reportar o desastre, parece que já está normal; aí as pessoas sofrem muito mais, porque elas deixam de receber a solidariedade que geralmente surge nesses eventos.

Como cuidar da saúde dos trabalhadores nesses contextos de desastres?

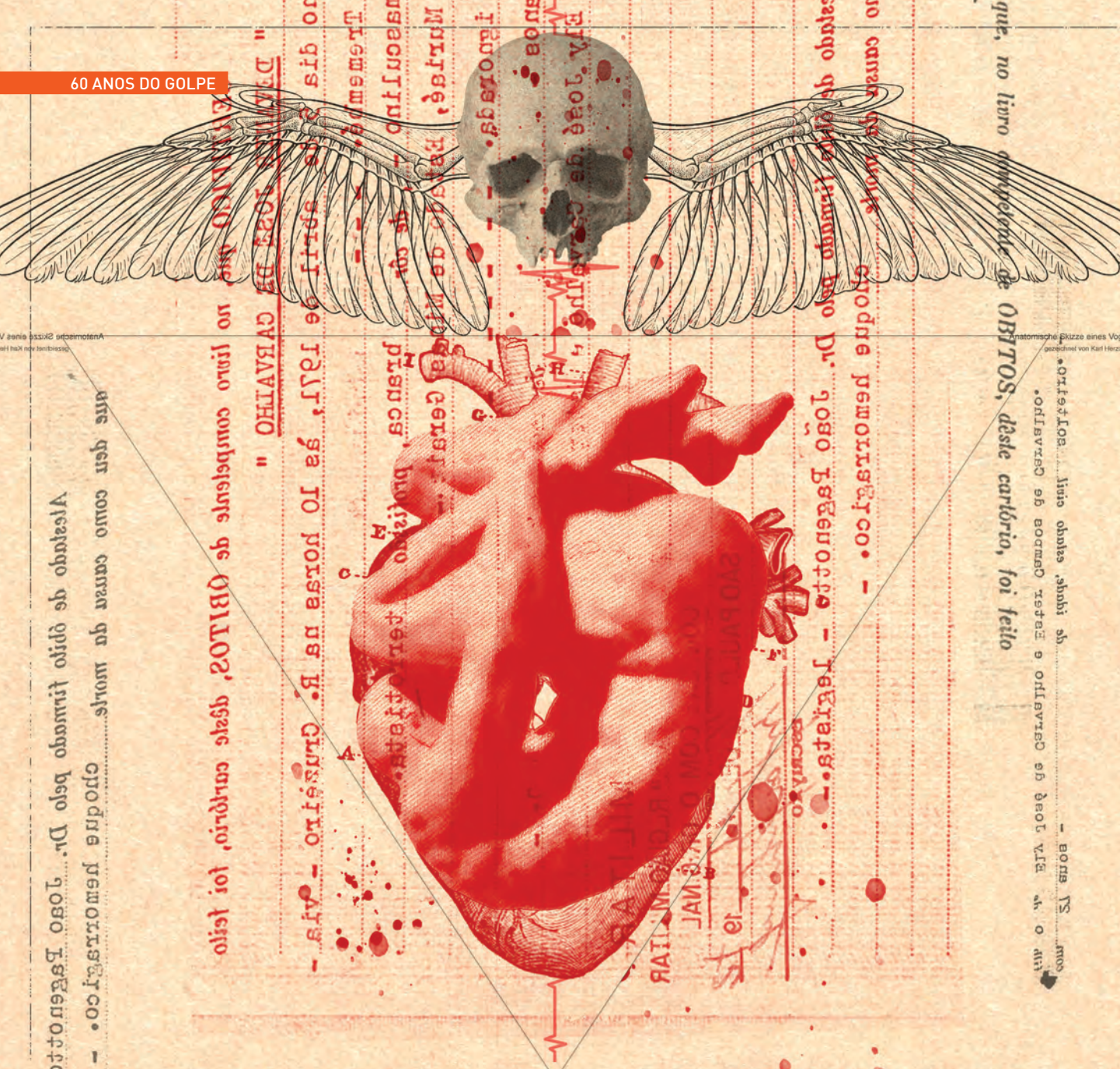
A saúde dos trabalhadores da saúde também é muito importante. A maioria, nesses casos, está na atenção primária, atuando na fase de resposta e assim são afetados. Sentem o reflexo do trabalho intenso requerido neste momento da tragédia. É fundamental pensar na identificação dos limites. As pessoas vão se envolvendo e trabalham intensamente, porque não sabem a extensão do tempo de recuperação. Toda a população é atingida, mas existem níveis diferentes. Existem aquelas pessoas que perderam os parentes, familiares e amigos, que perderam seus bens materiais — essas são as primeiras vítimas. Mas também há os profissionais que atuam e a população como um todo. Há relatos dos profissionais de saúde na minha pesquisa na Região Serrana que diziam que se acontecer novamente, eles não vão se disponibilizar para atuar, porque se sentiram muito desgastados com esse processo. Fizeram um grande investimento e não tiveram o reconhecimento. Sentiram que a sociedade e os representantes não discutiram o que deu certo, só o que deu errado. Na realidade, muitas vezes o que deu certo foi devido ao grande investimento dos profissionais em tomar determinadas decisões, ao arriscarem muitas vezes até mesmo a sua vida e, depois, isso não foi um ponto de discussão e de reflexão. Essa ausência de reconhecimento gera muito sofrimento, o que chamamos de sofrimento social. A gente fala que os atingidos, na verdade, não são só aquelas vítimas diretas. Esse é um sofrimento social que precisa ser discutido. 

■ ESTÁGIO SUPERVISIONADO

“ Quanto mais cedo a volta do funcionamento social, melhor para esse processo de ressignificação das comunidades atingidas. ”

Simone Oliveira, pesquisadora Ensp/Fiocruz

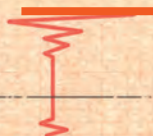




MÉDICOS A SERVIÇO DA ditadura

Pesquisa revela como médicos atuaram a favor da repressão e encobriram mortes na ditadura militar brasileira (1964-1985)

GLAUBER TIBURTINO





“Eu prometo solenemente consagrar minha vida ao serviço da humanidade”. Quando estudantes de medicina se formam, prometem usar todos os seus conhecimentos e esforços para salvar vidas, como médicos. E jamais o oposto disso. É o que prega o juramento de Hipócrates, considerado o pai da medicina ocidental, a quem se atribui a frase que abre esse texto. Porém, a ditadura civil-militar, iniciada há 60 anos, com o golpe de 1964, traz uma face nada honrosa de uma parte dessa categoria nos anos do regime *Radis*.

Uma das profissões mais respeitadas, a medicina carrega consigo um compromisso inegociável com a ética. Ou pelo menos deveria ser assim. Em oposição completa à referência de Hipócrates, a atuação dos médicos no apoio à tortura não foi algo casual ou isolado, mas teve uma participação “ampla, sistemática e estratégica”, como constata o historiador e jornalista César Chevrand, com base em pesquisa de mestrado inédita desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (PPGHCS/Fiocruz).

O estudo demonstra que a ditadura colocou muitos médicos diante de dilemas pessoais. “Existe um código de ética de medicina, existe um juramento de Hipócrates em que os médicos se comprometem a fazer o bem, a cuidar e a preservar a vida e a saúde acima de tudo”, afirma o pesquisador. Intitulada *Doutores da Ditadura: médicos, repressão política e violação de direitos humanos no Brasil (1964-1985)*, a pesquisa foi realizada entre 2019 e 2021 na Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) — *Radis* abordou o assunto, em reportagem que analisou os reflexos dos 60 anos do Golpe para a saúde, e agora retorna ao tema, em uma conversa com César, para aprofundar as descobertas incômodas trazidas pela pesquisa.

Com base em informações da Comissão Nacional da Verdade (CNV) e de outras comissões instauradas no Brasil, além de materiais do projeto Brasil Nunca Mais, o pesquisador buscou desvelar a participação de médicos na repressão. Um dado que chamou a atenção foi justamente a presença significativa de profissionais dessa categoria na lista de agentes identificados e acusados de participação em torturas.

“Dos 377 agentes de Estado acusados por crimes no relatório, 51 denunciados eram médicos (quatro militares e 47 civis)”, afirma — portanto, 13,5% dos acusados. De acordo com César, há indícios de que esse número seja ainda maior, devido ao fato de que os médicos militares atuavam de forma clandestina e muitas vezes sem identificação de sua formação durante as sessões de tortura.

As suspeitas de que essas participações não teriam sido circunstanciais se confirmaram ao longo do estudo: “Ao mapear, reunir e analisar essas informações, torna-se possível

identificar padrões para além das atuações individuais, compondo um quadro complexo das relações que os médicos brasileiros mantiveram com a repressão política durante a ditadura”, destaca um trecho da dissertação.

“DOUTORES” DA DITADURA

Segundo o pesquisador, havia um lugar e uma finalidade para esses profissionais na engrenagem do sistema repressor: “Na cadeia da repressão política engendrada e operada pelos militares durante os 21 anos de regime, havia quem investigasse, quem prendesse, quem torturasse, quem assistisse a tortura, quem matasse o inimigo e quem assinasse um laudo falso — o médico”. E completa: “Sem a ação coordenada de todos esses atores, não somente a guerra em nome da ‘segurança nacional’ poderia estar comprometida, mas o próprio regime, sustentado pela violência do poder do Estado”.

A autoridade médica tinha um papel fundamental nas torturas — “se o preso está sendo torturado e morre, ele não dá as informações que queriam”. “Para ‘preservar’ a vida de quem era torturado durante o interrogatório, o médico estava ali aferindo a pressão arterial e dando aval para continuar ou interromper as sessões de terror: ‘tá limpo, pode continuar... não, é melhor parar e deixar para amanhã’”, descreve.

O pesquisador ilustra essa realidade ao relatar um dos casos registrados no relatório da CNV, uma história que envolve dois ex-colegas de universidade: um chamado Luiz Roberto Tenório e o outro Ricardo Fayad. “Luís Roberto Tenório foi torturado pelos militares, teve o tímpano perfurado e foi atendido no cárcere por Ricardo Fayad, seu ex-colega de faculdade de medicina”. Mesmo tendo o reconhecido, Fayad autorizou que as torturas continuassem. “Isso dá uma dimensão da dramaticidade vivida naquele ambiente”, frisa o historiador.

O estudo demonstra ainda que o saber médico contribuiu para que as punições surtiram o efeito desejado pelos militares. “A sofisticação das técnicas de interrogatório e o seu uso massivo enquanto política de Estado fizeram da tortura um campo do saber que teve a contribuição fundamental de médicos e outros profissionais de saúde na construção de uma metodologia supostamente científica”, revela o texto.

O sistema repressor praticava uma série de violações. Mulheres grávidas presas pelo regime, por exemplo, não recebiam atendimento médico devido. “Um preso sob custódia tem direito a médico e deve ter seus direitos preservados. Aquilo era absolutamente ilegal. Como é que um médico atende um preso político vendado?”, indaga o pesquisador.

César também aponta a importância de distinguir os tipos de alinhamento entre médicos conservadores e o regime militar. “A gente não pode dizer que todo médico conservador

JUSTIÇA MILITAR
2ª AUDIÊNCIA DA 2ª R. GIÃO MILITAR

teve relação ou apoiou os crimes da ditadura. Não é isso. Existem médicos que foram até esse ponto [de participar das torturas] e outros que apoiavam as políticas de saúde mais conservadoras, mais privatistas. Esses estavam mais alinhados com outras questões”, explica.

CAUSA MORTIS CENSURADA

Além de atuarem nas sessões de torturas em interrogatórios, outra colaboração fundamental dos médicos em apoio ao regime foi na função de legistas, acobertando os assassinatos com a falsificação de laudos, quando as barbaridades cometidas nos porões da ditadura resultaram na morte dos detentos. Além disso, esses médicos fizeram parte de esquemas para o desaparecimento de muitos dos corpos, ocasionando o sepultamento de opositores do regime como indigentes, o que aumentava o sofrimento de familiares das vítimas.

Uma reportagem especial da Revista Ser Médico (nº 72), do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), publicada em 2015, com o tema Os médicos e a ditadura militar, detalha um pouco mais esses vilipêndios de cadáveres. “Segundo relatos recolhidos pelo Grupo Tortura Nunca Mais, os corpos dos militantes chegavam ao IML assinalados com um T, de terrorista. Era um sinal para que o legista atribuísse a morte a qualquer outro evento, menos à tortura, e que as vítimas fossem enterradas como indigentes, sem tempo para que os sinais de violência fossem constatados por alguém”, relata o texto assinado pelo jornalista Aureliano Biancarelli.

César ressalta que ao esconder tais crimes — e resguardados pela censura da imprensa (*Radis* 123) —, os médicos protegiam o regime do desgaste que seria gerado junto à opinião pública pelas violações de direitos humanos frequentemente praticadas pelos militares. “Basicamente os médicos legistas atuavam nos institutos médicos legais (IMLs) subordinados às Secretarias de Segurança Pública. Eles agiam nessa lógica policial, acobertando os crimes na ditadura”, diz ele.

O pesquisador comenta ainda que as atrocidades cometidas pelos médicos denunciados não se limitavam à adulteração dos atestados de óbito e ocultação de cadáveres. “Houve denúncias de internação de presos políticos em clínicas psiquiátricas. Ou seja, com a participação de médicos assinando laudos e punindo presos políticos com internações psiquiátricas compulsórias e arbitrarias”, revela.

Ainda de acordo com o estudo, um dos principais legistas envolvidos nesse sistema, com várias acusações de falsificação de atestados de óbitos, foi Harry Shibata, que chegou a ser diretor do IML de São Paulo (1973-1986). Um dos casos mais emblemáticos envolvendo o legista foi o assassinato do jornalista e integrante do Partido Comunista Brasileiro (PCB), Vladimir Herzorg, na época diretor de jornalismo da TV Cultura, e que se tornou um símbolo na luta pela redemocratização após sua morte.

Em outubro de 1975, ao se apresentar voluntariamente à sede do DOI-Codi [Destacamento de Operações de Informações — Centro de Operações de Defesa Interna], na Vila Mariana, em São Paulo, Herzorg foi torturado e



assassinado pelos militares. Em seu laudo, assinado por Shibata, a causa da morte foi atestada como suicídio, posteriormente descoberta como falsa. Outras denúncias similares acumularam-se contra o legista.

A pesquisa de César enumera um total de 117 vítimas da ditadura oficialmente relacionadas à atuação dos médicos. Revela ainda a maior concentração desses casos durante os chamados Anos de Chumbo, do general Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), o período tido como o mais sangrento da ditadura, a partir da instauração do Ato Institucional nº 5 (AI-5), por Artur da Costa e Silva, em dezembro de 1968.

UMA CATEGORIA DIVIDIDA

Ao mesmo tempo em que médicos assessoravam as torturas nos cárceres, outros profissionais e estudantes de medicina sofreram com a repressão, reagiram e se articularam coletivamente, principalmente a partir da segunda metade da década de 1970, integrando-se aos comitês pela anistia e às lutas pela redemocratização do país — o que resultou, por exemplo, na Reforma Sanitária Brasileira (*Radis* 259).

Esses médicos contrários à ditadura também sofreram com perseguições. “Das 474 vítimas do relatório da CNV, identifiquei 16 estudantes de medicina e quatro médicos. Havia médicos na luta armada, na oposição consentida, na oposição parlamentar. A gente percebe que os médicos estavam muito envolvidos nas lutas políticas e que questões ideológicas estavam misturadas”, constata o pesquisador.



que deu como causa da morte

choque hemorrágico.

Os médicos progressistas incorporaram questões de direitos humanos à sua agenda corporativa e organizaram-se no chamado Movimento Médico. Essa mobilização era composta por residentes, jovens médicos que lutavam por direitos trabalhistas e integrantes da Renovação Médica, que eram profissionais progressistas interessados em ocupar a direção das entidades e associações médicas, instituições que estiveram por muito tempo na mão de pessoas alinhadas à ditadura. “No final dos anos 70, esses médicos se integraram às lutas pela redemocratização do país”, explica César.

Divididas entre um grupo conservador acomodado ao poder e uma oposição envolvida na luta pela democracia, as entidades médicas estavam no meio de uma disputa política que atravessaria a década de 1980. “O Movimento Médico, a partir da Renovação Médica, fez com que eles [os médicos progressistas] começassem a disputar os sindicatos e associações e conquistassem a direção dessas entidades, até chegar aos conselhos de medicina. Quando eles chegam aos conselhos, então conseguem pela primeira vez responsabilizar os médicos denunciados”, aponta o pesquisador.


Nesta trajetória, destacam-se dois processos emblemáticos: “Primeiro, a punição do médico-legista Harry Shibata no Cremesp, com a perda do registro profissional, em 1980 — recuperado posteriormente por meio de ação judicial; e depois, o julgamento do tenente-médico do DOI-Codi Amílcar Lobo, no Cremerj [Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro], em 1988”.

Uma das conclusões da pesquisa de César é que se os médicos participaram ativamente de violações de direitos

humanos durante a ditadura, a categoria também foi crucial para as investigações, denúncias e punições de seus colegas na reabertura política. “Um ponto muito importante é que se a gente diz que os médicos tiveram esse papel estratégico na repressão, a gente também pode dizer que eles tiveram uma participação importante na denúncia dos seus próprios pares”, ressalta.

DEMOCRACIA PARA SEMPRE

César afirma ainda haver muito a se investigar e a ser debatido, não somente sobre as relações entre a classe médica e a repressão política, mas também a respeito de outras profissões da saúde — já que ex-presos políticos também testemunharam a presença de enfermeiros, dentistas e até psicólogos nos cárceres, colaborando ativamente nas sessões de tortura.

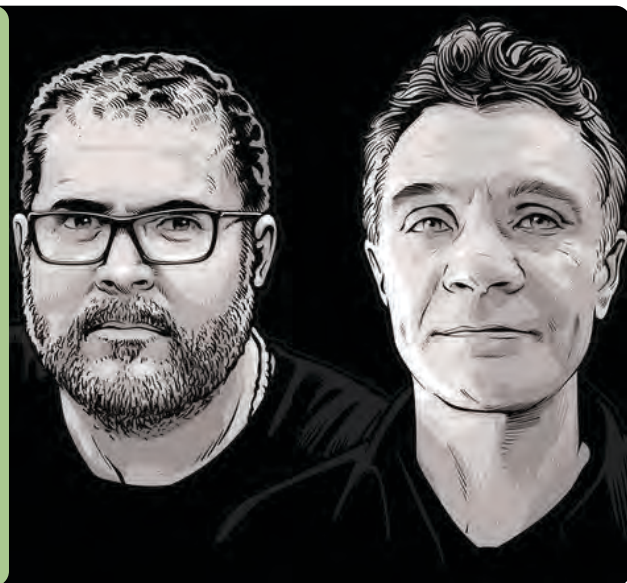
O pesquisador ressalta a necessidade de aprofundar esses estudos seis décadas após o golpe que culminou em uma ditadura de mais de 20 anos. Segundo ele, existem pesquisas semelhantes nos países do Cone Sul, como Argentina, Chile e Uruguai, mas em relação ao Brasil há muito a se desvendar. “Ainda existe muita coisa para a gente descobrir, mas também são muitas as dificuldades para obter essas informações. Acho que os próprios médicos e a sociedade como um todo conhecem pouco essa história”, reflete. 

■ Leia a dissertação de mestrado de César Guerra Chevrand em <https://bit.ly/doutoresdaditadura>

PARA NÃO ESQUECER BRUNO E DOM

Produzido pela Repórter Brasil, em memória do jornalista britânico Dom Phillips e do indigenista brasileiro Bruno Pereira, o documentário *Relatos de um correspondente da guerra na Amazônia* é narrado em primeira pessoa e segue os passos do jornalista Daniel Camargos na busca pelo corpo de seu amigo e colega de profissão, Dom Phillips. O filme fez sua estreia internacional em Londres em 5 de junho, em um evento em homenagem aos ativistas. O documentário é um dos indicados ao Prêmio Gabo 2024, o mais prestigiado do jornalismo latino-americano, e foi vencedor do 40º Prêmio Direitos Humanos de Jornalismo, em 2023. Bruno e Dom foram brutalmente assassinados no Vale do Javari, no estado do Amazonas, há dois anos.

- Assista ao trailer do documentário em: <https://bit.ly/trailerbrunoedom>

**A COISA FICOU PRETA**

“Não veja como sustentabilidade o que é sustento. Índice de reciclagem de latas de alumínio chega a 99% no Brasil. Uma pessoa catadora precisa coletar 246 quilos ou 18.464 latas de alumínio para conseguir ganhar um salário-mínimo. Uma parcela muito maior de catadores é negra em relação à sua porcentagem na população brasileira com mais de 14 anos. 72% dos catadores do Brasil são negros, esse grupo racial representa 56% da população brasileira. Uma parcela ainda maior das catadoras femininas (80%) são negras”. O relato contundente acompanha uma das belas ilustrações produzidas pelo artista urbano Gleyson Borges reunidas no perfil “A coisa ficou preta”, no Instagram.

- As obras do artista também podem ser vistas no site: <https://www.acoisaficoupreta.com.br>

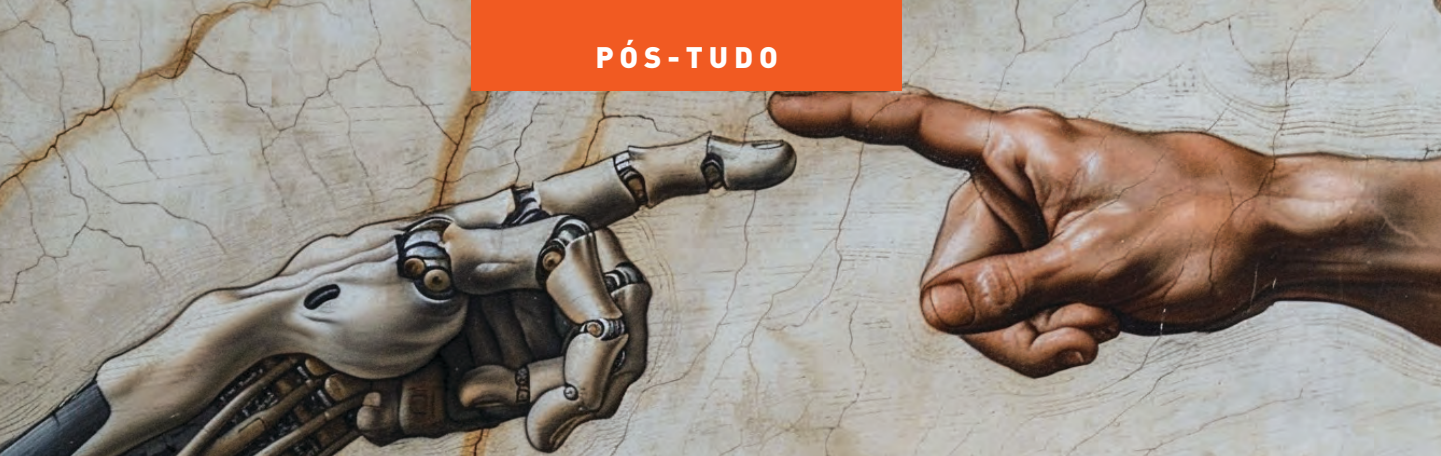
**LOUCURA QUE LIBERTA**

Uma política da loucura e outros textos (Ubu Editora) apresenta as principais contribuições do psiquiatra François Tosquelles (1912-1994) para o campo da saúde mental com destaque para seu engajamento na luta antifascista. Conhecido por sua prática clínico-institucional inspirada na psicanálise e pioneira na luta antimanicomial, o teórico catalão dialogou com figuras como Félix Guattari e Frantz Fanon e elaborou um modelo de cuidado comunitário nos serviços de psiquiatria, integrando pessoas comuns no trabalho com a loucura. “Para Tosquelles, as instituições psiquiátricas deveriam abrir suas portas, estabelecer uma relação com seus entornos e funcionar apenas como lugar de passagem”, apresenta a editora, sinalizando o interesse do autor em potencializar o valor de libertação da loucura.

ACESSO DE PESSOAS LGBTQTS AO SUS

O antropólogo e pesquisador Marco Antonio Gatti Junior lançou o livro *Saúde mental da população LGBT no SUS: a experiência do Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam)*, um trabalho de campo, fruto de sua dissertação de mestrado, que retrata a evolução dos serviços assistenciais do sistema público de saúde de Belo Horizonte. A obra traz reflexões que perpassam o histórico da instrumentalização da loucura e diversas ferramentas científicas, médicas e jurídicas para marginalização de populações historicamente encarceradas e patologizadas. Pretende também refletir sobre a ética em pesquisa e os limites e possibilidades de avanço na formação de profissionais e políticas públicas para entender a saúde da população LGBT, principalmente em torno da saúde mental.

- O livro está à venda no site da Editora Dialética: <https://editoradialetica.com>



Transparência e Inteligência Artificial no SUS

JEFFERSON LIMA*

Nos últimos anos, o desenvolvimento da Inteligência Artificial (IA) tem gerado uma enorme expectativa por um admirável mundo novo. Não falta empolgação nos mais diferentes setores da nossa sociedade, o que não é diferente no campo da saúde. Aqui, dentre as promessas mais frequentes, estão tratamentos mais acessíveis, maior assertividade, medicina de precisão e novos medicamentos.

É preciso reconhecer que esse ânimo encontra amparo em muitos resultados obtidos recentemente, embora enormes desafios ainda careçam de solução, como a falta de transparência e os inúmeros casos de tratamento discriminatório identificados em aplicações baseadas em IA. Sem transparência, é difícil garantir que os modelos de IA estejam tomando decisões baseadas em critérios justos e precisos, o que pode levar a uma desconfiança generalizada na tecnologia.

Assim, a transparência é crucial para a construção de confiança entre todas as partes envolvidas, embora não seja simples delimitar este conceito. Por isso, suas várias dimensões precisam de um olhar mais apurado, para que os desafios existentes sejam plenamente conhecidos e, se possível, superados.

Uma dimensão importante da transparência se relaciona com as limitações técnicas das aplicações de IA, que em muitos casos não conseguem “explicar” como as decisões são tomadas ou quais fatores foram os mais relevantes para uma predição.

Nos últimos anos, embora haja um enorme interesse e investimento para fornecer explicabilidade de modelos de IA, essa não é uma questão plenamente resolvida e que pode gerar impactos variados. Por exemplo, sem entender como uma decisão é tomada por uma IA, torna-se difícil fazer a correta atribuição de responsabilidades quando algum dano é causado. Além disso, cria-se uma barreira para a contestação de uma decisão que seja considerada injusta, pois sem saber os critérios adotados, não é simples questioná-la em busca de um desfecho diverso.

Mas o que podemos fazer quanto a isso? Talvez um passo inicial seja saber como essa tecnologia está sendo usada no SUS. Quem está usando? Com qual objetivo? Qual é o público afetado? Quem é responsável por garantir que a aplicação funcione adequadamente?

Mapear como e onde está sendo usada a IA no SUS pode permitir a estimativa dos riscos envolvidos e, conseqüentemente, a alocação de esforços para monitorar o funcionamento da solução. Sem nenhuma informação, toda a discussão ficará restrita a casos específicos ou ao campo das possibilidades e das hipóteses.

No Brasil já há experiências nesse sentido. Como exemplo, no âmbito do Poder Judiciário, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no art. 22 da resolução 332 de 2020, estipula que os tribunais devem comunicar imediatamente ao CNJ quando for iniciada pesquisa, desenvolvimento ou implantação de modelos de Inteligência Artificial. Esse parece ser um bom exemplo a ser seguido pelo SUS, pois permitirá a pesquisa e o debate sobre os casos concretos enfrentados, além do envolvimento de todas as partes interessadas na discussão.

Essa proposta não é a solução definitiva para obter transparência sobre o uso de IA, pois ela é uma questão com diversos aspectos. Entretanto, conhecer o uso real traz maior concretude ao debate, o que pode permitir a replicação de iniciativas bem-sucedidas e a identificação de usos que conflitem com princípios éticos pactuados pela nossa sociedade.

Em resumo, a integração da IA no SUS representa uma importante oportunidade para a saúde pública no Brasil. No entanto, essa transformação só será bem-sucedida se os desafios éticos, técnicos e regulatórios forem devidamente considerados e abordados. A busca por um equilíbrio entre inovação e ética é essencial para garantir que a IA possa realmente contribuir para um sistema de saúde mais eficiente e equitativo.

■ JEFFERSON LIMA É DOUTOR EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PELA FIOCRUZ E PESQUISADOR DO LABORATÓRIO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO INSTITUTO NACIONAL DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE (LIS/ICT/ FIOCRUZ).

Publique sua

experiência de saúde no **SUS**

e junte-se a mais de

3 mil práticas de todo o Brasil

Assistência Farmacêutica
Atenção Primária à Saúde
Atenção Especializada e Hospitalar
Direitos Humanos e Equidade em Saúde
Educação, Informação e Comunicação em Saúde
Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde
Participação e Controle Social
Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
Promoção da Saúde
Saúde, Ambiente e Sustentabilidade
Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Vigilância em Saúde
Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente



PLATAFORMA COLABORATIVA

IdeiaSUS

<https://ideiasus.fiocruz.br>



 FIOCRUZ

SUS 

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO