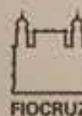


Comunicação e Saúde desde 1982

Nº 161, FEV 2016

RADIS



MUITO MAIS QUE UM MOSQUITO

Após décadas de descontrole da dengue, novas doenças causadas pelo *Aedes aegypti* aumentam os desafios para o SUS e expõem os riscos de cortes no orçamento

**“MAS
TODO
MUNDO
FAZ!”**

NÃO TEM DESCULPA. O errado é errado mesmo que todos o façam.

**“NINGUÉM
ESTÁ
VENDO.”**

NÃO TEM DESCULPA. Não é porque foi às escondidas que deixou de ser errado.

**“É BEM
RAPIDINHO...”**

NÃO TEM DESCULPA. Não é por causa do tempo que deixou de ser errado.

**“O
EXEMPLO
TEM QUE
VIR DE
CIMA!”**

NÃO TEM DESCULPA. A mudança pode partir de cada um de nós.

SEM DESCULPA PARA CORRUPÇÃO

Campanha da CGU adverte para pequenos delitos do cotidiano

Furar a fila de atendimento, tentar subornar o guarda de trânsito para não pagar multas; colar na prova ou mesmo falsificar carteira de estudante... A lista de pequenos desvios de conduta (e também de delitos) cometida em nome do “jeitinho” — até por gente que vai às ruas protestar contra a corrupção na política — motivou a criação da campanha *Pequenas Corrupções – Diga Não* pela Controladoria-Geral da União, em 2013, e atualizada no segundo semestre de 2015. O objetivo principal é “conscientizar os cidadãos para a necessidade de combater atitudes antiéticas — ou até mesmo ilegais —, que costumam ser culturalmente aceitas e ter a gravidade ignorada ou minimizada”, informam seus criadores na página eletrônica onde a CGU disponibiliza em alta resolução as peças da campanha (cgu.gov.br/diganao) para que entidades, órgãos ou cidadãos possam utilizar o material em diversos tamanhos e formatos para impressão e uso digital.

O intuito é, a partir das peças, promover a reflexão sobre práticas comuns no dia-a-dia dos brasileiros envolvendo atos antiéticos ou ilícitos, como falsificação, roubo, pirataria e suborno, entre outros. Cada uma das peças utilizava uma frase — como “comprar produtos falsificados” — acompanhada do selo “pequenas corrupções — diga não” e da assinatura “faça sua parte contra a corrupção”. As imagens foram lançadas em primeiro lugar nas redes sociais da CGU, em 2013, tendo alcançado, somente em 2014, 10 milhões de usuários. A campanha também foi tema do 7º Concurso de Desenho e Redação da CGU, destinado a alunos de escolas públicas e privadas de todo o Brasil. Em um segundo momento, já em 2015, criou-se a *hashtag* #NãoTemDesculpa para o lançamento de novas situações, desta vez utilizando frases comumente usadas para justificar as incorreções, como “Todo mundo faz!”, “É bem rapidinho” ou “Ninguém está vendo”. “Procuramos chamar a atenção e promover a reflexão de que, mesmo que pequeno, um erro ainda é um erro. O importante é agir sempre com ética e honestidade, sem desviar o olhar para os lados. Grande, média ou pequena, todas as corrupções devem ser evitadas. Quem faz o certo não precisa de justificativas”, orienta o CGU, na divulgação da campanha. (A.D.L.)



Foco no contexto

O país vive uma tríplice epidemia viral de dengue, chikungunya e zika, doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*. A possibilidade de alguns casos de zika evoluírem para complicações neurológicas como a síndrome de Guillan-Barré, e, desde novembro passado, a constatação de que a infecção pelo vírus durante a gravidez tem relação direta com uma outra epidemia, a de casos de microcefalia, entre outros comprometimentos da zika congênita, tornou a atual crise sanitária uma prioridade para além do campo da saúde, acordando as autoridades e preocupando toda a população.

Nossa matéria de capa deixa de lado a metáfora da guerra, que conduz à ideia do mosquito como o “inimigo número um” e restringe as estratégias de controle ao ataque ao vetor com um exército de agentes munidos de substâncias tóxicas, aspergidas no ar e colocadas até na água de consumo humano, alternativa questionada por especialistas em ambiente e saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que assinam documento publicado na seção Pós-Tudo desta edição.

É mais eficaz modificar as condições que propiciam a proliferação do mosquito, do que focar diretamente nele, afirmam pesquisadores e sanitaristas entrevistados. O que permite a infestação dos mosquitos nas cidades brasileiras é ausência de saneamento e de oferta contínua de água, acúmulo de lixo, falta de drenagem e de limpeza pública, falta de cuidados dentro e fora das casas para eliminar qualquer acúmulo de água parada. O modelo “mata-mosquito” utilizado com sucesso por Oswaldo Cruz no início do século 20 não dá conta da complexidade da realidade atual. É preciso deixar de usar veneno e fazer a limpeza e o saneamento ambiental de forma participativa, integrada e inter-setorial, recomendam.

O fio condutor da reportagem utiliza outra metáfora, a óptica, e foca a questão para além do mosquito, buscando compreender o contexto geral, que inclui proliferação do vetor e alternativas de controle, formas de prevenção à transmissão, conhecimento sobre as novas doenças, tratamento e acompanhamento das pessoas, além da análise do impacto sobre o Sistema Único de Saúde e das condições que lhe são dadas para cumprir seu papel de cuidar de toda a população. Registramos também um debate com jornalistas e sanitaristas sobre a importância da credibilidade e agilidade da comunicação de informações, sem alarde, na imprensa e nas redes sociais.

Na saúde mental soou alerta contra o risco de retrocesso na reforma psiquiátrica, que desinstitucionaliza tratamentos e respeita direitos humanos e diversidade. Em todo o país, houve protestos contra a entrega da coordenação geral desta área no ministério da Saúde para um ex-diretor do terrível manicômio de Paracambi (RJ).

Entre as boas notícias, o acordo de Paris com metas e recursos para limitar o aquecimento do planeta. No Brasil, cresceu o número de transplantes de órgãos, um alento para quem está nas filas – no Piauí, houve aumento na doação e captação de rim, fígado e coração. Jogos eletrônicos desenvolvidos em instituições públicas estão ajudando a promover saúde prevenir doenças. Homenageamos, nesta edição, o pesquisador Haity Moussatché, referência mundial em fisiologia e farmacologia, que foi cassado pela ditadura militar, mas voltou à Fiocruz para concluir sua bela trajetória de grandes contribuições à ciência e à saúde.

Rogério Lannes Rocha

Editor-chefe e coordenador do programa Radis

Expressões e Experiências

- Sem desculpa para corrupção 2

Editorial

- Foco no contexto 3

Cartum

- 3

Voz do leitor

- 4

Súmula

- 5

Radis Adverte

- 8

Toques da Redação

- 9

Luta antimanicomial

- Todos contra o retrocesso 11

Capa | *Aedes aegypti*

- *Aedes*: ampliando o foco 12
- *Aedes aegypti* em 7 lições 16
- Os enigmas do zika 18

COP 21

- Acordo pelo planeta 22

Entrevista Andrey Lemos

- “Nossa estratégia é resistir” 24

Sanitaristas brasileiros

- Haity Moussatché - Destino: Ciência 26
- Currículo extenso 28

Imprensa e saúde

- Comunicação sem alarde 30

Promoção à saúde

- Game over para as doenças 32

Serviço

- 34

Pós-Tudo

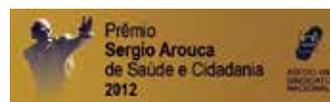
- Os perigos dos larvicidas e do fumacê 35

CARTUM



Capa Ilustração de Felipe Plaуска sobre foto de Eduardo de Oliveira

RADIS . Jornalismo premiado pela Opas e pela Asfoc-SN



Cracolândia



Excelente a edição 158, onde Bruno Dominguez reporta de forma comovente as condições de insalubridade socioambiental na Cracolândia. O projeto Braços Abertos, da pre-

feitura de São Paulo, necessita fazer com que as mãos e os dedos das classes beneficiadas pela hegemonia dominante sejam receptivos à ética e à cidadania. Na nossa sociedade faz-se necessária também a mudança de paradigmas em relação ao trabalho, que é para todos; apesar de se observar inúmeras vezes as pessoas mais abastadas trabalhando fastidiosamente com objetivo de manter seu antigo padrão, igualmente abastado, de exagerada qualidade de vida. Com isso as chances de trabalho, para quem não tem nenhum, se reduzem, muitas vezes, ao tráfico e ao roubo. Como defende Josué de Castro na mesma edição (por Solange Argenta), a fome é o flagelo fabricado pelos homens, contra outros homens". Segundo ele, "a geografia da fome é uma consequência da má distribuição de riquezas, e não da escassez de alimentos". A miséria de trabalho é uma consequência da gula pelo dinheiro e pelo excesso de conforto a favor de uns... ou da inanição biológica e psicológica de muitos.

• Valéria Belmino, Teresópolis, RJ

Adorei a edição de novembro. A matéria sobre a Cracolândia foi muito pertinente por falar em dependência química e mostrar à população que os usuários de crack necessitam e têm direito ao amparo da rede pública, uma vez que são doentes, são vítimas desse sistema excludente que joga as pessoas nas sarjetas. Gostei também da entrevista com Patrick Mariano sobre saúde mental, manicômios, dentre outros assuntos. Parabenizo ainda pelo recorte da biografia de Josué de Castro, grande

intelectual orgânico. No entanto, minha alegria se acentua com a matéria "Muito prazer, delegadas", por ser ainda mais esperançosa. Não sou da área da saúde, mas fiquei vislumbrando a importância das mulheres-delegadas nas conferências. O depoimento de Erika foi sensacional! Isto me faz acreditar que ainda existe possibilidade de melhora na saúde pública. Louváveis os temas abordados, logo, a edição!

• Justino Cosme, Santa Maria da Vitória, BA

Agradeço o envio da edição sobre a Cracolândia — *Excluídos no Centro da Cidade* (edição 158). Sou integrante do Projeto Miracema, que atua com crianças hospitalizadas, executando atividades lúdicas e pedagógicas, além de possuir grupos de estudos com foco em classe hospitalar. A publicação trouxe informações interessantíssimas, que podem ajudar a muitos na área hospitalar e acadêmica.

• Max Millian Rodrigues, Três Lagoas, MG

R: Valéria, Justino e Max Millian, nós também acreditamos que há possibilidades de melhorar a saúde dos brasileiros. Obrigado por seus comentários!

Sugestões de pauta

Sugiro matéria sobre a Política Nacional de Urgência e Emergência. Alguns estados brasileiros estão em desacordo com a Lei 7.498/86, que trata do exercício da enfermagem e proíbe auxiliares ou técnicos de enfermagem de trabalharem sem supervisão direta de um enfermeiro. Há ambulâncias que prestam socorro a pessoas em risco de morte sendo conduzidas apenas por um motorista e um técnico de enfermagem. No Ceará, Conselho Regional de Enfermagem já tem ciência e não faz nada. O caso foi denunciado várias vezes e nada foi resolvido. Entrei com denúncia no Ministério Público da Saúde do Ceará, e aguardo posicionamento. Enquanto isso, perde a população que necessita de um atendimento de qualidade e pautado em conhecimentos científicos.

• Arthur Diógenes, Jaguaribe, CE

Gostaria de sugerir uma pauta sobre a Doença de Alzheimer e cuidadores; percebo que ainda existem muitas pessoas com dúvidas a respeito.

• Maria Patrícia Almeida, Salvador, BA

Sugiro que publiquem matéria a respeito da carreira de estado para os médicos dos serviços públicos, com o objetivo de interiorizar os profissionais, nos moldes do Judiciário.

• Pedro Carrancho, Vitória, ES

Formação profissional

Parabenizo os profissionais desta conceituada revista pelas produções de alta qualidade que contribuem com a formação de profissionais de diversos campos do conhecimento em todos os rincões do país. Sou aluna de doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou e leitora assídua da Radis. A leitura dos artigos e matérias publicadas instigam a reflexão crítica e inspiram a escrita de novos artigos e também temas para a formação de professores com os quais trabalho na Secretaria de Estado de Educação.

• Helena Maria Campos, Curvelo, MG

R: A equipe da Radis é que agradece a sua leitura, Helena!

Assinatura

Recebi durante a 15ª Conferência Nacional de Saúde um exemplar da edição 159 da Radis e me interessei em assinar a revista. Não tinha o conhecimento da mesma até então. Gostei do conteúdo e da abordagem pela defesa do SUS. Como devo proceder para receber em minha casa as próximas edições da Radis?

• Luis Fernando Gurgel, Itabirito, MG

R: Luis, a assinatura da Radis é gratuita e depende de orçamento para ampliação da tiragem. Faça cadastro no endereço bit.ly/assinareRadis e aguarde. Temos uma lista de espera de cerca de 60 dias!

EXPEDIENTE

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

Presidente da Fiocruz Paulo Gadelha
Diretor da Ensp Hermano Castro

Editor-chefe e coordenador do Radis Rogério Lannes Rocha
Subcoordenadora Justa Helena Franco

Edição Adriano De Lavor
Reportagem Bruno Dominguez (subedição),
Elisa Batalha, Liseane Morosini, Luiz Felipe Stevanim e Ana Cláudia Peres
Arte Carolina Niemeyer e Felipe Plauska

Documentação Jorge Ricardo Pereira, Sandra Benigno e Eduardo de Oliveira (Fotografia)

Administração Fábio Lucas e Natalia Calzavara

Apoio TI Ensp Marco Antônio Fonseca da Silva (suporte) e Fabio Souto (mala direta)

Estágio Supervisionado Laís Jannuzzi (Reportagem), Caroline Beck (Arte) e Juliana da Silva Machado (Administração)

Assinatura grátis (sujeita a ampliação de cadastro) Periodicidade mensal | Tiragem 88.900 exemplares | Impressão Rotaplan

Fale conosco (para assinatura, sugestões e críticas) • Tel. (21) 3882-9118
E-mail radis@ensp.fiocruz.br
Av. Brasil, 4.036, sala 510 — Manguinhos, Rio de Janeiro / RJ • CEP 21040-361



www.ensp.fiocruz.br/radis



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

USO DA INFORMAÇÃO • O conteúdo da revista Radis pode ser livremente reproduzido, acompanhado dos créditos, em consonância com a política de acesso livre à informação da Ensp/Fiocruz. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem nossas publicações que enviem exemplar, referências ou URL.

Ouvidoria Fiocruz • Telefax (21) 3885-1762
www.fiocruz.br/ouvidoria



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da Saúde altera imunização



FOTO: MARCELO CAMARGO / ABR

Já estão em vigor as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação (5/1). As alterações foram nas vacinas contra a meningite, pneumonia, paralisia infantil e HPV. “Essas mudanças são rotineiras. O Calendário Nacional de Vacinação tem mudanças periódicas em função de diferentes contextos. Sempre que temos uma mudança na situação epidemiológica, mudanças nas indicações das vacinas ou incorporação de novas vacinas, fazemos modificações no calendário”, explicou o secretário de Vigilância em Saúde, Antônio Nardi, no site do Ministério da Saúde (5/1). Entre as modificações, os jornais destacaram a diminuição no número de doses da vacina contra o HPV — de três para duas — como registrou o *Jornal do Tocantins* (5/1), e a informação de que a redução no número de doses não diminui a proteção da população. O *Jornal Hoje* (6/1) destacou que o Programa Nacional de Imunizações dispõe de R\$ 3,2 bilhões para 2016 e ouviu Carla Domingues, coordenadora do Programa Nacional de Imunizações, que declarou que as mudanças se basearam em evidências científicas. “Não há nenhum objetivo de economia no programa e sim garantir a efetividade das ações de imunização do nosso país”, disse ao telejornal.

O QUE MUDA NO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO 2016

POLIOMIELITE OU PARALISIA INFANTIL MUDA A APLICAÇÃO DA TERCEIRA DOSE.



AS TRÊS PRIMEIRAS SERÃO INJETÁVEIS. AOS DOIS, AOS QUATRO E AOS SEIS MESES DE VIDA



QUARTA E QUINTA DOSES PERMANECEM EM GOTINHAS.

MENINGITE SERÃO DUAS DOSES



UMA AOS TRÊS, OUTRA AOS CINCO MESES



REFORÇO ANTECIPADO PARA QUANDO A CRIANÇA COMPLETAR UM ANO, PODENDO SER FEITO ATÉ OS QUATRO ANOS DE IDADE.

PNEUMONIA DIMINUI UMA DOSE DE REFORÇO DA VACINA PNEUMOCÓCICA 10 VALENTE



DUAS PRIMEIRAS DOSES AOS DOIS MESES E AOS QUATRO MESES DE VIDA



DOSE DE REFORÇO, PREFERENCIALMENTE ATÉ UM ANO, PODENDO SER TOMADA ATÉ OS QUATRO ANOS.

HPV

A FAIXA ETÁRIA IMUNIZADA FOI AMPLIADA, AGORA, MENINAS DE NOVE A 13 ANOS RECEBEM A VACINA (ANTES, O LIMITE ERA 11 ANOS)



MENINAS E ADOLESCENTES SÓ TOMARÃO DUAS DOSES DA VACINA.



MULHERES VIVENDO COM HIV ENTRE 9 E 26 ANOS CONTINUAM RECEBENDO TRÊS DOSES.

Transplantes recordes

Destaques na imprensa nas primeiras semanas de janeiro, cinco estados brasileiros registraram número recorde de transplantes em 2015. No Ceará, foram realizados 1.409 transplantes de órgãos e tecidos, superando os 1.399 procedimentos feitos em 2014, noticiou o site G1 (29/12). O número é o maior desde 1997, ano em que a Central Estadual de Transplantes (CET) foi criada, de acordo com a notícia. O maior número de procedimentos foi de córnea, fígado e de medula óssea. No Paraná, a *Folha de Londrina* destacou (29/12) que, desde 1995, ano em que a CET foi criada, o estado não contabilizava tantos transplantes de órgãos como em 2015. Foram 495 órgãos transplantados até novembro de 2015 — apenas computados os transplantes de coração, fígado, pâncreas e rim. Ao jornal, a diretora da CET-PR, Arlene Badock, creditou o recorde a uma soma de fatores, entre eles, “o maior preparo dos profissionais de saúde em abrir o protocolo, equipes multidisciplinares cada vez mais atuantes e um programa de conscientização da sociedade sobre a importância da doação

de órgãos”. No Rio, o balanço também foi positivo, como noticiou *O Globo* (4/12). Foram 279 doadores de órgãos e 400 transplantes de córnea, o que representa um aumento de mais de 40% em relação a 2014, segundo a secretaria estadual de Saúde, que desde abril de 2015 mantém uma campanha para incentivar a sociedade a discutir o tema doação de órgãos — que conta com um aplicativo e o site www.doemaisvida.com.br. No Piauí, a comemoração foi pelo aumento no número de captações de múltiplos órgãos (rim, fígado e coração). Foram 19 em 2015, maior número já registrado pelo estado desse tipo de procedimento, noticiou o site Cidade Verde, para o qual Gilson Cantuário, vice-coordenador da Organização de Procura de Órgãos (OPO), declarou que a falta de informação ainda dificulta a doação. O Acre também comemorou a realização de 16 transplantes de rim, 14 de córnea e cinco de fígado em 2015, número recorde no estado, que contabiliza 235 procedimentos desde 2006, informou o portal de informações do governo do Acre.

Os riscos da automedicação



ILUSTRAÇÃO: CAROLINE BECK

Remédios sem receita podem prejudicar fígado, rim e até levar à morte, advertem especialistas. O alerta foi reforçado por matéria publicada no site R7 (4/1), que recomenda moderação na prática: “O paciente nunca deve tomar este tipo de remédio por mais de dois dias sem orientação médica. Deve usar a menor quantidade possível, para aliviar uma dor e não para ficar repetindo o seu uso”, disse ao site Paulo Picon, consultor do comitê de medicamentos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, de São Paulo, que defende a limitação legal para a venda de qualquer medicamento. Ele cita como exemplo o analgésico paracetamol que, se ingerido em dosagem alta (7 gramas) pode gerar necrose hepática. Segundo ele, a dipirona também oferece risco, já que pode causar a forma mais grave das anemias, independentemente da dose — e, em casos extremos, levar à morte. Também há perigo no uso indevido de antiácidos (que podem causar cálculos renais) e de laxantes (sob o risco de “acomodar” o intestino), orientou Picon. A automedicação também prejudica o controle e tratamento dos efeitos colaterais. A reportagem registrou, de acordo com dados da Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Abifarma), que, a cada ano, cerca de 20 mil pessoas morrem, no Brasil, vítimas da automedicação (números que incluem fármacos isentos de receita, como colírios e descongestionantes) e que os medicamentos são a causa de 28% de todas as notificações de intoxicação registradas pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), da Fiocruz. Os números também mostram que o número de farmácias por habitante no Brasil — uma para cada 3 mil — é superior ao que recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS) — uma para cada 8 mil —, não contabilizando medicamentos ofertados em feiras livres e pela Internet. Além disso, há no país número superior a 12 mil substâncias e 32 mil rótulos de remédios disponíveis no mercado brasileiro, quando o limite recomendado pela OMS é de 300 rótulos ou 6 mil substâncias para cada país.

Sancionada Lei da Inovação



FOTO: MARCELO CAMARGO / ABR

A presidenta Dilma Rousseff sancionou com vetos (11/1) a lei que instituiu o Marco Legal da Ciência e Tecnologia & Inovação (CT&I) [Projeto de Lei da Câmara 77/2015], que atualiza a legislação visando facilitar o exercício das atividades de pesquisa científica e as importações de insumos realizadas por empresas na execução de projetos de pesquisa, desenvolvimento e inovação, entre outros. Na solenidade, a presidenta argumentou que em um ambiente regulatório mais favorável será possível transformar “ciência básica em inovação, e inovação em competitividade, gerando um novo ciclo de desenvolvimento econômico no país”, destacou o site do Valor Econômico (11/1). Segundo a Agência Brasil (11/1), a lei pretende aproximar as universidades das empresas,

tornando mais dinâmicos a pesquisa, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação no país, além de diminuir a burocracia nos investimentos para a área. De acordo com a agência, o ministro da Ciência, Tecnologia e Inovação, Celso Pansera, disse que os vetos “não mexem no eixo” do novo marco legal aprovado por unanimidade em dezembro no Congresso. Um dos vetos é referente à isenção do recolhimento de impostos previdenciários sobre bolsas de pesquisa. Outro trecho vetado dispensava a realização de licitação pela administração pública nas contratações de empresas com faturamento de até R\$ 90 milhões anuais para prestação de serviços ou fornecimento de bens elaborados com aplicação sistemática de conhecimentos científicos e tecnológicos.

Pesquisa interfere no surgimento do herpes

Em experimento realizado com ratos infectados pelo vírus HSV, o causador das formas mais comuns do herpes, pesquisadores norte-americanos identificaram um esquema cerebral ligado à infecção e conseguiram impedir que ela se manifestasse nos animais. Segundo informações divulgadas pelo *Correio Braziliense* (8/1), ao observar os animais, os investigadores descobriram que a proteína JNK — também ligada aos episódios de estresse — foi ativada antes de o vírus começar a deixar os neurônios. Eles agora vão testar a técnica em outros animais para saber se a estratégia utilizada nos experimentos com ratos pode se repetir. Os cientistas acreditam que o resultado pode contribuir para o desenvolvimento de novos tratamentos em humanos. “Também ajuda a explicar por que o

estresse celular pode causar a reativação do vírus. Esperamos que novos tratamentos possam ser desenvolvidos com base na inibição da DLK e JIP3 no futuro”, declarou Mohanish Deshmukh, professor da Universidade de Carolina do Norte e um dos autores do trabalho. Se confirmados os efeitos em pessoas, a estratégia poderá simplificar o tratamento do herpes e torná-lo mais eficaz. “A possibilidade de usar inibidores para interromper a ação de JNK ou das duas proteínas necessárias para a sua ativação pode ser uma opção mais simples de terapia e que também trará menos efeitos colaterais. Seria uma alternativa aos antivirais, usados com o objetivo de agredir o vírus. Essa nova estratégia apenas impede um procedimento de ativação dele”, comparou o geneticista Gustavo Guida, ouvido pelo Correio.

Câncer de pele: oito mortes por dia

Dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca) registram que, em dez anos, o número de mortes por câncer de pele cresceu 55% no país. Em 2013, morreram 3.316 brasileiros, média de uma morte a cada três horas, registrou a Agência Estado (4/1). Segundo a reportagem, o envelhecimento da população, o descuido com a pele durante a exposição solar e a melhoria nos sistemas de notificação da doença foram as principais causas do aumento do número de vítimas. “Gerações que tiveram grande exposição ao sol sem proteção estão ficando mais velhas e desenvolvendo a doença”, disse ao portal Luís Fernando Tovo, coordenador do Departamento de Oncologia Cutânea da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Além da proteção ao sol, o médico reforçou a necessidade de o exame dermatológico ser feito

periodicamente. Segundo o especialista, as pintas que devem causar maior alerta são as assimétricas, com bordas irregulares, variação de cores, de diâmetro maior, que apresentam evolução ou mudanças. Ao site do jornal *Zero Hora*, a dermatologista Carolina Garcia Feijó afirmou (1/1) que a exposição ao sol deve ser feita apenas antes das 10 da manhã e depois das 4 da tarde, pois, entre esses horários, o risco do desenvolvimento do câncer de pele é maior. “Mesmo no período indicado, a radiação UVA faz com que a pele envelheça e manche, o que reforça a necessidade do uso do protetor solar”, disse. A médica recomendou o uso de um produto com fator de proteção solar no mínimo 30 em áreas de maior exposição, como rosto, colo e mãos, que deve ser aplicado 30 minutos antes de ir para o sol.

Cirurgia não cura Alzheimer, advertem especialistas



FOTO: VINOTH CHANDAR

Notícia sobre cirurgia que teria revertido os efeitos de Alzheimer mobilizou a imprensa e entidades médicas. Realizado (11/12) em um paciente de 77 anos, em João Pessoa (PB), o procedimento de estimulação cerebral profunda (do termo em inglês *deep brain stimulation*, DBS) foi descrito pelo *Correio da Paraíba* (27/12) como capaz de frear a evolução da doença em pacientes em estágio inicial — o procedimento funcionaria como um marca-passo cerebral, descarregando microcorrentes elétricas no cérebro, o que estimularia o seu funcionamento. Responsável pela intervenção, o neurocirurgião Rodrigo Marmo disse ao jornal que a operação melhoraria a memória do paciente em um ano, mas ressaltou, em outra entrevista, concedida ao *JPB 1ª edição* (30/12), que só é indicada em casos excepcionais. “Essa não é uma cirurgia curativa”, reforçou. O Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB) criticou a divulgação massiva da cirurgia e destacou que só deve ser realizada no Brasil em instituições de pesquisa e universidades, sem cobrança de honorários, informou o site do *Jornal da Paraíba* (1/1). O neurocirurgião Rodrigo Marmo argumentou que o procedimento já havia sido realizado no Rio de Janeiro, São Paulo e Canadá — com resultados comprovados. “Isso não é uma cura, é uma terapia modulável”, declarou, dizendo-se assustado com a repercussão. A Academia Brasileira de Neurologia (ABN) manifestou que a cirurgia não representa cura para a doença e teria “ferido os preceitos da ética médica”. A entidade informou ainda que o procedimento se encontra em investigação, já que não está autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).



FOTO: FABIO RODRIGUES POZZEBOM/ABR

Confrontos marcam cobertura de protestos

Os meios de comunicação privilegiaram o tom de confronto ao noticiar os protestos organizados em diversas capitais contra o aumento na tarifa nos transportes coletivos. Em São Paulo, foram reajustadas as tarifas de ônibus, trem e metrô (30/12), informou o site Uol (8/1), destacando a justificativa dada por prefeitura e governo estadual de que a elevação percentual de 8,57% ficou abaixo da inflação prevista para os últimos 12 meses. A cobertura da *Folha de S.Paulo* (8/1) privilegiou os “confrontos entre Polícia Militar e atos

de vandalismo” no Rio de Janeiro, e os bloqueios de terminais de ônibus em São Paulo (11/1). O clima de confronto também baseou o registro dado pelo site G1 (12/1) aos protestos ocorridos na capital carioca — com manchetes que descreviam “confusão em protesto”, “conflito ao chegar na Central do Brasil”, uso de máscaras e número de presos (8/1). O teor foi o mesmo em outras manifestações que ocorreram ao longo de janeiro, principalmente na capital paulista. A cobertura só muda o ritmo quando os próprios jornalistas sentem-se

ameaçados. “PM revista jornalistas em frente à Folha por ‘atitude suspeita’” foi o título de uma matéria na *Folha de S.Paulo* (21/1). A repórter relata o momento em que tem o celular confiscado durante abordagem em cerco policial. “Nós só fomos liberados quando outro funcionário do jornal, questionado pelos agentes, confirmou que éramos jornalistas da *Folha*. O aparelho foi devolvido, e nós não voltamos a ser incomodados. Já os jovens que corriam da polícia não tiveram a mesma sorte”, diz, na matéria (21/1).

Ministério Público investiga OS no Rio

A crise na saúde do estado do Rio de Janeiro, que desde dezembro vem merecendo destaque no noticiário nacional, ganhou mais um capítulo. Desta vez, as protagonistas são as Organizações Sociais (OSs) que administram unidades de saúde na capital fluminense. Segundo publicou *O Globo* (18/1), oito das 10 OSs que atuam no município vêm sendo investigadas pelo Ministério Público estadual e pelo Tribunal de Justiça do Rio por suspeitas de irregularidades. De acordo com o jornal, as denúncias vão desde o não fornecimento de condições adequadas aos pacientes até supostos desvios de recursos públicos.

“Em alguns casos, os auditores constataram sobrepreços de até 508% na compra de medicamentos”, informa a reportagem, que foi manchete do jornal e ocupou duas páginas internas, além de artigos na página de opinião (18/1). Diante das investigações, os promotores do MP recomendaram ao município a suspensão de novas contratações. A posição da secretaria municipal de Saúde veio em forma de nota em que defende o modelo de OS adotado e questiona as investigações, afirmando que “não há sentença

ou julgamento desfavorável às OSs com contratos em vigor ou que determinem o cancelamento desses contratos”.

No entanto, no dia seguinte, a prefeitura publicou no Diário Oficial o anúncio de 12 medidas para aumentar fiscalização das OSs (*O Globo*, 19/1). Entre as ações, está a aplicação de multas para aquelas que ficarem abaixo dos padrões de eficiência e com distorções nos preços de compra tabulados pela administração pública, como pontuou o jornal. “Eu gostaria que a Prefeitura anunciasse que vai mudar o modelo de gestão e não apenas o modelo de fiscalização”, disse o médico e vereador do PSOL-RJ, Paulo Pinheiro, em entrevista à *Radis*. Para ele, o modelo de administração via OS “não é eficiente nem eficaz nem efetivo”. “No Rio, o modelo foi mal implantado, não resolveu os problemas e, pior, transformou uma discussão de saúde pública em um caso policial”, comentou.

Em artigo publicado em *O Globo* (18/1), Paulo escreve que considera esse um modelo patrimonialista onde bens públicos e privados se confundem ilegalmente. O artigo do vereador foi publicado em contraponto a um artigo

d’*O Globo* em que o jornal defende o que considera méritos do modelo de gestão por OSs. Paulo é autor de dois projetos de Lei em tramitação na Câmara Municipal do Rio. Um deles determina que as OSs prestem contas dos seus gastos na internet. Aprovado, o projeto foi vetado pelo Prefeito Eduardo Paes e sancionado pelo presidente da Câmara no ano passado. Mas ainda não entrou em vigor porque o prefeito entrou na justiça alegando inconstitucionalidade do projeto. O outro projeto de lei, com data de 2010, pede a revogação da lei das OSs no município. “Esse não entra em pauta para votação de jeito nenhum”, diz o vereador.

Em tempo: Apesar de ser uma das oito OSs investigadas pelo Ministério Público, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) assumiu a gestão da Clínica da Família Estácio de Sá, inaugurada em janeiro no Rio. Durante o evento de inauguração da Clínica, o secretário-executivo de Coordenação de Governo da Prefeitura disse que a OS não poderia deixar de participar do processo seletivo, porque a ação ainda não foi julgada, informou *O Globo* (20/1). ■

RADIS ADVERTE

SAÚDE MENTAL
TRANCAR NÃO É
TRATAR



Curumim invisível

“Sua morte sequer virou destaque na imprensa nacional. Se fosse meu filho, ou de qualquer mulher branca de classe média, assassinado nessas circunstâncias, haveria manchetes, haveria especialistas analisando a violência, haveria choro e haveria solidariedade. E talvez houvesse até velas e flores no chão da estação rodoviária, como existiu para as vítimas de terrorismo em Paris. Mas Vitor era um índio. Um bebê, mas indígena. Pequeno, mas indígena. Vítima, mas indígena. Assassinado, mas indígena. Perfurado, mas indígena. Esse “mas” é o assassino oculto. Esse “mas” é serial killer”.

Da escritora e jornalista Eliane Brum, no *El País* (4/1), sobre o assassinato da criança Vitor Pinto, da etnia Kaingang, assassinada aos dois anos de idade em Imituba, litoral de Santa Catarina, com uma lâmina cravada no pescoço.



Cabeçada perigosa (I)

“Que se queira ganhar dinheiro com sensacionalismo já é duro, mas dar informações erradas é um pouco demais”. A frase foi extraída de um post feito por Lucinha Araújo, mãe de Cazuzu, nas redes sociais. Presidente da Sociedade Viva Cazuzu, ela comentava um capítulo de *Malhação* (25/12), novela da Rede Globo voltada para o público adolescente, quando duas personagens se chocam durante um jogo de basquete na escola. As duas se ferem na testa, motivo que leva o rapaz, que é soropositivo, a revelar sua condição à colega e, na sequência, a leva-la a um serviço de saúde. No local,

ela é aconselhada a se submeter à Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Na trama, o rapaz é criticado por “esconder” que é soropositivo; ele argumenta que toma todos os cuidados, inclusive evita “ao máximo fazer esportes”. “Depois de 30 anos de trabalho para combater o preconceito e informar corretamente as formas de transmissão do HIV, vemos um programa destinado ao público jovem aconselhar soropositivos a não praticar esportes, a mostrar um médico receitar medicamento antirretroviral numa situação onde dois jovens dão uma cabeçada é no mínimo de chorar”, lamentou a ativista.

Genocídio químico

Líderes kaiowá do Mato Grosso do Sul divulgaram em dezembro, nas redes sociais, filmagem de um voo rasante de um avião despejando agrotóxicos sobre o acampamento indígena de Tey’i Jusu. Os índios alegam que ao longo de 2014 outras denúncias foram encaminhadas para a Sexta Câmara de Justiça do estado, “contendo vídeos que flagraram uma aeronave idêntica despejando veneno sobre estas famílias”, como declarou uma testemunha, que garantiu este ter sido o quinto ataque químico contra a mesma comunidade, em menos de um ano. Apesar de todas as campanhas virtuais em defesa dos Guarani Kaiowá, eles continuam desprotegidos diante dos ataques sistemáticos que sofrem daqueles que os querem longe de suas terras.

Foco na mente

Conter a epidemia de diabetes, controlar as doenças cardiovasculares e diminuir o estigma das doenças mentais são as prioridades de especialistas em medicina para a saúde a partir de 2016, de acordo com artigo publicado na revista científica *PLoS Medicine* (<http://journals.plos.org/plosmedicine/>). Em relação a essas últimas, Phillipa Hay, da Universidade de Sidney, propõe uma “alfabetização” da sociedade com relação às doenças mentais, que segundo ela assumiram recentemente o posto de líderes entre as doenças que mais causam impacto econômico no mundo. 

Cabeçada perigosa (II)

Em nota, o Fórum de ONG/Aids do Estado de São Paulo também criticou a forma preconceituosa como a novela tratou o tema, “sem o conjunto amplo de informações que a situação exige”, e destacou que a decisão de revelar ou não sobre a sua situação sorológica é do cidadão, que não é obrigado a contá-la, como sugeriu uma personagem da narrativa. Ao repercutir a polêmica, o site Uol Notícias

(5/1) entrevistou a infectologista Rosa Alencar, coordenadora adjunta do Programa de DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que afirmou que, no caso da novela, a chance de transmissão seria mínima, “ainda mais em um contato tão rápido”. Os danos causados pelo reforço do estigma e do preconceito é que são difíceis de mensurar — e de aceitar, depois de 30 anos de políticas públicas trabalhando para estabelecer o contrário.

TODOS CONTRA O RETROCESSO

Nomeação de ex-diretor de manicômio para Coordenação de Saúde Mental põe movimento pela Reforma Psiquiátrica em alerta

Em 14 de dezembro, quando o médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho foi nomeado para o cargo de Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, o movimento em defesa da Reforma Psiquiátrica voltou a se unir. Entidades e lideranças, em conjunto, se posicionaram fortemente contra a substituição do professor Roberto Tykanori por um nome que consideraram “não identificado com as propostas da Política Nacional de Saúde Mental e sem inserção acadêmica ou produção científica na área da Saúde Mental”, como apontou por exemplo a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), em uma das muitas notas endereçadas ao ministro da Saúde, Marcelo Castro, pedindo que a nomeação fosse revogada.

No dia seguinte, as salas da coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em Brasília foram ocupadas por profissionais, acadêmicos, familiares e usuários ligados à luta antimanicomial no Brasil. Em 14 de janeiro, o *(L)oucupa Brasília* completou um mês. Cerca de mil pessoas, vindas em caravanas de vários estados, cantaram em uníssono “Fora Valencius” e reforçaram a posição de que não haveria recuo até a nomeação de outro profissional — comprometido com a construção histórica da Reforma Psiquiátrica e em diálogo com os movimentos sociais — para o cargo.

A rejeição geral ao nome de Valencius se deve a seu passado. Ele dirigiu o maior manicômio privado da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, no Grande Rio, entre 1993 e 1998. Fechado por ordem judicial em 2012, o hospital

foi alvo de denúncias sobre violações dos Direitos Humanos, diante das condições subumanas a que os pacientes eram submetidos. Calcula-se que centenas tenham sido maltratados por anos, alguns até a morte, geralmente por fome, violência física, eletrochoques e doenças curáveis de fácil controle.

O médico psiquiatra foi ainda um opositor histórico do movimento da luta antimanicomial e crítico da Lei 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no país. Em 1995, Valencius se declarou contra a Reforma Psiquiátrica, considerando-a “de caráter ideológico, não técnico” e “baseada em situações ultrapassadas”, em entrevista ao *Jornal do Brasil*. Já Tykanori, que ocupou o cargo em 2011, é militante da luta antimanicomial desde os anos 1980.

Em sua nota, a Abrasme apontou que a substituição “de forma unilateral” de Roberto Tykanori foi uma “quebra de confiança entre as partes”. “O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Mental são conquistas da sociedade brasileira, dos campos profissionais e particularmente dos usuários do sistema, seus familiares e as comunidades de onde se originam. Qualquer ameaça à integridade deste sistema e à continuidade do processo em direção a um sistema

Usuários e profissionais de Rede de Atenção Psicossocial protestam em Brasília contra nomeação de Valencius Wurch para Coordenação de Saúde Mental





mais justo, equitativo, integral, organizado com uma sistemática transdisciplinar e descentralizada terá sempre consequências indesejadas do ponto de vista da busca do diálogo, do consenso entre partes e do compartilhamento das responsabilidades sociais”, diz o texto.

O sistema Conselhos de Psicologia, formado pelo Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais de Psicologia, afirmou entender que a simples indicação de Valencius, por si, já representa um retrocesso na política de saúde mental brasileira. “O escolhido pelo ministro representa interesses de uma política de privatização da saúde, de violação aos princípios fundamentais do SUS, da lei da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos”. O termo “escolhido pelo ministro” faz referência à ligação pessoal de Valencius a Marcelo Castro.

A nomeação foi previamente anunciada por Castro em audiência com uma comissão constituída por membros de sete entidades — Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Abrasme, Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (Cebes), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e Renila — em 10 de dezembro. A comissão representava 656 movimentos sociais que subscreveram uma “Carta aberta ao ministro da Saúde” apontando preocupações com seus posicionamentos em relação à saúde mental. O ministro apresentou, então, o nome do novo coordenador de Saúde Mental.

Dessa reunião saiu uma “Nota pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS”, em que as sete entidades afirmam que “a postura reconhecidamente contrária de Wurch Duarte Filho à luta por uma sociedade sem manicômios o desabona à gestão das políticas públicas do SUS”. A nota elenca a atuação de Valencius como diretor-técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi e sua oposição ao marco regulatório da Política Nacional de Saúde Mental. “Preocupa-nos pensar que o Dr. Valencius W. Duarte Filho seria alguém competente para atuar como Coordenador Nacional de Saúde Mental de modo alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, tendo em vista que, há décadas, tem uma contínua e ininterrupta atuação em hospitais psiquiátricos”.

O texto indica ainda que o médico psiquiatra não possui trabalhos publicados no âmbito da psiquiatria e da saúde mental, o que, para as entidades, “torna insustentável a argumentação do Sr. Ministro, para quem o cargo exige autoridade

científica”. “O anúncio realizado pelo Sr. Ministro da Saúde na mencionada audiência contrapõe-se ao compromisso do governo federal com a continuidade da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, na perspectiva da garantia dos direitos humanos e do cuidado territorial e comunitário”.

A nomeação gerou reações também fora do Brasil. O psiquiatra Manuel Desviat, ex-presidente da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria e assessor durante mais de duas décadas no Brasil pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), escreveu carta pública ao ministro, em que diz que “é difícil de entender que a política de saúde mental estabelecida em seu país, e desenvolvida por distintos governos há cerca de três décadas, seja posta em questão neste momento, ao ser nomeado como Coordenador Nacional de Saúde Mental um psiquiatra que não apenas não representa a política vigente até agora no seu país, mas que foi beligerantemente contrário a esta política”. Para Desviat, “as razões técnicas alegadas para tal nomeação são extremamente frágeis, bastando verificar a trajetória e o currículo deste profissional”.

A campanha #ForaValencius chegou ao Facebook e também tomou as ruas em cidades como Rio de Janeiro, Recife, Brasília e São Paulo, onde houve protestos com centenas de militantes da luta antimanicomial contrários à nomeação durante o mês de janeiro. A versão oficial do Ministério da Saúde é a de que Valencius “reforça a política de humanizar o tratamento a doentes mentais”. Em artigo publicado no jornal *O Globo* (12/1), o ministro Marcelo Castro defendeu a indicação de Valencius, argumentando que não teve oportunidade de “demonstrar publicamente que essa escolha é conforme a política de saúde mental que está nas leis, nos pactos nacionais e internacionais que preconizam a humanização do cuidado da pessoa com transtorno psíquico”.

Segundo o ministro, suas escolhas “visaram garantir as políticas de saúde aprovadas em lei, em acordos federativos tripartite, em pactos nacionais e internacionais, na continuidade dos avanços alcançados, como é o caso da saúde mental”. No artigo, Castro destacou que o país escolheu uma avançada e humanizada política de saúde mental, e comprometeu-se a defendê-la: “Como psiquiatra de formação, terei grande satisfação de implementá-la e elevá-la aos melhores níveis. Isso significa coibir os desvios de sua execução, além de buscar humanização e a garantia progressista de tratar as pessoas que necessitam desses cuidados. Esse é o compromisso com a sociedade brasileira.” 



AEDES: AMPLIAM

Ana Cláudia Peres

Num dia qualquer de um já distante 1994, a médica sanitária Lia Giraldo participava de uma atividade acadêmica corriqueira quando se deparou com uma cena que a deixou intrigada. Um agente de controle de endemias abriu a tampa da caixa d'água do antigo Hospital Pedro II, onde funcionava o Departamento de Saúde Coletiva da Fiocruz, em Pernambuco, e adicionou várias garrafinhas de um pó bege acastanhado. Curiosa, ela puxou assunto com o profissional, que lhe disse: "Há quinze anos, aqui é um foco de mosquito transmissor da dengue e então a cada 40 dias eu coloco esse remédio".

O remédio era o temefós, um organofosforado da classe toxicológica III — o que, numa linguagem leiga, pode ser traduzido como um larvicida ligeiramente tóxico. Apesar da religiosidade com que o agente de saúde cumpria com a obrigação, adicionando repetidamente o produto na água de abastecimento, o foco de *Aedes aegypti* continuava ali, teimoso, resistente. Aquilo era um equívoco, concluiu a professora, que passou a pesquisar uma série de outros hiatos no Programa Nacional de Controle da Dengue, adotado na época. Nove fora o comprometimento da água potável, o que por si só é um fato grave, suas pesquisas apontaram ser um erro centrar as ações no mosquito e não nas condições que propiciam a sua proliferação — a saber: ausência de saneamento, oferta de água intermitente, acúmulo de lixo, falta de drenagem, limpeza pública, cuidados intradomiciliares e peridomiciliares, por exemplo.

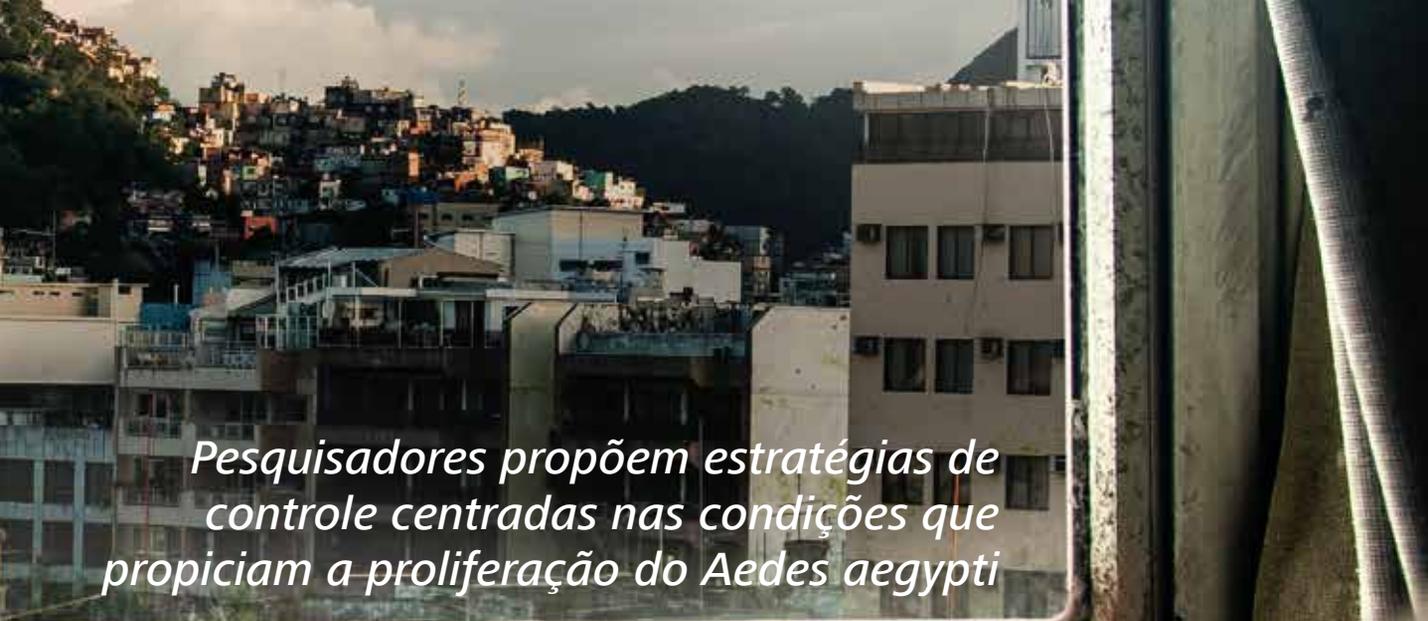
"Enquanto o modelo de controle dessa doença complexa for centrada no vetor, como já é realizado há mais de 40 anos sem sucesso, não teremos possibilidade de solução", disse a pesquisadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

da Fiocruz Pernambuco, em entrevista à *Radis*, muitos estudos depois do episódio com a caixa d'água. Lia explica que hoje o Brasil é endêmico para dengue, com um vetor altamente competente para a transmissão nas áreas com alta densidade habitacional e baixas condições sanitárias, onde está o maior estresse hídrico e de pobreza.

O assunto volta à tona no momento em que o Brasil vive uma "tríplice epidemia", como o infectologista Rivaldo Venâncio da Cunha tem se referido à incidência dos casos simultâneos de dengue, chikungunya e zika — três tipos de vírus transmitidos pelo mosquito do gênero *Aedes* circulando ao mesmo tempo no país. Esse último, diga-se de passagem, vem alarmando a população e desafiando pesquisadores e autoridades, desde que em novembro do ano passado foi constatada sua relação direta com uma epidemia de microcefalia. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em meados de janeiro já eram 3.893 casos suspeitos da doença, notificados em 724 cidades de 21 unidades da federação. Para Rivaldo, que é diretor da Fiocruz Mato Grosso do Sul, a epidemia de zika — cuja microcefalia é a consequência mais nefasta, mas não a única, tampouco a mais frequente — já pode ser considerada o mais grave problema de saúde coletiva, depois da violência, e a maior ameaça para as próximas décadas se não houver um aporte tecnológico de curto prazo (*ver matéria específica sobre zika e microcefalia nas páginas 18 a 21*).

MOSQUITO RAJADO

Cabe em uma unha o mosquito de patas e corpo rajados que se reproduz velozmente, principalmente nesta época do ano, com os dias de verão. O ovo é depositado pela fêmea do mosquito nas paredes dos criadouros, próximo à superfície



*Pesquisadores propõem estratégias de controle centradas nas condições que propiciam a proliferação do *Aedes aegypti**

VENDO O FOCO

da água. Dos ovos, nascem as larvas e daí para a proliferação é um voo. De acordo com a hipótese mais aceita, o *Aedes aegypti* chegou no Brasil ainda no século 17, a bordo de navios que faziam o tráfico de escravos vindos da África. Os primeiros casos de febre amarela foram constatados nas cidades de Recife e Salvador, mas a primeira grande epidemia da doença só seria registrada dois séculos mais tarde, entre 1849 e 1850, atingindo quase todo o país. Naquela época, as teorias sequer associavam a febre amarela ao mosquito. Houve quem acreditasse que a culpa era do clima, do solo e do ar dos trópicos que favoreceriam o surgimento da doença.

A descoberta de que a febre amarela era transmitida pelo *Aedes aegypti* veio de Cuba e das pesquisas do cientista Carlos Finlay. No Brasil, o mosquito foi o responsável pela transmissão da febre amarela urbana que assombrou o país no início do século 20. Coube ao sanitarista Oswaldo Cruz montar um exército com 5 mil agentes, no que ficou conhecido como “brigadas mata-mosquito”, que visitavam as residências lavando caixas d’água, desinfetando ralos e bueiros, limpando telhados e calhas, eliminando qualquer suspeita de foco. De acordo com especialistas, isso impulsionou a criação de medidas para a erradicação e, em 1955, o Brasil foi considerado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) um país livre do *Aedes aegypti*.

Esse não era o fim da história. Como nem todo o continente americano conseguiu erradicar o vetor, é provável que deslocamentos humanos marítimos ou terrestres tenham trazido outra vez

o *Aedes aegypti* para o Brasil e, na década de 80, o país vive a primeira epidemia de dengue — primeiro, em Boa Vista, depois no Rio de Janeiro e, na sequência em todo o território. Em artigo recente, o médico sanitário Eduardo de Azeredo Costa, secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), recorda que a epidemia encontrou população e governos despreparados.

“A democracia emergente veria na educação o melhor instrumento de combate. Mas os níveis educacionais da população eram muito baixos, e a escolaridade também”, escreve o secretário, acrescentando que os serviços podiam fazer a luta contra os focos extradomiciliares, e, dentro das casas, a tarefa ficaria para as famílias pelo incentivo da mídia. “Assim foram tratadas todas as epidemias de dengue desde 1986. E todas as vezes a estratégia foi cantada e saudada como vitoriosa: o surto foi contido um ou dois anos depois. Sempre, também, foram desmentidos: cinco anos depois, nova epidemia surge”, anota.

À *Radis*, ele disse que o fracasso dessas tentativas pode estar associado às desigualdades sociais e às diferentes realidades urbanas. “As campanhas sanitárias não atingem a maior parcela da população. Então, mesmo que a gente consiga algum alcance, fica sempre um resíduo e a doença volta”, considerou. Por outro lado, ele acredita que o desmantelamento de alguns serviços de saúde mais verticais acabou por dificultar a aplicação das tecnologias de modo uniforme nas diversas regiões do país. “Nessa estrutura atual de serviços, a continuidade de ações públicas é muito difícil. Some-se a isso a heterogeneidade cultural e econômica brasileira e a situação fica bastante complicada”.

AEDES 7 X 1 SAÚDE

Rivaldo Venâncio faz uma triste constatação: “Nós perdemos essa luta de 7X1, como foi o jogo da seleção brasileira contra a Alemanha na Copa do Mundo do Brasil”. Para o pesquisador, o estilo usado para combater o *Aedes* é basicamente o mesmo que Oswaldo Cruz usou no início do século passado. “Isso foi bom naquele momento, mas hoje é insuficiente para o Brasil complexo que nós temos”, diz. Para Lia Giraldo, o componente de saneamento que apareceu na primeira versão do programa de controle de dengue nas décadas de 1980 e 1990 desapareceu. “Até hoje a Atenção Básica da Saúde não incorporou os cuidados da dengue. Uma doença que era classificada como benigna, com baixíssima mortalidade, tornou-se de alta letalidade no Brasil”, lamenta.

A pesquisadora acredita que falta uma visão complexa e estratégica de modo a deixar a população menos suscetível às complicações dessa e de outras infecções. De acordo com ela, o uso de produto químico no controle vetorial tem uma origem bélica, introduzida em nosso país por instituições estadunidenses, e foi adotada sem nenhuma crítica pela saúde pública. “Convencer a população que o mosquito é um monstro que mata, e portanto é nosso inimigo, é um erro de tempos antigos que não deveria ser mais

repetido”, ela diz, sugerindo que, para avançar nessa discussão, é preciso considerar a complexidade das interações vírus-vetor-coletivos humanos, suas vulnerabilidades e a necessidade de adoção de medidas integradas e não nocivas para o ambiente e para a saúde humana. “Deixar de usar veneno e adotar medidas mecânicas de higiene e de saneamento ambiental, tudo de forma participativa, integrada e intersetorial deveria ser a estratégia de seleção mediante uma outra linguagem, compatível com a saúde, a solidariedade e a sustentabilidade”.

1,6
MILHÃO
de brasileiros infectados pela dengue em 2015

FOTO: MÍDIA NINJA



Estocagem de água para lavagem de roupas e consumo: condição para proliferação do *Aedes*

SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

Nas últimas três décadas, epidemias de dengue são registradas quase que anualmente no Brasil. Não bastassem os quatro tipos clínicos da doença, a ocorrência em simultâneo com zika e chikungunya, como acontece agora, torna a atenção aos doentes ainda mais difícil, uma vez que os sintomas podem se embaralhar. Para os especialistas ouvidos por *Radis*, o maior problema está justamente na inexistência de técnicas para diagnóstico laboratorial que possam ser, ao mesmo tempo, confiáveis e acessíveis para uso em larga escala. Para que se tenha uma melhor precisão e acompanhamento, seria necessário o desenvolvimento de sorologia (detecção do vírus por exame de sangue) para as três doenças. No Brasil, estão em andamento novos testes de biologia molecular e outras ferramentas.

Em janeiro, o ministro da Saúde, Marcelo Castro, anunciou o lançamento de um kit que vai garantir o diagnóstico simultâneo para dengue, zika e chikungunya. Até aqui, o diagnóstico era feito por meio do teste PCR — detecção de segmentos de material genético do vírus — acessível apenas em alguns hospitais particulares e em laboratórios públicos de referência. Levava em média de uma a duas semanas para ficar pronto. Com o kit, que de acordo com o ministro será produzido pelo Instituto Carlos Chagas da Fiocruz Paraná, o resultado sai em cerca de três horas. De acordo com a Fiocruz, os kits podem entrar em produção quase imediata. A expectativa é que esteja disponível ainda no primeiro semestre deste ano, segundo o Ministério da Saúde, que deve encomendar a produção de 500 mil kits pela Fiocruz até o final de 2016.

“O novo teste é fundamental do ponto de vista de estratégia de saúde pública. É importantíssimo que esta tecnologia seja brasileira. Isto traz uma vantagem extraordinária, porque hoje fazemos três testes separadamente, com produtos importados. Agora faremos os três testes de uma só vez. E, como o teste é nacional, vamos economizar divisas



VACINAS, WOLBACHIA E BIOLARVICIDAS

Se o diagnóstico ainda é uma charada, aos poucos novas tecnologias e estratégias para enfrentar as doenças causadas pelo *Aedes aegypti* começam a dar resultado. Pelo menos em relação à dengue, que infectou 1,6 milhão de brasileiros no ano passado, uma novidade movimentou o cenário. No finalzinho de 2015, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a primeira vacina para ser utilizada no Brasil contra a doença. Produzida na França pelo laboratório Sanofi Pasteur, a vacina só estará disponível na rede particular depois que passar pela regulação de preço. O Ministério da Saúde informou que a decisão de incorporação no SUS será estudada com prioridade e levará em conta critérios como a relação entre o custo, eficácia e população alvo. Mas que ainda não há previsão para que seja adotada e distribuída pela rede pública.

Rodrigo Stabeli, vice-presidente de Pesquisa e Laboratórios de Referência da Fiocruz, considera que a vacina liberada no Brasil recentemente possui uma eficiência relativa do ponto de vista da cobertura — sua eficácia de 66% em média é considerada baixa pela Anvisa — e também da metodologia de aplicação — são necessárias três doses, uma a cada seis meses. “Além de ser vacina de vírus atenuado. Ou seja, ainda não é a vacina tida como ideal”, pondera. Ele explica que a dengue é uma doença complexa imunologicamente, o que faz com que as instituições de pesquisas continuem na busca de uma vacina que tenha maior eficiência na cobertura.

Para além do anúncio da multinacional francesa, outras três vacinas vêm sendo testadas no Brasil. Uma delas, desenvolvida pelo Instituto Butantã, de São Paulo, entra na terceira e última fase, que corresponde aos testes com humanos. A Fiocruz estuda outras duas vacinas. A primeira, produzida a partir de uma colaboração técnica entre Bio-manguinhos e a GlaxoSmithKline (GSK). “Os esforços no desenvolvimento deste produto estão concentrados em uma abordagem de vacina tetravalente de vírus inativado, purificado contra a dengue”, informa Rodrigo, acrescentando que já foram iniciados os estudos pré-clínicos, de desenvolvimento industrial e clínico de fase I e que a proposta é que a vacina entre na terceira fase nos próximos dois anos.

A outra vacina é de responsabilidade do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e tem uma abordagem experimental que combina duas estratégias de imunização contra a doença em uma mesma vacina: o DNA e o uso de um vírus quimérico de febre amarela contendo genes de dengue. Segundo Rodrigo, já foi realizado estudo em camundongos que mostraram que o uso conjugado das duas técnicas consegue atingir uma eficácia de praticamente 100% dos animais testados para dengue tipo 2 apenas. Em 2016, está prevista experimentação em primatas não-humanos.

Além disso, outras tecnologias vêm sendo trabalhadas pela Fiocruz, como a que integra o projeto internacional “Eliminar a dengue: nosso desafio”, em parceria com a Universidade de Monash, na Austrália, e consiste em imunizar o próprio mosquito transmissor com uma bactéria, a *Wolbachia*, que pode bloquear a transmissão do vírus. “O bloqueio da infecção do mosquito interrompe o ciclo de infecção nos humanos”, disse Rodrigo. Segundo ele, os resultados têm sido promissores e os cientistas estão estudando a abordagem da

724
CIDADES
com casos
suspeitos de
microcefalia
notificados
até meados
de janeiro

aos cofres públicos”, disse o ministro em entrevista coletiva durante uma visita ao campus de Manguinhos, da Fiocruz, no Rio de Janeiro. A inovação é resultado do trabalho conjunto do Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP) e de quatro unidades da Fiocruz: o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), com o apoio do Instituto Carlos Chagas (Fiocruz Paraná), do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (Fiocruz Pernambuco) e do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos).

“Muitas vezes é muito difícil, ou mesmo impossível, no início da doença termos certeza se estamos diante de um doente com dengue ou zika, ou até mesmo de uma forma mais branda de chikungunya”, diz Rivaldo. Como a dengue, a infecção pelo vírus chikungunya causa febre alta de início agudo, dores fortes em músculos e articulações (principalmente tornozelos, punhos e mãos) e na cabeça. No entanto, em suas formas clínicas clássicas, o chikungunya provoca, além da dor, inflamação nas articulações, o que não acontece com a dengue. “As dores podem ser tão intensas a ponto de impedir o doente de realizar atividades rotineiras, como tomar banho sozinho, vestir-se ou pentear os cabelos. Além dessa diferença entre as doenças, a chikungunya com relativa frequência se torna crônica, fato inexistente na dengue”, acrescenta o infectologista.

Já a ameaçadora zika, que no início foi considerada uma doença “de evolução benigna”, tem como manifestações clínicas a febre baixa (nem sempre presente), vermelhidão pelo corpo, coceiras e dores articulares (em mãos, punhos e tornozelos), por vezes acompanhadas por edemas. As pessoas infectadas também podem apresentar conjuntivite e manifestações digestivas como náuseas, vômitos e diarreia. No decorrer da epidemia, vem sendo relatados casos de complicações neurológicas de origem autoimune, a chamada Síndrome de Guillain-Barré, e posteriormente os casos de má-formação congênita em recém-nascidos de mães que relatavam casos sugestivos de zika durante os primeiros meses de gravidez.

metodologia em um número maior de habitantes.

O outro projeto é coordenado pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazonas) e combina armadilha de mosquito impregnada com um inseticida que inibe o crescimento das larvas. Assim, o mosquito fêmea é atraído pela armadilha, se impregna com o pyriproxyfen (um inseticida já usado no programa de controle da dengue do Ministério da Saúde) e vai depositar seus ovos. No depósito, o produto é liberado, o que impede o crescimento das larvas. O projeto será testado em município de grande porte.

Rodrigo informa ainda sobre um biolarvicida produzido pela Fiocruz em colaboração com a empresa BR-3 para ser colocado em recipientes onde se acumula água, mesmo que estejam secos, e que inviabiliza o criadouro por um período de 60 dias. Trata-se do DengueTech DT (mini-tabletes), utilizado para o controle do *Aedes aegypti*, já aprovado pela Anvisa e que se diferencia dos inseticidas comuns uma vez que é inofensivo ao ser humano e não deixa o mosquito mais resistente.

É MAIS QUE UM MOSQUITO

Para além das tecnologias e das recomendações, essas todas úteis, especialistas ouvidos por *Radis* acreditam que não bastam ações restritas ao campo da saúde para impedir as epidemias de dengue, zika e chikungunya. Rivaldo considera

que estamos colhendo os frutos de um modelo de desenvolvimento excludente que vem sendo implantado no país há séculos. "Precisamos entender, de uma vez por todas, que para combater o *Aedes* é necessário repensar a forma como cuidamos do ambiente. Sem saneamento adequado com o correto destino dos resíduos

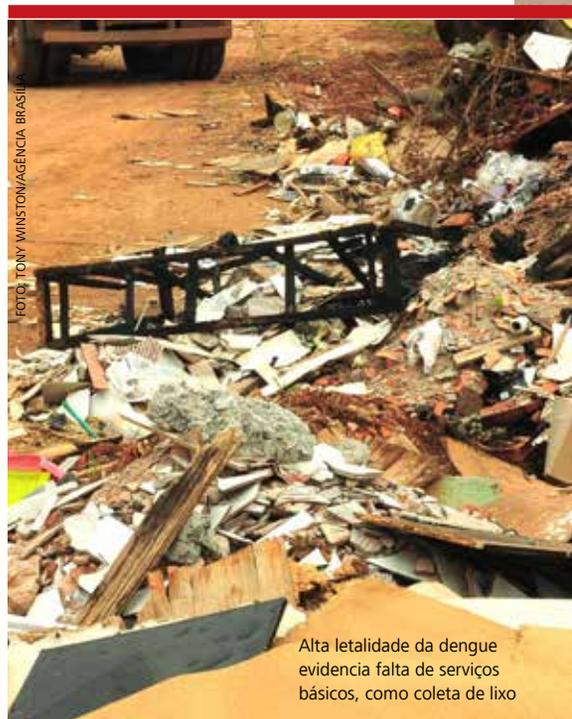


FOTO: TONY WINSTON/AGÊNCIA BRASÍLIA

Alta letalidade da dengue evidencia falta de serviços básicos, como coleta de lixo

AEDES AEGYPTI EM 7 LIÇÕES

1

ORIGEM

O *Aedes aegypti* é originário do Egito. A dispersão pelo mundo ocorreu a partir da África: primeiro da costa leste do continente para as Américas, depois da costa oeste para a Ásia.

2

CRIADOUROS

Os grandes reservatórios, como caixas d'água, galões e tonéis, são os criadouros mais produtivos do *Aedes aegypti*. Isso não significa que a população possa descuidar da atenção a pequenos reservatórios, como vasos de plantas, que comprovadamente atuam como criadouros. O alerta é para que os cuidados com os reservatórios de maior porte sejam redobrados, pois é neles que o mosquito seguramente encontra condições para se desenvolver de ovo a adulto.

3

HÁBITOS

O *Aedes aegypti* é um mosquito doméstico, vive dentro ou ao redor de casa ou de outras construções frequentadas por humanos, como estabelecimentos comerciais e escolas. Ou seja, está sempre perto do homem e não se aventura às matas, por exemplo. Tem hábitos preferencialmente diurnos e alimenta-se de sangue humano, sobretudo ao amanhecer e ao entardecer. Mas, como é oportunista, pode picar à noite, quando uma pessoa se aproxima muito do local onde se esconde, como embaixo de móveis. Sua presença é mais comum em áreas urbanas e a infestação, mais intensa em regiões com alta densidade populacional e, principalmente, de ocupação desordenada, onde as fêmeas têm mais oportunidades para alimentação e dispõem de mais locais para desovar.

sólidos urbanos, sem abastecimento de água para consumo doméstico de forma regular e sem a redução da violência em muitas comunidades urbanas não há como reduzir os índices de infestação desses mosquitos”, sugere. “Temos que refletir sobre a qualidade das cidades em que vivemos”.



Para Lia, a grave situação de estresse das cidades requer uma reforma urbana profunda. “Somos um país urbano, com graves desigualdades sociais e sanitárias, envenenar o ambiente só arrebenta com a saúde humana, incluindo o sistema imunológico”, aponta. Segundo ela, não há por que aceitar a alta letalidade para dengue, que sempre foi considerada uma doença benigna. “Isso está a demonstrar a ineficiência do nosso sistema de saúde, quer pelas dificuldades de acesso, quer pela baixa resolutividade. As viroses devem ser monitoradas e a intervenção médica precoce, no nível da atenção primária, e os cuidados hospitalares para os necessitados devem ser prontamente providenciados”.

A pesquisadora sugere estratégias de curto prazo que, na sua opinião, teriam feito a diferença em relação ao cenário atual, como por exemplo centrar o foco da ação na eliminação do criadouro em vez de comprometer a água potável com a utilização indiscriminada de larvicidas ou o uso do fumacê como forma de controle do mosquito adulto. Antes de mais nada, ela diz, é preciso proteger a água e sua potabilidade. Para isso, os reservatórios precisam ser limpos, por razões de saúde, de modo geral. “Se cuidarmos de eliminar os criadouros baixaremos os níveis de infestação, uma vez que não é possível eliminar o vetor. Devemos resistir ao uso de produtos químicos. A ordem é saneamento e limpeza. A água é fundamental para a vida, e a vida não deve e não pode ser envenenada”, conclui.

4 O MOSQUITO FÊMEA

Por que só a fêmea pica? A fêmea precisa de sangue para a produção de ovos. Tanto o macho quanto a fêmea se alimentam de substâncias que contêm açúcar (néctar, seiva, entre outros), mas como o macho não produz ovos, não necessita de sangue. Normalmente as fêmeas engravidam três dias após a ingestão de sangue, passando então a procurar local para desovar. Os ovos são colocados em água limpa e parada e distribuídos por diversos criadouros.

6 CUIDADOS

Em 2011, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) divulgou a iniciativa “10 Minutos contra a dengue”, uma cartela, que convida a população a desenvolver pequenas ações, em suas residências e áreas de trabalho, e a checar a cada sete dias os locais onde o mosquito costuma colocar seus ovos, como caixas d’água, calhas, galões, pneus, vasos de planta, bandejas de ar condicionado ou de geladeira, por exemplo. O trabalho deve ser semanal, período que o Aedes precisa para se desenvolver de ovo para mosquito adulto. O guia de prevenção pode ser baixado em: www.ioc.fiocruz.br/dengue/folder.pdf

5 TRANSMISSÃO

Se o mosquito estiver infectivo, poderá transmitir o vírus neste processo. Em geral, mosquitos sugam uma só pessoa a cada lote de ovos que produzem. O Aedes aegypti tem uma peculiaridade, a “discordância gonotrófica”. Isso significa que é capaz de picar mais de uma pessoa para um mesmo lote de ovos que produz. Há relatos de que um só mosquito da dengue infectivo transmitiu dengue para cinco pessoas de uma mesma família, no mesmo dia.

7 DEPENDE DE TODOS

Os maiores índices de infestação são registrados em bairros com alta densidade populacional e baixa cobertura vegetal, onde o mosquito encontra alvos para alimentação mais facilmente. Outro fator importante é a falta de infraestrutura. Sem fornecimento regular de água, os moradores precisam armazená-la em grandes recipientes que na maioria das vezes não são vedados completamente e acabam tornando-se focos do mosquito. Portanto, os esforços para o controle da proliferação do mosquito certamente são medidas de responsabilidade do governo e também da população.

OS ENIGMAS DO ZIKA

Que impactos esperar da epidemia provocada pelo vírus zika, associada a microcefalia e outras complicações neurológicas?

Luiz Felipe Stevanim

Algumas semanas depois de comunicar a duas de suas pacientes a descoberta feliz da gravidez, a médica ginecologista Adriana Melo teve que dar a elas outra notícia, essa de teor angustiante: ela havia constatado alterações na gestação, mas ainda não era possível afirmar quais eram as causas. A aflição de não ter o que dizer a essas gestantes levou a ginecologista de Campina Grande, na Paraíba, a suspeitar de uma nova enfermidade. Em comum, essas mães haviam tido manchas e erupções na pele — um dos sintomas causados pelo vírus zika — ainda no primeiro trimestre da gravidez. Mas a médica não parou por aí. Em busca de respostas, ela colheu amostras do líquido da placenta dessas duas gestantes e enviou para análise no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). A presença do vírus suspeito foi o primeiro sinal para que o Ministério da Saúde confirmasse, no fim de novembro, a relação entre o zika e a epidemia de microcefalia que já atingiu mais de 3.800 crianças até meados de janeiro.

De origem congênita, a doença afeta o cérebro do bebê, que nasce menor do que o normal e pode acarretar diversas limitações para a criança. Em casos mais graves, adultos também podem ser afetados por complicações associadas ao zika, incluindo comprometimento do sistema nervoso central, como meningite, mielite transversa e uma síndrome rara conhecida como Guillan-Barré. De vírus pouco conhecido a novos desafios para a saúde pública, o alerta dado pelos novos agravos transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*, como zika e chikungunya, mostram a necessidade de elaborar estratégias que ao mesmo tempo evitem novas infecções e garantam o cuidado dos doentes, inclusive com a assistência às complicações ainda pouco conhecidas.

Para o médico infectologista Pedro Vasconcelos, os casos de microcefalia até agora registrados podem ser apenas a “ponta do iceberg” de outras más-formações congênicas causadas pelo vírus zika. O mesmo alerta Adriana Melo: “A microcefalia pode ser apenas um dos achados associados ao vírus, no caso o mais grave”. Na visão de outro médico, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Carlos Brito, os impactos trazidos por esses novos agravos criaram um cenário que a saúde coletiva brasileira ainda precisa aprender a enfrentar.

AGRAVO EMERGENCIAL

O número crescente de casos de microcefalia, a partir do segundo semestre de 2015, levou o Ministério da Saúde a reconhecer a doença como um agravo emergencial em saúde pública, que impacta na qualidade de vida das famílias, com aumento da mortalidade neonatal infantil. O alerta foi dado com o lançamento, em dezembro, do Plano Nacional de Enfrentamento da Microcefalia. Os números falam por si: enquanto, em 2013, foram notificados 167 casos de crianças que nasceram com a doença, em 2016, já são 3.893 ocorrências suspeitas, associadas ao vírus zika, segundo o boletim epidemiológico de 16 de janeiro.

Especialista nas chamadas arboviroses, como dengue, zika e chikungunya, o médico do Instituto Evandro Chagas (IEC), Fiocruz Pará, Pedro Vasconcelos, explica que a associação entre zika e microcefalia mostrou que este vírus pode causar problemas graves semelhantes a outras doenças infecciosas associadas a formações congênicas, como a rubéola. A equipe do médico foi responsável por identificar, em novembro, a presença do vírus nos tecidos de diversos órgãos de uma criança do Ceará que nasceu e morreu logo em seguida. A mãe havia tido relato de zika por volta da oitava semana de gravidez. “Quando as infecções ocorrem nas primeiras semanas de gestação, maior a chance de o vírus alcançar o feto e as complicações tendem a ser mais graves, às vezes incompatíveis com a vida”, aponta.

Além dos casos que envolvem limitações sérias, que podem inclusive levar à morte do bebê, o médico considera a possibilidade de outras ocorrências em crianças cujas mães tiveram zika durante a gravidez. “Esses casos de microcefalia são apenas a ponta do iceberg, pois envolvem complicações gravíssimas, mas também podem ocorrer pequenas más-formações no sistema visual, auditivo ou em algum outro órgão”, avalia. A morte de 49 bebês com microcefalia, todas no Nordeste, até o fechamento desta edição, pode ter relação direta com o zika, de acordo com o Ministério da Saúde. Os estados nordestinos, até o momento, foram os mais afetados pela epidemia.

A epidemia da doença exige novas estratégias de cuidado na saúde pública, defende o médico Carlos Brito. “São crianças que terão sequelas e vão precisar de acompanhamento a longo prazo, para que as limitações motoras e neurológicas sejam as menores possíveis”, considera. Ele enfatiza que é

**MENOS DE
20%**
dos casos de
zika apresentam
sintomas

preciso garantir o acesso aos serviços para essas famílias, pois grande parte são mães de baixa renda. “Muitas delas são responsáveis pelo sustento da casa e deixam de trabalhar para se dedicar aos cuidados da criança, em duas ou três consultas por semana, com fisioterapeuta, nutricionista, médico e outros especialistas”, pondera.

ZIKA CONGÊNITA

O momento da ultrassonografia passou a ser a espera da sentença — é assim que a médica Adriana Melo descreve a tensão vivida pelas mães que aguardam o diagnóstico de microcefalia em seus bebês. O medo vem do pouco que ainda se sabe sobre as limitações que esses recém-nascidos terão. “Não é somente um cérebro pequeno, como nos outros casos vistos até então, mas alterações na estrutura cerebral”, analisa. Segundo ela, uma das preocupações dos especialistas nesse momento é com os bebês nascidos aparentemente sem comprometimento, mas que ainda podem manifestar sinais provocados pelo zika, porque as mães tiveram a doença. “O ideal é que os filhos de mães que tiveram algum sintoma de zika sejam acompanhados durante todo o primeiro ano de vida”, enfatiza.

Como a microcefalia pode ser apenas um dos sinais do zika na gestação, o infectologista Rivaldo Venâncio, prefere usar o termo “zika congênita” para tratar do conjunto de efeitos do agente infeccioso no organismo do bebê. “Estamos colocando os holofotes quase que exclusivamente sobre a microcefalia. Ela muito provavelmente é o mais grave problema decorrente da infecção congênita pelo zika, mas não o único e provavelmente também não seja o mais frequente”, avalia. De acordo com ele, outras complicações estão sendo observadas, como problemas oculares, auditivos, microcalcificações no cérebro e outros órgãos, além de má-formações nos ossos e músculos. Por isso, ele acredita que a ação do vírus zika deve ser encarada como uma infecção congênita, a exemplo do modo como se trata a rubéola, com atenção ao conjunto de repercussões no desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças.

Há menos de uma década, zika era apenas um vírus com poucos casos descritos, embora sua descoberta tenha ocorrido em 1947, em Uganda, na mesma floresta que lhe deu o nome. Desde 2007, porém, com a ocorrência mais frequente de casos em ilhas do Oceano Pacífico, ele passou a

despertar o interesse dos cientistas. Antes do surto ocorrido no Brasil, houve uma epidemia na Polinésia Francesa, em 2013, em que foram notadas algumas complicações neurológicas associadas à doença, como a síndrome de Guillan-Barré. “Até então o zika era um vírus pouco conhecido em saúde pública, por isso não tínhamos a dimensão dos aspectos clínicos da doença”, conta Pedro Vasconcelos.

O vírus provoca sintomas parecidos com a dengue, porém mais brandos, como febre, mal estar, erupções e manchas avermelhadas na pele (exantema) e dores de cabeça e nas articulações. Pedro explica que é possível que o agente infeccioso tenha chegado ao Brasil durante a Copa do



FOTO: TV BRASILEBC

Ultrassonografia virou momento de tensão para grávidas, a espera de diagnóstico de microcefalia

Mundo, pois os estados do Nordeste que relataram os primeiros casos foram sedes de jogos. Mas segundo ele, isso não está comprovado, ao contrário do chikungunya, em que ficou clara a relação com o evento esportivo. “Com a globalização e a circulação cada vez maior de pessoas, é quase impossível para um país controlar a entrada de agentes infecciosos em seu território”, analisa o pesquisador, ao destacar que a estratégia deve ser combater o mosquito transmissor. “Não existe nenhum país no mundo que esteja infestado por esse mosquito que venha a ter um efetivo controle dessas doenças”, completa.

GARANTIA DE CUIDADO

A demanda pelos serviços de saúde provocada por zika e chikungunya deve ser ainda maior do que no caso da dengue, avalia o professor da UFPE, Carlos Brito, especialista em imunologia. Isso deve acontecer em razão do surgimento de pacientes crônicos, que necessitam de cuidados permanentes. “O que a gente vai ver é um contingente maior de pessoas procurando os serviços de saúde com

3.893
CASOS
de microcefalia
associados
ao zika
(até 16/01)

características clínicas e complicações diferentes”, avalia. No caso de zika, os especialistas ouvidos pela *Radis* apontam a ocorrência de complicações neurológicas, como meningite, mielite transversa (doença neurológica caracterizada por inflamações na medula) e síndrome de Guillan-Barré (inflamação aguda dos nervos periféricos, que pode até mesmo paralisar os movimentos).

Já em relação ao chikungunya, os casos mais graves podem levar à persistência de alguns sintomas, como dores nas articulações e musculares. “Passada a fase aguda, esses pacientes vão continuar procurando o atendimento ambulatorial, num sistema hoje já sobrecarregado para atender essa demanda adicional”, considera Carlos. Com isso, o desafio para a saúde pública é a garantia do cuidado aos doentes crônicos, problema já abordado por *Radis* na edição 159, dedicada à questão das filas na saúde. Essas complicações são mais comuns em pacientes acima de 45 anos, como aponta orientação sobre manejo clínico da doença publicada pelo Ministério da Saúde. “O vírus chikungunya é um elemento novo dentro do cenário epidemiológico brasileiro, que precisa de uma organização dos serviços adequada, porque alguns pacientes vão necessitar de fisioterapeutas e outros profissionais por longo tempo”, constata.

As complicações não ocorrem em todos os casos das duas doenças, esclarece Carlos Brito. Na maior parte das vezes, principalmente em relação ao zika, os sintomas costumam ser brandos. A estimativa do Ministério da Saúde é que menos de 20% das infecções por esse vírus sejam percebidas por meio de sintomas. Ainda assim, o médico da UFPE foi um dos primeiros especialistas a alertar para a gravidade dos surtos de zika e chikungunya e constatou a relação do vírus zika com quadros neurológicos, ao observar sete pacientes com essas complicações em Pernambuco, quatro deles com síndrome de Guillan-Barré.

Essa síndrome pouco conhecida ganhou repercussão após a associação com o vírus zika. Trata-se de uma doença rara, em que o corpo reage à presença de vírus ou bactérias e começa a atacar o próprio sistema nervoso, levando a sintomas como fraqueza muscular e paralisia de braços e pernas. Nos casos mais graves, pode atingir os músculos respiratórios, provocando dificuldade de respirar, caso em que pode chegar à morte, se o doente não receber suporte adequado. Segundo o Ministério da Saúde, o SUS dispõe de tratamento para essa síndrome, entre procedimentos diagnósticos, clínicos, de reabilitação e medicamentos.

Carlos aponta que as complicações neurológicas podem ocorrer de uma a quatro semanas após a descrição do quadro de zika. “A síndrome de Guillan-Barré é a mais frequente, mas não é a única, podendo ocorrer casos de meningite e mielite”, explica. Ele considera que ainda são necessários estudos para confirmar os fatores de risco para o desenvolvimento desses quadros, para identificar por que razão alguns doentes desenvolvem e outros não. “Também precisamos de estudos para buscar alternativas para atenuar a ação do vírus nas pessoas que foram infectadas, principalmente as gestantes, para evitar a transmissão para o bebê”, relata.

IMPACTOS DA MICROCEFALIA

Microcefalia é um “palavrão” que entrou no vocabulário da população por causa do surto associado ao vírus zika, mas a neuropediatra do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), Tânia Saad, esclarece que a doença já era descrita pela medicina há muitos anos. Segundo a médica, além de herança familiar, ela pode surgir em razão de algum tipo de sofrimento vivido pelo bebê na barriga da mãe, como asfixia ou falta de nutrientes. Também ocorre pela ação de alguns vírus, como rubéola, herpes e citomegalovírus. Mas ela considera o ineditismo da situação enfrentada pelo Brasil, que ainda exige estudos para avaliar o real impacto do zika. “Esse grave problema pode vir a ter uma abrangência maior do que imaginamos e prejudicar uma geração inteira de brasileiros, pela ocorrência de microcefalia e outras complicações ainda desconhecidas”, comenta.

Até o momento há mais perguntas do que respostas sobre a ação do vírus zika no feto. Tânia explica que, além do tamanho menor da cabeça, a principal característica da microcefalia é que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada — a gravidade das sequelas varia de acordo com o estágio da gravidez em que a causa geradora do problema ocorreu. “Quando a infecção por zika ocorre no início, o cérebro do bebê ainda está começando a se formar, então as consequências podem ser muito maiores”, relata Tânia. O período da gestação mais suscetível à ação do vírus é o primeiro trimestre, apontam o Ministério da Saúde e os especialistas ouvidos pela *Radis*.

A médica explica que o quadro de microcefalia pode causar um grande atraso de desenvolvimento, com impactos nos movimentos e também neurosensoriais, como falta de visão, audição e déficit na cognição. De acordo com a médica, nem sempre os sinais serão notados logo após o nascimento. “Os atrasos podem ser percebidos mais tarde, quando as crianças começam a ter dificuldades para o uso da linguagem, no aprendizado e na socialização”, conta. Segundo ela, o tratamento nem sempre é com medicação, utilizada somente nos casos de crises convulsivas, quando os bebês têm espasmos frequentes. “Podem ocorrer quadros mais suaves, que não necessitam de medicamentos, mas vão precisar de terapias multidisciplinares, que estimulem a fala e o movimento”, avalia a especialista.

Para as crianças que nasceram com microcefalia deve ser garantido o cuidado adequado, aponta a médica Adriana Melo. Segundo ela, é preciso estruturar uma rede de atenção voltada para essas famílias após o nascimento. “São crianças que precisarão de acompanhamento multidisciplinar, pois são altamente dependentes”, considera. Os profissionais de saúde da Atenção Básica e da Atenção Especializada podem buscar as diretrizes de estimulação precoce, lançadas em janeiro pelo Ministério da Saúde, especialmente para crianças entre 0 e 3 anos.

PLANEJAR A GRAVIDEZ

Para as grávidas, a recomendação é reforçar as medidas de prevenção ao mosquito, com o uso de repelentes indicados para o período da gestação,

além de roupas de manga comprida, esclarece o Ministério da Saúde. Outra medida importante é não usar medicamentos não prescritos pelos profissionais de saúde e fazer um pré-natal qualificado. Uma das informações divulgadas no início do surto, ainda em 2015, foi uma declaração do diretor do Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, Claudio Maierovitch. Em entrevista ao jornal *O Estado de S. Paulo* (12/11), ele recomendou que as mulheres evitassem engravidar nas regiões em que havia epidemia do vírus zika.

Mas Carlos Brito considera que adiar a gravidez tem um limite, em razão da dificuldade de acesso ao planejamento familiar e porque muitas mulheres já não podem adiar a vontade de ser mãe, por conta de riscos e idade. Ainda assim, ele considera que é preciso discutir o momento ideal da gravidez, de acordo com orientação médica. “Cada estado sabe o período de maior circulação do vírus e o aumento do número de casos. Uma recomendação é que a gravidez aconteça quando há baixa na epidemia — em Pernambuco, por exemplo, o ideal é no segundo semestre”, explica. Outra orientação é evitar a exposição ao mosquito, com o uso de repelente. “É preciso conscientizar as gestantes de que elas devem se proteger da picada do mosquito”, completa Pedro Vasconcelos. Já Tânia Saad destaca que nem toda gestante que teve quadro de zika vai evoluir para a microcefalia em seu bebê — porém, isso não elimina a necessidade de prevenção.

PROTEÇÃO COM INVESTIMENTOS

O desconhecimento a respeito do vírus zika e de suas implicações trouxe dúvidas e alertas para a população, assim como mobilizou esforços na saúde pública. “Este é um desafio de saúde pública muito novo e esperamos que novos resultados de pesquisas sejam divulgados em breve”, avalia a pesquisadora Ana Bispo, chefe do Laboratório de Flavírus do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), responsável por detectar a presença do zika nas duas grávidas de Campina Grande, em novembro. A Fiocruz elaborou um plano de enfrentamento da epidemia, encaminhado ao Ministério da Saúde, que reúne ações que vão desde o desenvolvimento de novas estratégias de combate ao mosquito a pesquisas sobre os novos agravos.

Em um contexto de dúvidas e novidades, é preciso evitar as soluções conhecidas como “balas mágicas”, avalia Valcler Rangel, vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz. “No curto prazo, para o controle vetorial, a gente precisa estabelecer um modo de validar as soluções, para evitar aquelas que não são eficazes”, considera. Outro caminho de pesquisa é entender como as doenças afetam a vida das pessoas e, a partir daí, estabelecer novas estratégias de cuidado e prevenção. “O acompanhamento das mães e das crianças é fundamental para conhecer o comportamento da doença e entender como cuidar dessas famílias de maneira adequada”, completa.

Como apontam os especialistas ouvidos pela *Radis*, um dos desafios ainda é o diagnóstico para diferenciar zika, dengue e chikungunya, que em

geral têm sintomas muito parecidos. Até o momento, somente cinco laboratórios de referência do Ministério da Saúde fazem essa detecção viral. De acordo com o órgão, para a testagem, são priorizadas as gestantes e recém-nascidos com suspeita da doença. O ministério também esclarece que ainda não há condições de fazer o teste para o zika em toda a população, mas que a limitação não é somente brasileira. Instituições de pesquisa como a Fiocruz e a Universidade de São Paulo (Usp) trabalham para desenvolver um kit diagnóstico sorológico e molecular que possa ser utilizado em larga escala (ver informações na página 14).

Enfrentar as consequências do mosquito transmissor e dos novos vírus não se resolve com soluções simplistas. Para Pedro Vasconcelos, estados e municípios devem agir de forma coordenada e sinérgica, em cooperação com o governo federal. Já Carlos Brito alerta que o Brasil já tem dengue há trinta anos e ainda não conseguiu dar respostas efetivas. “Com o combate ao mosquito, só vamos conseguir diminuir a densidade vetorial, não eliminar completamente”, atesta. Por isso é preciso, segundo ele, estruturar os serviços para lidar com os novos agravos.

Somente é possível enfrentar de fato a epidemia com investimentos, aponta o diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Hermano Castro. “A saúde não pode ser penalizada com cortes, sob pena de termos uma crise sanitária com repercussão nos próximos trinta ou quarenta anos”, afirma. Segundo Hermano, o SUS não pode sofrer restrições orçamentárias, como em 2015, pois os recursos empregados no presente para enfrentar os agravos em saúde devem melhorar a qualidade de vida da população no futuro. Ele alerta ainda que, com a crise econômica, as populações mais pobres e as áreas com pouca infraestrutura são as mais penalizadas.

O financiamento também é necessário para criar serviços de acompanhamento e reabilitação das crianças com microcefalia, além de pesquisas para identificar os efeitos do vírus. “Hoje estamos colhendo os frutos do pouco investimento que se teve na questão da vigilância do mosquito nos últimos trinta anos”, acredita. O Estado deve direcionar uma ação efetiva, ele aponta, para enfrentar os territórios precarizados — e não é somente na casa do cidadão, mas os grandes criadouros, como lixões e áreas abandonadas.

O alerta sobre as consequências do corte em investimentos à saúde da população também foi dado pelo Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (Asfoc-SN), em carta entregue ao ministro Marcelo Castro (14/1). “Neste momento de calamidade na saúde pública, com o avanço da epidemia de zika vírus (microcefalia) pelo País, além do chikungunya e da dengue, é inadmissível a Saúde sofrer cortes em razão do ajuste fiscal. Urgem ações em defesa do SUS e o financiamento adequado do setor”, advertem os sindicalistas, apontando que um corte orçamentário na Fiocruz, por exemplo, “ameaça a continuidade da prestação de serviços essenciais, incluindo pesquisa, ensino, assistência à população, além de comprometer a infraestrutura dos serviços diários”. 

SAIBA MAIS

- **Vírus Zika – Informações ao Público:** <http://goo.gl/YNt3FM>
- **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à ocorrência de Microcefalia (Ministério da Saúde):** <http://goo.gl/zTxx6m>
- **Sobre o uso de repelentes durante a gravidez:** <http://goo.gl/snRlYh>
- **Vírus Zika: Um Novo Capítulo na História da Medicina (Carlos Brito – em inglês):** <http://goo.gl/9mZ3B6>
- **Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas? (Pedro Vasconcelos):** <http://goo.gl/hFKuOp>
- **Diretrizes de estimulação precoce (Crianças de 0 a 3 anos com atraso decorrente de microcefalia):** <http://goo.gl/GFMlXy>
- **Especialistas esclarecem dúvidas sobre o vírus zika (Portal Fiocruz):** <https://goo.gl/fAHno3>
- **Dengue: Teoria e Práticas - Livro organizado por Denise Valle, Denise Nacif Pimenta e Rivaldo Venâncio da Cunha (Editora Fiocruz)**

ACORDO PELO P

Conferência sobre Mudança do Clima aprova limite para aumento

Histórico, mas imperfeito. Foi assim que três organizações ambientalistas avaliaram o Acordo de Paris, documento aprovado pelos 195 países da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (UNFCCC) e pela União Europeia, durante a 21ª Conferência das Partes (COP 21), em 12 de dezembro. A principal meta estipulada é a de manter o aquecimento global abaixo de 2°C até 2025 em relação aos níveis pré-industriais, buscando esforços para limitar o aumento da temperatura a 1,5°C.

O acordo substituirá o Protocolo de Quioto, que entrou em vigor em fevereiro de 2005, a partir de 2020. Para isso, precisa ser ratificado por pelos menos 55 países responsáveis por 55% das emissões de gases de efeito estufa até 22 de abril. Parte dos objetivos é “legalmente vinculante” — ou seja, países que não os cumprirem podem sofrer sanções internacionais.

Notas do Observatório do Clima, do Greenpeace Brasil e do WWF Brasil têm em comum o uso da palavra “histórico” para tratar da COP 21. O WWF Brasil fala em “vitória histórica”; o Greenpeace Brasil, em acordo “histórico, mas longe de ser perfeito”; e o Observatório do Clima, em “feito histórico”.

“Pela primeira vez, cada país do mundo se compromete a reduzir as emissões, fortalecer a resiliência e se unir em uma causa comum para combater a mudança do clima. O que já foi impensável se tornou um caminho sem volta”, destacou o secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon.

O presidente dos Estados Unidos, Barack

Obama, avaliou que o texto resultante da COP 21 “é a melhor chance de salvar o planeta” e que será um ponto de inflexão em direção a um futuro de baixa emissão de carbono. A presidenta Dilma Rousseff classificou o acordo como “justo”, “ambicioso”, “duradouro”, “equilibrado” e “juridicamente vinculante”.

EMISSÕES NEUTRALIZADAS

O texto aprovado determina, além do limite de aumento de temperatura, que os países desenvolvidos devem investir 100 bilhões de dólares por ano até 2025 em medidas de combate à mudança do clima e adaptação em países em desenvolvimento. Também estipula metas de redução de emissões de gases que provocam o efeito estufa, que devem ser neutralizadas entre os anos de 2050 e 2100.

O diretor executivo do Greenpeace Internacional, Kumi Naidoo, apontou fragilidades no documento: segundo ele, as metas de emissões colocadas na COP 21 levarão a um aumento do aquecimento global próximo a 3°C — e não a 1,5°C. “Temos um teto de 1,5°C para alcançar, mas a escada para chegar nele não é satisfatória. As metas de emissões em jogo na COP 21 não são suficientes e os negócios não farão nada para mudar isso”, avaliou. O WWF Brasil citou como “pontos para aperfeiçoamento” a falta de clareza quanto à continuidade do financiamento após 2025 e de detalhamento da operacionalização das perdas e danos. Como ponto positivo, o diretor de política do Greenpeace Internacional, Daniel Mittler, destacou

Em Paris, a Torre Eiffel foi cenário de manifestações; impedidos de realizar protestos físicos na cidade, os ativistas transformaram o monumento em uma “floresta virtual”, onde usuários de smartphones “plantaram” grãos de luz, contabilizados por números

LANETA

da temperatura e outros avanços

a indicação dada pelo acordo de que a era dos combustíveis fósseis está próxima de acabar.

COMPROMISSO NACIONAL

Um total de 186 países enviou as Contribuições Pretendidas Nacionalmente Determinadas (INDC), documento que continha o que cada governo pretendia fazer para reduzir e remover as emissões de gases do efeito estufa. O Brasil se comprometeu com a redução de 37% de suas emissões em 2025; e de 43% em 2030, na comparação com 2005. Para isso, afirmou que pretende levar a frente uma transição para sistemas de energia baseados em fontes renováveis e descarbonização da economia até o final deste século.

O INDC brasileiro foi o primeiro de um país em desenvolvimento a prometer uma redução absoluta de emissões para toda a sua economia. O Brasil esteve junto de União Europeia, Noruega e Suíça na lista dos que indicaram maior corte nas emissões.

O WWF-Brasil opinou que o INDC do Brasil foi “uma excelente contribuição” e “muito superior ao de países mais emissores”. “O Brasil não condicionou as suas contribuições ao apoio financeiro externo e declarou, também de forma voluntária, como pretende atingir os seus objetos. A recuperação de áreas degradadas e o crescimento em energias renováveis são novas sinalizações para investidores e empreendedores, sendo, agora, necessária, a articulação de muitos atores para a sua real implementação”, afirmou a organização, em nota. 



ANDREY LEMOS

“Nossa estratégia é resistir”



Durante a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu entre 1º e 4 de dezembro, em Brasília, o movimento LGBT foi presença ativa. Buscava, como disse o historiador Andrey Roosevelt Chagas Lemos, fortalecer a defesa da saúde pública, mas também lutar contra qualquer possibilidade de retrocesso de direitos. “Veja bem”, ele reforçou, “o que queremos é apenas ter o mesmo processo de igualdades e oportunidades no acesso e também na garantia da qualidade do tratamento, da assistência e da própria vigilância em saúde”.

Andrey é presidente da União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNA-LGBT) e atualmente trabalha junto à Política Nacional Integral de Saúde LGBT, no Ministério da Saúde. Num final de tarde, ainda tomado pelo debate nos grupos de trabalho da conferência e após defender no voto as propostas que garantem mais equidade no sistema de saúde, ele conversou com *Radis* sobre as conquistas do movimento e traduziu o que considera ameaças conservadoras no cenário político atual.

Como define a participação do movimento LGBT numa conferência nacional de saúde?

Eu acredito muito nesse processo enquanto fortalecimento da luta em defesa da saúde pública e de qualidade. Estamos vivendo um momento no Brasil bastante preocupante. O conservadorismo tem encontrado forças não só nas instituições públicas — como o Congresso Nacional, o Poder Executivo, os meios de comunicação, as igrejas —, mas também na rua, no povo. Então, todo o movimento social brasileiro, isto é, todos nós que somos fruto de um processo de luta e de conquistas, precisamos fazer com que essas conquistas sociais avancem. Porque mesmo que nós não tenhamos diretamente trabalhando pela Reforma Sanitária ou em defesa da democracia ou pelo fim da ditadura, nós herdamos esse legado e precisamos dar continuidade a isso.

Estamos falando de que conquistas exatamente?

A Política Nacional de Promoção de Saúde é uma conquista. Hoje, o modo como se desenha a política nacional de saúde do homem, da mulher, e as políticas de equidade, principalmente, a Política Nacional de Saúde Integral de pessoas LGBT são avanços do SUS. A carta dos usuários, de 2009,

FOTO: EDUARDO DE OLIVEIRA

que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e fala da importância do nome social, e a revisão da portaria do processo transexualizador [Portaria 2803 que estabelece novas diretrizes para atendimento de transexuais e travestis pelo Sistema Único de Saúde], são alguns dos vários instrumentos que ampliaram o acesso dessa população dentro das políticas de saúde. Nos últimos 15 anos, a gente identifica que melhorou o quadro das desigualdades sociais, através do SUS, do SUAS [Sistema Único de Assistência Social], dos programas de combate à fome, de inclusão social, de geração de emprego e renda, de ampliação do ensino superior. E isso vem fomentando uma diferença gradativa no quadro social do país — quadro esse provocado historicamente por um processo de exclusão de vários segmentos: população negra, população LGBT, população em situação de rua, povos e comunidades tradicionais...

De onde vem o retrocesso?

O materialismo histórico fala que, para toda matéria, existe uma ação, e para toda ação, existe uma reação. Então, a reação desse segmento conservador é com certeza em cima dos avanços e conquistas dos direitos humanos nos últimos anos. A classe elitista ou a classe dos privilegiados ou a burguesia ou quem sempre deteve o poder e o *status quo* vem encontrando uma forma de reagir e barrar as conquistas sociais das chamadas minorias. Quem detém o poder, os mecanismos de opressão e de lucro dessa sociedade não quer perder. Isso também é um processo natural do capitalismo. A gente percebe que parcela dessa população conservadora está encontrando legitimidade no discurso da televisão, no discurso da igreja e no discurso dos seus representantes políticos que estão colocando a cara fora do armário. Mas a gente precisa disputar o imaginário da sociedade, fazer com que a maioria perceba que nós não queremos extinguir as famílias, não queremos um sistema de saúde específico para as chamadas minorias. Veja bem, o que queremos é apenas ter o mesmo processo de igualdades e oportunidades no acesso e também na garantia da qualidade do tratamento, da assistência e da própria vigilância em saúde.

Quais as principais bandeiras do movimento LGBT? É possível dizer que existe uma causa comum com o movimento das mulheres e de outras minorias?

Nós estamos conclamando os diferentes movimentos sociais para se somar à nossa luta. Por exemplo, levantamos uma bandeira recentemente em relação ao projeto de lei que tramita na Câmara Federal sobre o Estatuto da Família do século 21 [PL 6583/13 que, entre outros pontos, só reconhece como família aquelas formadas por casais heterossexuais e proíbe a adoção de crianças por casais gays (Radis 151)]. Acreditamos que esse estatuto encaminhado para aprovação não agride apenas a população LGBT, mas também uma série de outros arranjos de conjunções familiares constituídas de formas diferenciadas a partir dos laços afetivos ou de cumplicidade. Isso é uma das nossas bandeiras. Mas nós estamos chamando a sociedade

civil como um todo pra marchar em defesa da democracia e da laicidade do Estado. O Estado não pode ser comprometido por um viés religioso. Ele precisa de fato pensar políticas públicas voltadas para todos os cidadãos independente da sua orientação ideológica, religiosa ou sexual. Ao mesmo tempo, nos solidarizamos com outras lutas como a dos estudantes de São Paulo, a das mulheres. São vários aspectos que a gente percebe que convergem porque é tudo produto da ação conservadora de uma parcela da sociedade. Nossa grande estratégia de ação precisa ser resistir para conseguir garantir a continuidade dos espaços dos mecanismos de participação e controle social. Para isso, além de ampliar as marchas e fortalecer as manifestações de rua, precisamos garantir a presença dos representantes LGBTs dentro do Conselho Nacional e dos comitês estaduais de equidade e de saúde integral LGBT. Essas são formas que encontramos para ampliar a relação da sociedade civil com a gestão pública da saúde.

Finalizada a 15ª CNS, que desdobramentos você espera?

A conferência teve um eixo importantíssimo, o eixo 1 sobre o direito à saúde e que dialoga diretamente com as políticas de acesso e as políticas de equidade. Ou seja, trata-se de uma reparação histórica aos povos desse país que sempre foram marginalizados e excluídos. Percebo que vários estados trouxeram para a Nacional propostas que reafirmam a importância de garantir o que já está na Constituição, a equidade, a transversalidade, a participação e o controle social. Então, a minha expectativa é que a 15ª CNS tenha reafirmado a importância do que a gente conquistou com muita luta e dureza nesse país. E que a gente não tenha nenhum direito a menos dentro do SUS. (A.C.P.)

FOTO: CAROLINA NIEMEYER



SAIBA MAIS

Política Nacional de Promoção de Saúde

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf

Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

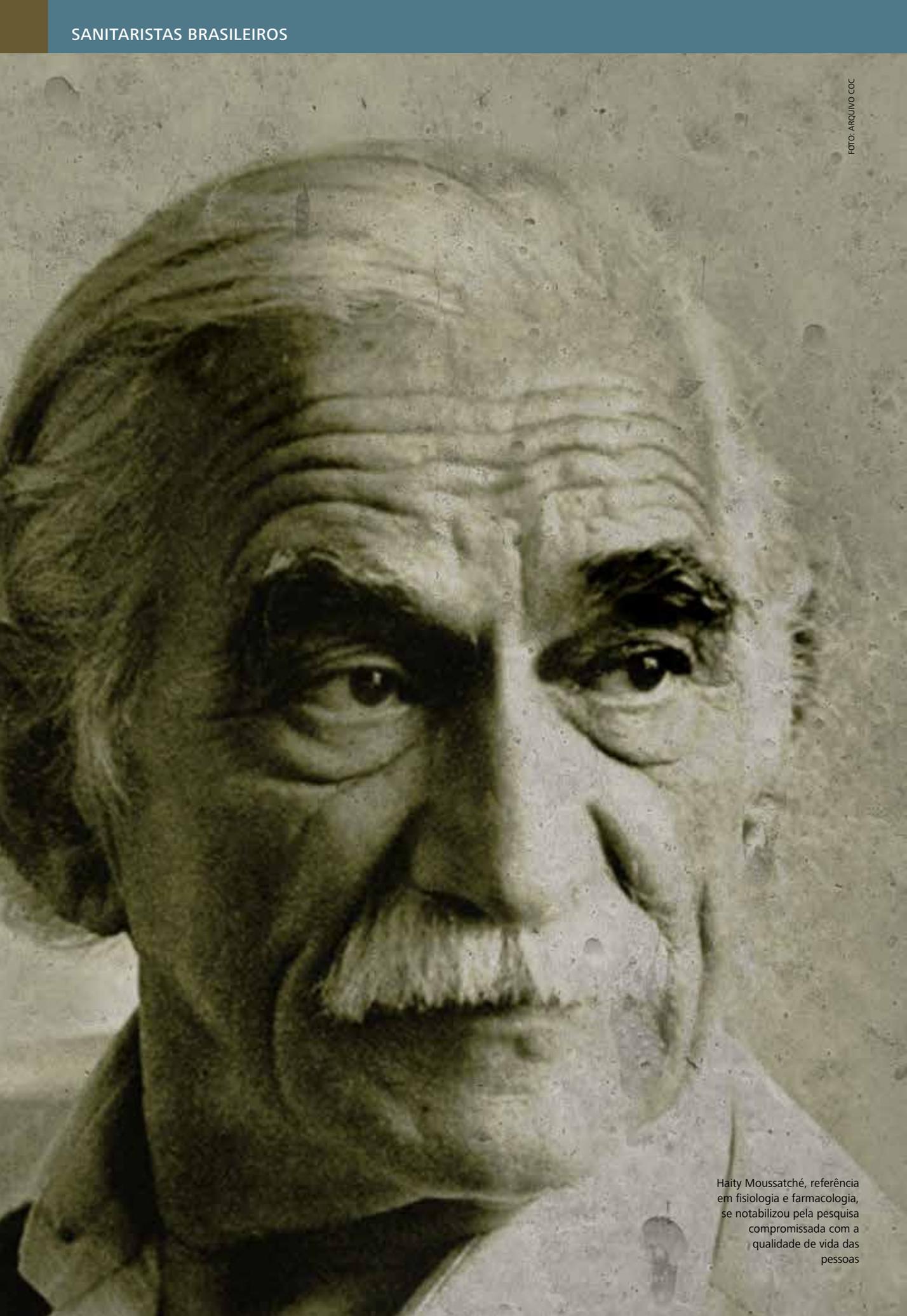
- <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/17/AF-Carta-Usuarios-Saude-site.pdf>

Respeito faz bem à saúde (Radis 128)

- <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/128>

Saúde é democracia (Radis 160)

- <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/160>



Haity Moussatché, referência em fisiologia e farmacologia, se notabilizou pela pesquisa comprometida com a qualidade de vida das pessoas

Haity Moussatché

Destino: Ciência

Ciência, história e política se misturam na trajetória de um dos mais prestigiados cientistas da Fiocruz

Elisa Batalha

No hall dos nomes que marcaram a pesquisa científica no país e no mundo e a história da Fiocruz não pode faltar o de Haity Moussatché — cujo acervo foi doado em dezembro de 2015 à Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). O pesquisador tornou-se referência mundial em fisiologia e farmacologia e ajudou a formar gerações de profissionais e instituições que são respeitadas até hoje. A trajetória pessoal mistura-se à carreira do cientista e ambas marcaram profundamente os que conviveram com ele ao longo dos seus 88 anos de vida.

Moussatché nasceu em 1910, em Smirna, Turquia, e migrou para o Brasil aos três anos. “Meu nome é uma adaptação ao turco de um nome hebraico, Haiim, que quer dizer *Água da Vida*, ou *Vida*”, explicou em uma entrevista concedida em 1985. Eram tempos em que muitos migravam para a América. Assim Haity veio parar no Brasil, um destino então desconhecido sobre o qual se ouviam apenas boatos sobre a febre amarela.

Acabou se instalando no Rio de Janeiro com a família, onde cresceu e cursou Medicina pela antiga Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro). Começou no Instituto Oswaldo Cruz como “interno agregado” — o que hoje se chamaria de estagiário não remunerado —, quando costumava dormir nas dependências do Hospital Evandro Chagas. Formou-se em 1933, e dois anos depois se transferiu para o laboratório que a Fundação Rockefeller mantinha no campus de Manguinhos, destinado à produção de vacina contra a febre amarela. Fez parte do grupo pioneiro de Carlos Chagas, Arthur Neiva, Lauro Travassos, Henrique Aragão, entre outros.

Em colaboração com outros cientistas de renome como Miguel Osório e Mário Vianna Dias, destacou-se na área de fisiologia. A sua pesquisa de livre-docência, de 1948, tratou das convulsões experimentais. Foi professor dos cursos de bioquímica e hematologia. Passou a integrar o quadro permanente da Instituição por meio de concurso realizado em 1941, e mais tarde, chefiou a Seção de Farmacodinâmica, até 1958, e a de Fisiologia, até 1964.

Além do reconhecimento internacional e dos inúmeros prêmios (leia matéria na página 28), o que mais o professor Moussatché conquistou ao longo

da sua carreira foi a admiração e o carinho dos que conviveram com ele, um “humanista romântico e empreendedor”, como o descreveu Paulo Gadelha, presidente da Fiocruz.

“Moussatché era um dos mais destacados cientistas da instituição. Reunia qualidades únicas de excelência científica e era um formador de escolas no país e fora dele. A sua pesquisa, a sua atividade científica, sempre tiveram como projeto e compromisso a qualidade de vida das pessoas. Tinha um posicionamento crítico e político de extrema lucidez e um trato com as pessoas que era a um só momento firme e de grande ternura e acolhimento”, relembra Gadelha, que conheceu o cientista e participou de uma longa entrevista de resgate da trajetória do pesquisador entre dezembro de 1985 e janeiro de 1986, após a reintegração de Haity — ele fora cassado pela ditadura militar — ao país e à Fiocruz.

Lembrado como de personalidade amável e acolhedora, e muito apaixonado pelo que fazia e pela instituição, até os dias atuais Haity arranca expressões de admiração de quem o conheceu. “Era uma

“O Professor Haity Moussatché foi e ainda é um grande ídolo inspirador para mim e muitos da minha geração. Foi um privilégio poder conviver com ele nos espaços do Departamento de Fisiologia e Farmacodinâmica, naqueles que foram os últimos dez anos de sua brilhante carreira científica. O seu entusiasmo com as ciências biomédicas e, sobretudo, a sua dedicação ao trabalho na bancada, apesar da idade já avançada, eram contagiantes e um exemplo fantástico para todos nós. O Professor Haity era sim um ser humano muito especial, e ficará para sempre na memória e na história do nosso departamento e do nosso instituto”.

Marco Aurélio Martins, pesquisador titular e Chefe do Laboratório de Inflamação (IOC/Fiocruz)

figura incrível. Quando estava com 70 anos, tinha projetos para os cinco, dez anos seguintes. Quando estava com 80 anos, continuava tendo projetos para mais anos à frente”, lembrou a cientista social Wanda Hamilton, pesquisadora da COC. Ao lado de Gadelha, ela entrevistou Haity pouco depois do seu regresso ao Brasil, e escreveu sobre o exílio do pesquisador após o episódio conhecido como Massacre de Manguinhos (ver *Radis* 120).

A CASSAÇÃO

Após o golpe de 1964, as questões políticas motivaram perseguições a acadêmicos e cientistas e prejudicaram o andamento de muitas carreiras. Moussatché foi um deles. Respondeu a inquérito policial-militar e, em 1970, quando a ditadura se acirrou, ele e outros eminentes pesquisadores tiveram os seus direitos políticos cassados e foram aposentados compulsoriamente pelo Ato Institucional nº 5 (AI-5). “Ele já era um imigrante e se vê naquele momento desenraizado novamente pela brutalidade

da cassação”, comentou Gadelha.

Impedido de trabalhar no Brasil, em 1971, Haity deixou o país e foi acolhido pela recém-criada Universidade Centro-Occidental Lisandro Alvarado, na cidade venezuelana de Barquisimetro, onde continuou sua trajetória como pesquisador. Inicialmente, Haity planejara permanecer apenas um ano na Venezuela, de onde seguiria para a Inglaterra, onde tinha convite para desenvolver seus trabalhos. “Acabou se apaixonando por seus estudos e ficando por lá durante 16 anos”, contou sua primeira esposa, Anna Moussatché, em reportagem em homenagem ao pesquisador.

Começou em 1971 como professor contratado, responsável pela docência em fisiologia e farmacologia. No ano seguinte, era chefe da unidade de pesquisa em ciências fisiológicas da Escola de Veterinária. Em 1975, tornou-se professor titular e, até 1985, exerceu a presidência do Consejo Asesor de Investigación y Servicios (Cadis). Desenvolveu investigações farmacológicas, fez estudos sobre hepatopatias e iniciou experimentos visando esclarecer o mecanismo de resistência que certos marsupiais

Currículo extenso

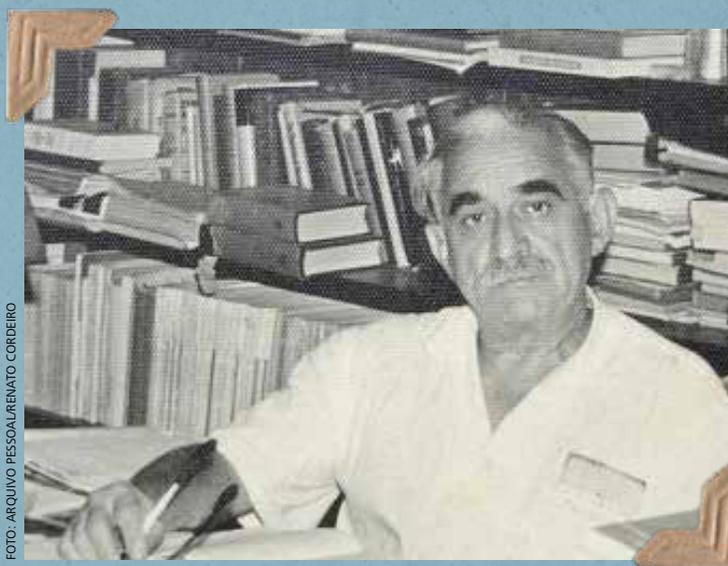


FOTO: ARQUIVO PESSOAL/RENATO CORDEIRO

Haity participou ativamente de movimentos de desenvolvimento de instituições científicas, como a SBPC e a Universidade de Brasília

Entre muitos temas e objetos de pesquisas, Haity Moussatché desenvolveu estudos sobre a reação anafilática em animais de laboratório, propriedades farmacológicas de frações de venenos de serpentes. Estudou também as propriedades medicinais de substâncias extraídas de plantas nativas e destacou-se, sobretudo, pelo estudo dos mediadores químicos na transmissão do impulso nervoso. Seus trabalhos sobre os choques anafilático e peptônico tiveram repercussão internacional, e o cientista foi autor de um capítulo clássico sobre o tema na renomada publicação científica *Handbook of Experimental Pharmacology*, de 1966.

Haity não era conhecido como um pesquisador que se isolasse no laboratório. Participou intensamente dos movimentos e negociações para fortalecer o desenvolvimento das instituições científicas

no país. Foi um dos fundadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em 1948. A convite do antropólogo Darcy Ribeiro, integrou a comissão que planejou a Universidade de Brasília (UnB), em 1959 e 1960.

Ao longo de sua vida, o fisiologista e farmacologista publicou e apresentou mais de duzentos trabalhos. Foi membro fundador e participou de outras diversas sociedades nacionais e estrangeiras, como a Sociedade de Biologia do Brasil, a Associação Venezuelana para o Progresso da Ciência e a Academia de Ciências da América Latina. Fez parte dos conselhos científicos da *Revista Brasileira de Biologia* (1953) e da *Acta Fisiológica Latino-Americana* (1955).

Fundou também a International Society of Toxicology e a Sociedade de Biologia do Brasil; foi membro da Academia Brasileira de Ciências, da Academia de Ciências de Nova Iorque, da Federação Mundial de Trabalhadores Científicos, da Associação Venezuelana para o Progresso da Ciência e da Associação para Criação do Parlamento Mundial.

Recebeu ao longo da carreira diversos prêmios, como a Ordem Nacional do Mérito Científico, na classe Grã-Cruz (1993), e o Golfinho de Ouro do Governo do Estado do Rio de Janeiro (1986). Colaborou e foi amigo de eminentes cientistas, como Maurício Rocha e Silva, José Leite Lopes, Mário Schenberg, Ivan Izquierdo, Michel Rabinovich, Walter Osvaldo Cruz, Sergio Arouca, Warwick Kerr e Darcy Ribeiro.

Defendia a ciência de maneira integral, sem distinção. Nas suas palavras, “diferenciar a pesquisa básica da pesquisa aplicada é pura invenção de gente que não sabe o que é ciência... O que é hoje ciência básica amanhã é aplicada e vice-versa. A metodologia é a mesma, podem conviver”.

(o gambá, por exemplo) apresentavam ao veneno da *Bothrops jararaca*.

O RETORNO

Ao retornar ao Brasil, em 1985, na gestão de Sergio Arouca na Fiocruz, foi convidado a reorganizar o Departamento de Fisiologia e Farmacodinâmica, uma das áreas da instituição que tinham ficado esvaziadas durante o regime militar. Em 1986, aos 76 anos, Moussatché reassume seu lugar junto com outros cientistas banidos pela ditadura. Retoma então o estudo que vinha desenvolvendo na Venezuela sobre veneno de cobras, com objetivo de obter soro antiofídico mais eficiente.

O retorno de Haity e dos outros cassados à Fiocruz foi marcado por uma cerimônia emocionante e muito significativa em termos históricos: "Sua volta se deu em um contexto de grande entusiasmo e resgate, como parte de um dos atos de maior simbolismo na história da instituição. Um ato que marcou a redemocratização, tanto pelo simbolismo político como pela possibilidade de ele voltar a fazer o seu

trabalho na instituição, que havia sido interrompido, a atividade que lhe dava mais prazer. Foi o retorno de um vitorioso", rememorou Gadelha à *Radis*, descrevendo o pesquisador como um "otimista".

Seus últimos trabalhos versaram sobre uma glicoproteína isolada de gambá, que tem atividade protetora contra o veneno de cobras da espécie *Bothrops jararaca*. Haity faleceu de câncer em julho de 1998, aos 88 anos. Deixou dois filhos do primeiro casamento, Anna Helena e Mendel, e sua segunda esposa, Cadem Moussatché.

Em dezembro de 2015, a família doou à Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) o arquivo pessoal do pesquisador, que reúne documentos e fotografias, placas e medalhas, slides e imagens em VHS. Um testemunho da carreira construída por Haity no Brasil e no exterior, já que inclui cartas que ele escreveu no período em que esteve exilado na Venezuela. "Haity Moussatché viveu aqui e vai renascer aqui dentro. As pessoas que se dedicam à ciência não podem deixar de saber o que aconteceu com os cassados do Rio de Janeiro", declarou a filha Anna Helena, na entrega do acervo. 

"É muito difícil falar de Haity Moussatché sem me emocionar. Vim [da Venezuela] para trabalhar no seu departamento, na época o de Fisiologia e Farmacodinâmica. Ele era uma pessoa diferente. Um exemplo de dedicação ao trabalho. E de trabalho por amor. Costumava dizer: 'se você considera isso um ponto de vista científico, é difícil alcançá-lo. Ele se considerava feliz por fazer o que gostava. Do muito de artes incluindo a música clássica. [Sobre a cassação e o retorno ao país após a redemocratização] Nunca teve ânimo de vingança. Nunca o ouvi fazer um comentário negativo. Foi muito ruim para o Brasil, mas muito bom para a Venezuela. Não dá para acreditar que o país deixou de fora por anos uma pessoa como ele, com tantas qualidades para ensinar".

Jonas Perales, pesquisador titular, chefe do Laboratório de Toxinologia (IOC/Fiocruz)



FOTO: COLEÇÃO HAITY MOUSSATCHÉ/COC

SAIBA MAIS

- Ciência e Resistência — Haity Moussatché: um otimista inveterado. Entrevista concedida a Paulo Gadelha e Wanda Hamilton. Cadernos de Saúde Pública, volume 3, nº 1, 1987. Disponível em <http://goo.gl/cKHrbi>
- "Massacre de Mangui-nhos: crônica de uma morte anunciada". Artigo de Wanda Hamilton publicado no Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz, volume 1, nº 1, 1989. Disponível em <http://goo.gl/f4lz2N>
- "Haity Moussatché: homenagem ao guerreiro da ciência brasileira", História, Ciências, Saúde: Mangui-nhos – julho-out 1998, págs de 443 a 488
- "O massacre de Mangui-nhos", livro de Herman Lent. Coleção Depoimentos. Avenir Editora, 1978
- Revista Radis, edição número 120, agosto de 2012: "Um resgate do massacre de Mangui-nhos"

Premiado no Brasil e no exterior, Moussatché foi um dos fundadores da International Society of Toxicology e da Sociedade de Biologia do Brasil

Comunicação sem alarde

Jornalistas e pesquisadores discutem desafios de informar com credibilidade e agilidade

Liseane Morosini

O papel e a responsabilidade da mídia, a cobertura de casos de saúde pública e a qualidade das informações divulgadas por jornalistas e autoridades sanitárias em relação a doenças emergentes estiveram no centro dos debates do seminário *Relações da saúde pública com a imprensa*, promovido pela Fiocruz em Brasília, em novembro de 2015. Em sua quarta edição, o seminário focou as discussões na cobertura dos casos de dengue, chikungunya, zika e ebola, doenças que estão sob foco permanente da imprensa. Jornalistas e profissionais da saúde participantes do evento avaliaram que uma “ruptura” promovida pela web mudou o modo como a notícia é produzida, trazendo impactos para a cobertura jornalística, incluindo as matérias de saúde. “A imprensa,

de certa maneira, tinha o monopólio do saber noticioso. Com as redes sociais, o conteúdo foi fragmentado e redistribuído, levando à perda de protocolos na apuração e edição do jornalismo”, afirmou a jornalista Ângela Pimenta, do Observatório da Imprensa e do Instituto para o Desenvolvimento do Jornalismo (Projor), moderadora do painel “Ebola: o papel e a responsabilidade da mídia”.

Ângela questionou a capacidade atual de a mídia capacitar jornalistas para tratar de temas de interesse, como os da saúde pública, num cenário que descreveu como “tempestade de notícias e não notícias que esguicham de tablets e celulares diariamente”. Para ela, há uma “crise econômica e existencial” que afeta o jornalismo no mundo todo, criando dificuldades para que os jornalistas produzam com rapidez e mantenham um padrão de qualidade. Ângela afirmou que a situação ficou mais crítica com o elevado número de demissões nos veículos de comunicação. A partir de dados do levantamento *A Conta dos Passaralhos — Um panorama sobre demissões de jornalistas nas redações do Brasil desde 2012*, feito pelo jornalista Sérgio Spagnuol, a jornalista destacou que, em pouco mais de três anos, entre 2012 e junho de 2015, pelo menos 1.084 profissionais foram demitidos em cerca de 50 redações brasileiras.

À frente de uma equipe de 19 repórteres das editorias *Política* e *Brasil* do jornal *Correio Braziliense* — onde são publicadas as matérias sobre saúde

— a subeditora Natália Lambert também destacou o impacto da perda de profissionais especializados. “É difícil atender aos prazos cada vez mais rápidos de produção da notícia. O grande desafio diário é passar a informação de modo sério e correto e de forma rápida”, disse. Para driblar as dificuldades, ela considera essencial que se façam parcerias com as fontes de informação e as assessorias de imprensa, de modo que a produção de notícias não perca a qualidade. Natália considera que a área de saúde exige do repórter uma abordagem mais cuidadosa: “Temos que equilibrar as notícias sobre doenças e surtos para que informem sem provocar alarde”, disse, lembrando que também é papel dos jornalistas fornecer serviço ao seu público. No caso da dengue, a jornalista indicou que é importante que a sociedade receba informações precisas, já que tem participação direta no controle da doença.

Valéria Mendonça, professora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), chamou atenção para um descompasso entre a produção e o consumo de notícias: de um lado, há uma exigência da sociedade para que a mídia informe sobre tudo; de outro, há dificuldade para que o público assimile todas as informações. A professora lembrou que, a cada 60 segundos, trafegam pela internet 138,8 milhões de e-mails, são realizados 2,66 milhões de buscas no *Google*, postados 433 mil *tweets* e vistos 5 milhões de vídeos no *YouTube*. Para ela, esse quadro é alarmante. “Ebola é importante, mas vou falar de infodemia”, advertiu. Ela definiu “infodemia” como uma explosão de informações, oriundas de fontes diversas, que mantém as pessoas aterrorizadas e encontram no setor saúde o seu “prato preferido”. “O que difere o remédio do veneno é a dose aplicada”, alertou Valéria, criticando a “cobertura seletiva” que privilegia alguns assuntos em detrimento de outros. Ela usou como exemplo as inúmeras mortes provocadas diariamente por acidentes de trânsito, que segundo sua análise permanecem invisíveis para a mídia.

PRECISÃO E CREDIBILIDADE

José Cerbino, vice-diretor do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (Ini/Fiocruz), incluiu no debate a cobertura do caso do primeiro paciente com suspeita de ebola, em outubro de 2014. Avaliando o caso, ele observou que as autoridades sanitárias se preocuparam em concentrar a divulgação de informações para a mídia tradicional, com a certeza de que teriam maior alcance, negligenciando o “imediatismo” das redes sociais. Para ele, canais



Valéria Mendonça: “infodemia” como explosão de informações que mantém as pessoas aterrorizadas

FOTO: REPRODUÇÃO

como o *YouTube* alcançam grande número de pessoas e devem ser mais explorados em situações como essa. Cerbino também orientou ser fundamental que os dados transmitidos pelos pesquisadores sejam claros. “O pesquisador é treinado para lidar com incertezas”, justificou, defendendo, por exemplo, uma leitura crítica de artigos científicos, para que se evitem deduções equivocadas. Ele lembrou um caso em que a imprensa divulgou como alta a possibilidade de o vírus ebola ser transmitido pelas vias aéreas — apesar de o artigo científico indicar essa probabilidade como baixa. Cerbino considera que, nas emergências de saúde pública, o jornalista deve divulgar informações precisas e atuar como intermediário entre o público, as autoridades e os especialistas, além de monitorar o desempenho das instituições responsáveis pela resposta às emergências. “O jornalista tem a função de traduzir o conteúdo de forma mais palatável para o público. Não dá para esperar que só o especialista faça essa tradução”, defendeu.

Para Camila Rabelo, coordenadora de redação do Ministério da Saúde, o pânico diante do desconhecido exige uma resposta rápida da autoridade sanitária. “Não dá para esconder qualquer informação. Nossa comunicação tem que ser rápida, para que o alarde não cresça”, sinalizou. Ela citou o caso da ameaça pelo vírus ebola, em 2014, quando a primeira medida do Ministério da Saúde foi colocar um porta-voz para orientar a imprensa. Segundo ela, sua função era explicar riscos e desafios, para que os profissionais tivessem uma visão mais ampla do problema. Camila também considerou importante, em casos de saúde pública, assegurar credibilidade à informação. Neste mesmo caso envolvendo o ebola, ela contou que a estratégia do Ministério foi se alinhar às secretarias de saúde e a outras organizações. “Tivemos que lidar com redes e com boatos que chegavam pelo celular”, disse, lembrando que um dos instrumentos utilizados foi a criação de uma *hashtag* [palavra-chave representada nas redes sociais pelo ícone *cerquilha*], “#esclareceMS”, onde o ministério tirava as dúvidas da população. “Esta experiência foi um aprendizado para a equipe”, avaliou Camila, revelando que, naquela crise, o mais difícil foi comunicar sem promover alarde. “Desde o início, a informação foi transparente. Tivemos que mostrar que havia preparo, sem minimizar o risco”, definiu.

“INFORMAÇÃO PROTEGE”

No segundo painel, que discutiu a emergência das epidemias de chikungunya, dengue e zika, a jornalista Lígia Formenti, do *Estado de S. Paulo*, observou que houve uma mudança na cobertura da dengue, avaliando que a doença tem espaço na pauta o ano inteiro — e não somente nos chamados “picos epidêmicos”. Ela considera que, nos últimos anos, a cobertura da dengue se pautou pela contagem de casos, mas acredita que deve ir além. “Em todos os ciclos, vemos que a população é responsabilizada e os reservatórios de água são apontados

como vilões”, afirmou, considerando que este é um bom momento para os jornalistas abordarem a falta de saneamento e de abastecimento de água. “É hora de ir além de pensar ‘cuide do seu vaso’ e ‘não tenha bromélia em casa’”, recomendou.

Para o publicitário Bruno Botafogo, ex-assessor de publicidade do Ministério da Saúde, é preciso estar atento à velocidade imposta pela internet, que não somente fez com que as informações trafeguem de maneira extremamente rápida, como também transformou todas as pessoas em “difusoras de informações”. Bruno acredita ser necessário pensar em comunicação integrada para acompanhar essa velocidade, principalmente quando se trata de saúde. “A informação é saúde e protege”, defendeu, lembrando estratégias de comunicação deflagradas a partir de dados provenientes do Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAa), como a panfletagem realizada em sinais de trânsito em áreas com alta infestação do mosquito vetor.

O epidemiologista Rivaldo Venâncio, diretor da Fiocruz Mato Grosso do Sul, narrou a “crônica de uma epidemia anunciada”. Segundo ele, desde 2010 já havia a sinalização de uma provável emergência de saúde pública; em 2013 a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) informou sobre a circulação autóctone do vírus do chikungunya nas Américas. Contudo, em sua avaliação, o risco da doença, presente na região do Caribe, foi colocado em segundo plano frente ao risco do ebola, que estava na África. “Em 32 anos de formado não esperava ver uma situação tão grave quanto essa”, advertiu, definindo a magnitude do problema. Segundo ele, 1,7 milhão de casos foram notificados em mais de 40 países. “Chikungunya é uma questão de tempo. Temos de nos preparar para um cenário que tende a se agravar”, alertou. Ele avaliou que há um equívoco das autoridades sanitárias e da mídia quando se referem à chikungunya como febre. “No imaginário da população, estamos falando de febre quando a marca da doença são as dores articulares intensas decorrentes das inflamações”, disse. Da mesma forma, de acordo com ele, é possível perceber que nem sempre o vírus zika se apresenta de maneira benigna e pode trazer complicações. “O desconhecimento das doenças por parte da população e dos profissionais de saúde e a dificuldade de realização do diagnóstico laboratorial são desafios que enfrentamos ainda. É preciso dar a devida importância”, ressaltou.

Gerson Penna, diretor da Fiocruz Brasília, afirmou que o enfrentamento das doenças é um desafio para a humanidade e para a comunidade científica tecnológica, não apenas para o governo. “A tecnologia nos proporciona uma maior velocidade na propagação das informações. O que conseguimos prevenir com essa velocidade? Estamos preparados?”, questionou. 

SAIBA MAIS

- A Conta dos Passaralhos — Um panorama sobre demissões de jornalistas nas redações do Brasil desde 2012 - <http://passaralhos.voltdata.info/>

José Cerbino cobra clareza do pesquisador para se comunicar com a sociedade



GAAMES

PARA AS DOENÇAS

Jogos eletrônicos podem auxiliar processo de conscientização e prevenção na área da saúde

Laís Jannuzzi*

A dificuldade de diálogo entre instituições científicas e gerações mais jovens compromete práticas sanitárias e até mesmo a compreensão sobre saúde. Aproximar as informações produzidas sobre prevenção e promoção da saúde do universo dos games pode estimular o debate público e a familiarização com temas relacionados à saúde, assim como auxiliar na conscientização de crianças, jovens e adultos para a adoção de hábitos mais saudáveis, assim como para o enfrentamento de muitas doenças.

Uma destas iniciativas é o game *Re-mission 2*, que vem se tornando popular entre jovens que vêm lutando contra o câncer. Na narrativa, o jogador tem a possibilidade de combater o câncer “cara a cara” com a ajuda do pequeno robô Roxxi — e compreender o processo de quimioterapia e os efeitos do tratamento no corpo humano. Os produtores do jogo apostam que com o conhecimento adquirido pela prática do jogo, pacientes com câncer respondem melhor ao tratamento e à necessidade de continuar os procedimentos médicos, já que compreendem melhor o que está acontecendo em seus próprios corpos.

Já o game *That Dragon, Cancer* possibilita a experiência de uma jornada familiar contra a doença, ao mostrar a experiência da família Green. Em um ambiente em três dimensões, o jogo oferece reflexões sobre vida, morte, fé, esperança e perdão — temas pouco comuns no universo dos videogames.

No Brasil também há iniciativas interessantes, como os games *Contra a Dengue: o jogo* e *Acesso aberto*. O primeiro, criado pelo estudante de informática Renan Felipe Sousa, busca conscientizar crianças sobre a formação dos focos da doença e orientar sobre o que fazer para impedir a sua criação. Aluno do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA), campus de Altamira, no

Pará, Renan criou um avatar que carrega um pulverizador para acabar com os mosquitos e recolher as garrafas, pneus e vasos com água acumulada. Após cada fase concluída, uma mensagem sobre o que fazer com o material recolhido aparece na tela. O sucesso da iniciativa fez com que a Secretaria de Saúde de Altamira estudasse a possibilidade de usar o software nas escolas de ensino fundamental.

Já o *Jogo do acesso aberto* é produto do projeto *Jogo digital para comunicação em saúde*, coordenado pelo designer gráfico Marcelo Vasconcellos, pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), idealizado por ele os designers Flávia de Carvalho e Juan Puppim Monteiro (também do Icict). O *News game* (jogo mais simples, que funciona como um complemento textual) foi criado “de forma a despertar interesse também do público leigo, a fim de que possa conhecer mais sobre esta questão tão importante, mas que para grande parte da população não é muito palpável”, disse Marcelo ao site do Icict, explicando que o jogo aborda os problemas sobre a dificuldade em acessar conteúdos acadêmicos da saúde. “O Acesso Aberto é importante, principalmente na Saúde, onde literalmente contribui para salvar vidas”, justificou o pesquisador, no lançamento do projeto.

LUDIFICAÇÃO

Em geral, a lógica dos games segue uma rotina básica, onde o jogador deve executar tarefas e cumprir metas alcançar um objetivo final, trajetória semelhante a muitos aspectos da vida real. A diferença é que no mundo dos games os problemas se apresentam de modo divertido ao jogador. Foi a partir dessa semelhança que pesquisadores começaram a extrair elementos dos jogos e inserí-los em sistemas que não foram desenvolvidos para entreter — um processo chamado de *gamification* ou ludificação. No campo da saúde, a estratégia vem

QUEER

sendo utilizada em aplicativos que ajudam o próprio usuário a monitorar, incentivar e melhorar seus hábitos. Desde a qualidade do sono até o desempenho físico durante uma corrida, a interface dos games parece facilitar práticas que favorecem um cuidado maior com o corpo e a mente. Um exemplo disso é o site *Acubens – Museu do Câncer*, onde a saúde assume um caráter mais dinâmico e é abordada a partir de pequenos testes, vídeos e news games. Com estas ferramentas, busca esclarecer os fatores de risco sobre a doença e incentivar a adoção de um estilo de vida mais saudável, a partir de informações produzidas pelo Núcleo de Divulgação de Oncobiologia do Programa Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão na Biologia do Câncer (Programa de Oncobiologia) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

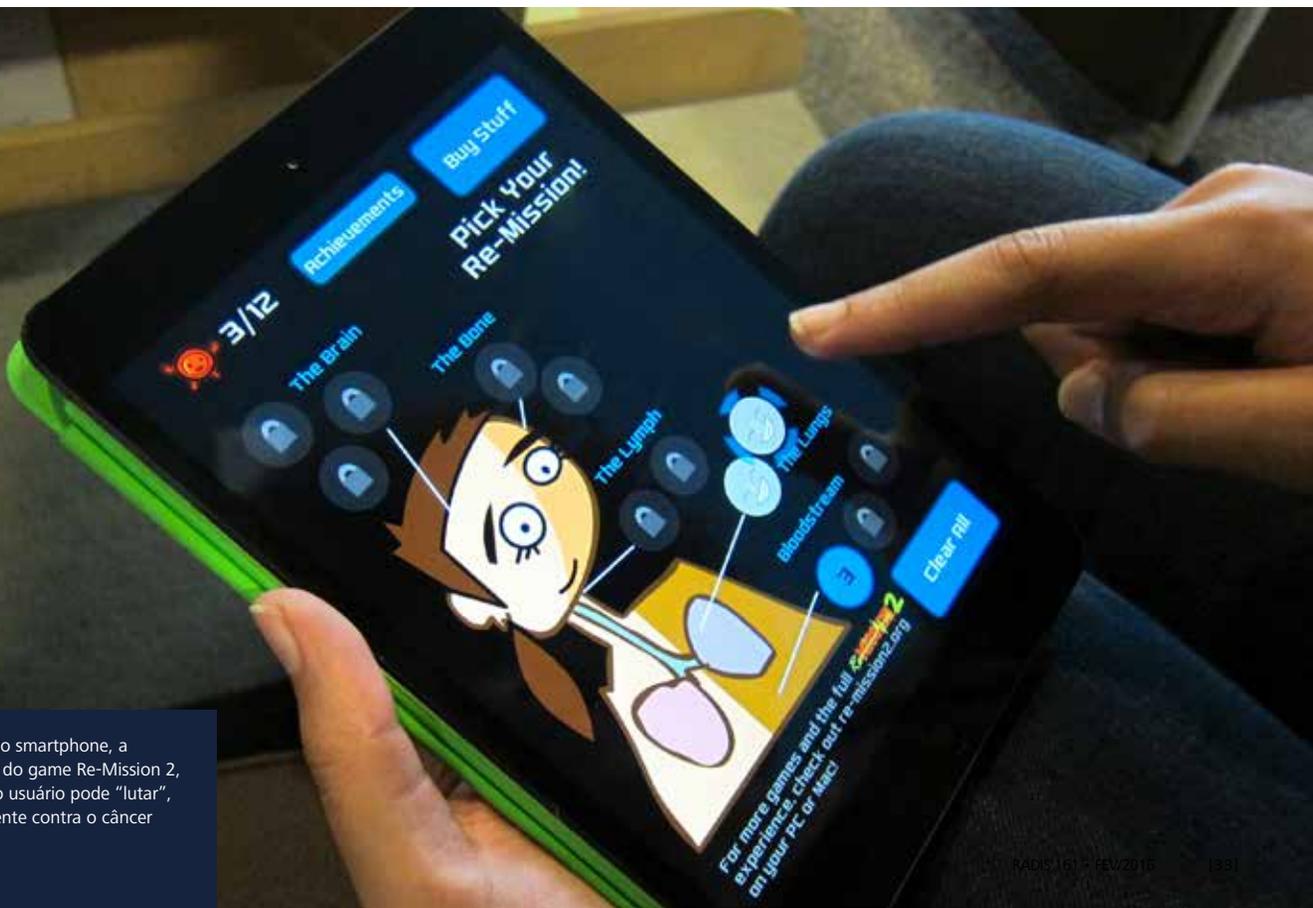
Outra iniciativa é o site *CogCubed* (www.cogcubed.com), que auxilia no diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção. As crianças são estimuladas a identificarem na tela personagens, utilizando um martelo virtual. O jogo foi desenvolvido por uma médica e um cientista da computação e apresentou resultado de 80% de acerto no diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção, segundo o médico Fernando Carbonieri, no site Academia Médica. “Não será melhor para crianças e adultos terem problemas médicos diagnosticados através de jogos ao invés de questionários? Quem de fato gosta de responder questionários com mais de 40 perguntas?”, questionou o profissional. 

*Estágio supervisionado

SAIBA MAIS:

- <http://acubens.com.br/>
- <https://www.scirra.com/arcade/adventure-games/contra-a-dengue-o-jogo-4143>
- <http://www.icict.fiocruz.br/content/jogo-do-acesso-aberto>
- <http://www.re-mission.net/>
- <http://www.thatdragon-cancer.com/#home>
- <http://www.livrogamification.com.br/>

FOTO: REPRODUÇÃO



Na tela do smartphone, a interface do game Re-Mission 2, no qual o usuário pode “lutar”, virtualmente contra o câncer

PUBLICAÇÕES

Cidadania e saúde

Estão disponíveis para download gratuito os 10 volumes da série **Cidadania para a Saúde: Temas fundamentais para a Reforma Sanitária** (Cebes, 2015). São livros digitais (com vídeos aulas) que discutem temas diversos, partindo do olhar de especialistas, como *A Reforma Sanitária Brasileira e o Cebes*, por Jairnilson Paim, *Capitalismo e Saúde*, por Roberto Passos Nogueira e Rogério Miranda Gomes, *Questão Agrária e Saúde*, por Guilherme Delgado e *Desenvolvimento, Trabalho, Saúde e Meio Ambiente*, por Anamaria Tambellini e Ary Carvalho de Miranda. A série pode ser acessada no link <http://goo.gl/9VhRr6>



Vacinas em destaque

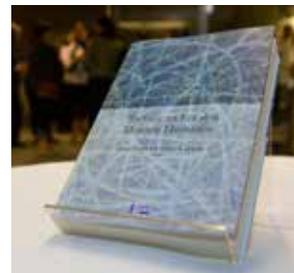


A edição de dezembro da revista **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz** tem como destaque três artigos sobre vacinas. Em um deles, pesquisadores da Universidade Stony Brook, nos Estados Unidos, discutem estratégias para o desenvolvimento de imunizantes contra infecções causadas por fungos. Os autores defendem que as doenças provocadas por estes micro-organismos são cada vez mais relevantes, principalmente em indivíduos com

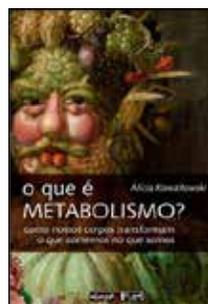
baixa imunidade, e abordam características da resposta imune às infecções fúngicas. O texto também destaca avanços recentes nas pesquisas em busca de vacinas e enumera estudos relacionados a diversos patógenos.

Tortura e direitos humanos

Resultado de um seminário do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (Nev-Usp), o livro **Tortura na era dos Direitos Humanos** (Edusp, 2014), organizado por Nancy Cardia e Roberta Astolfi, foi o terceiro colocado na categoria Ciências Humanas do prêmio Jabuti de 2015. A obra denuncia que, apesar da prática da tortura ser considerada inaceitável, seu uso ainda não foi abolido em vários lugares do mundo, principalmente com a priorização à guerra contra o terror após os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001 nos Estados Unidos. A obra tem o objetivo de promover amplo debate sobre essa grave violação aos direitos humanos.



Segredos do metabolismo



A ideia da pesquisadora Alicia Kowaltowski, ao escrever **O que é metabolismo? Como nossos corpos transformam o que comemos no que somos** (Oficina de textos, 2015) é ajudar a população no enfrentamento de doenças metabólicas, como obesidade e diabetes, e na adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. O livro discute, entre outras questões, por que certas pessoas parecem ter mais facilidade para engordar e qual a eficácia de dietas, suplementos

nutricionais e antioxidantes. Para a autora, muitas respostas divulgadas sobre metabolismo carecem de fundamentação científica. "Muita gente culpa o metabolismo por muita coisa, mas não sabe exatamente do que se trata", justifica.

EVENTOS



5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental

Organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental

(Abrasme), o evento tem como tema *Juntos nas diferenças: sonhos, lutas e mobilização social pela reforma psiquiátrica* e propõe uma retomada da mobilização social para concretização da Reforma Psiquiátrica. A ideia é promover um modelo de atenção e cuidado humanizado, em liberdade, no território, fundado nos princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental. Na programação, já estão previstos um simpósio internacional sobre recovery e atenção psicossocial e sessões da International School Franca & Franco Basaglia.

Data 26 a 28 de maio

Local Campus Indianópolis da Unip, São Paulo, SP

Info www.congresso2016.abrasme.org.br/



6º Seminário Educação, Relações Raciais e Multiculturalismo (SEREM)

A partir do tema "Diversidade, Igualdade e Democracia: Os desafios do Brasil contemporâneo", o evento, que é organizado pelo Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros da

Universidade do Estado de Santa Catarina (Neab/Udesc) e tem a coordenação de Paulino de Jesus Francisco Cardoso e Claudia Mortari tem em sua programação conferências, mesas redondas, comunicações orais e apresentações culturais. Entre os eixos temáticos estão discussões sobre educação das relações étnico-raciais, feminismo, ações afirmativas, estudos ciganos, educação indígena, racismo ambiental e quilombolas.

Data 2 a 5 de maio

Local Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Info <http://goo.gl/AqiB85> e (48) 3321-8525

OS PERIGOS DOS LARVICIDAS E DO FUMACÊ

Nós, sanitaristas e pesquisadores da Saúde Coletiva que atuamos no GTs de Saúde e Ambiente, Saúde do Trabalhador e de Vigilância Sanitária da Abrasco vimos a público porque temos o dever de elaborar reflexões, questionamentos e fazer proposições que possam orientar as políticas públicas na intervenção preventiva frente à epidemia de microcefalia. Dentre os eventos sanitários clinicamente visíveis, este talvez seja um dos mais importantes pós-Segunda Guerra Mundial.

Foi decisão do Ministério da Saúde (MS) imputar a associação da epidemia de microcefalia à infecção materno-fetal pelo vírus da Zika. Diante da inusitada incidência, foi determinado o Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, desencadeando a intensificação do controle do *Aedes aegypti* pelos mesmos métodos ineficazes e perigosos utilizados há 40 anos.

Observa-se que a distribuição espacial por local de moradia das mães dos recém-nascidos com microcefalia (ou suspeitos) é maior nas áreas mais pobres, com urbanização precária e com saneamento ambiental inadequado. Nestas áreas, o provimento de água de forma irregular ou intermitente leva essas populações ao armazenamento domiciliar inseguro de água, condição muito favorável para a reprodução do *Aedes aegypti*.

Apesar das razões e incertezas que estão na determinação da ocorrência da epidemia de microcefalia, o caminho para o que se chama de “enfrentamento” foi o de intensificar o “combate” ao mosquito. Chamamos a atenção da sociedade para esta questão: por quais razões, apesar de todos os indicadores de ineficácia, o MS continua a utilizar a mesma abordagem para o controle do mosquito transmissor do vírus da dengue, doença cuja transmissão depende também de outros elementos e condições.

É preciso também problematizar o uso de produtos químicos numa escala que desconsidera as vulnerabilidades biológicas e socioambientais de pessoas e comunidades. O consumo de tais substâncias pela Saúde Pública só interessa aos seus produtores e comerciantes desses venenos. São insumos produzidos por um cartel de negócios muito lucrativo, que atua em todo o mundo e que, mesmo com evidências dos riscos provocados pelos organofosforados e piretroides, dos quais se conhecem tantos efeitos deletérios têm tido o apoio de agências internacionais de Saúde Pública, como o Fundo Rotatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma simples consulta às fichas de segurança química de tais produtos entregues pelas empresas aos órgãos de Saúde Pública mostra que esses produtos, a exemplo do Malathion, são neurotóxicos para o sistema nervoso central e periférico, além de provocarem náusea, vômito, diarreia, dificuldade respiratória e sintomas de fraqueza muscular, inclusive nas concentrações utilizadas no controle vetorial.

Os fornecedores são os mesmos cartéis de empresas produtoras de agrotóxicos que operam na agricultura, tornando-a também tóxica e químico-dependente. Esse modelo, pós-II Guerra Mundial, destacamos, impôs-se também para o controle das doenças vetoriais em Saúde Pública. Essa mesma lógica já está adotada para oferecer a solução mediante a transgenia e outras biotecnologias imprecisas, duvidosas e perigosas para os ecossistemas, focando a ação apenas no mosquito, sem levar em conta os efeitos em organismos não-alvo.

Frisamos o simplismo no trato da questão por parte do MS que reduz a causalidade da Dengue, da Zika e da Chikungunya, centrando as ações na tentativa de eliminar ou reduzir o vetor, o que deve ser substituído, insistimos, pela ação de medidas de cunho intersetoriais para intervir no contexto socioeconômico e ambiental. Visando eliminar o mosquito a ação orientada pelo MS acaba, também,

envenenando seres humanos. Mas isto não é reconhecido: ao contrário, há uma ocultação desses perigos. Este despreparo também leva a defender que a epidemia é um problema de Saúde Pública que justifica o uso do “fumacê”, mesmo com produtos químicos sabidamente tóxicos, como o Malathion, um verdadeiro contrassenso sanitário. Este produto é um agrotóxico organofosforado considerado pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) como potencialmente cancerígeno para os seres humanos.

Entendemos que aqui está a chave mestra para discutir porque o MS admite e defende esse modelo. Por trás disso estão a OMS e OPAS com o peso institucional de seus comitês de “pesticidas” que não dialogam com os comitês: ambiental, de saneamento e de promoção da saúde. Naqueles comitês internacionais, os que fazem a prescrição do uso e a regulação da compra dos insumos de controle vetorial para o mundo são imperiais. São tais organismos que convencem e dão o aval aos processos licitatórios dos governos nacionais. No Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, recentemente decretado pelo MS, conforme notícia a grande mídia, está sendo preconizado o uso de larvicida diretamente nos carros-pipas que distribuem água nas regiões do Agreste e Sertão do Nordeste. Alertamos que esta é a mais recente ameaça sanitária imposta pelo modelo químico dependente de controle vetorial.

Sem trocadilhos, chega-se assim, ao fundo do poço, em termos de falta de compreensão dos processos de determinação socioambiental e de cuidados na prevenção das doenças relacionadas aos vetores, aos quais se somam os interesses nacionais e internacionais estranhos às questões de saúde públicas e relacionadas às agendas de consumo dos agrotóxicos. Uma pergunta que não quer calar precisa ser aqui posta com total indignação: por que não foram priorizadas até agora as ações de saneamento ambiental, estratégia que parece ficar ainda mais distante? O que de fato está sendo feito para o abastecimento regular de água nas periferias das cidades? Como as pessoas podem proteger as águas reservadas para consumo? Por que apesar de muitas cidades terem coleta de lixo regular, ainda se observa uma quantidade enorme de lixo diariamente presente ambiente? E a drenagem urbana de águas pluviais? E o esgotamento sanitário?

Nós, sanitaristas e pesquisadores da Saúde Coletiva, reivindicamos das autoridades competentes a imediata revisão do modelo de controle vetorial. O foco deve ser a eliminação do criadouro e não o mosquito como centro da ação. Exigimos a suspensão do uso de produtos químicos e outros biocidas, com profundas mudanças na operacionalização do controle vetorial mediante a adoção de métodos mecânicos de limpeza e de saneamento ambiental. É necessário proteger a qualidade da água de beber e garantir sua potabilidade.

O amparo às famílias acometidas pelo surto de microcefalia deve ser dado mediante a uma política pública perene, e não transitória, com especial atenção pré-natal. Uma agenda de pesquisa deve ser proposta prevendo ampla oportunidade para que grupos interdisciplinares possam aportar novos conhecimentos em uma perspectiva transparente e participativa. Lembramos ainda que todas as medidas de controle vetorial devem ser realizadas com mobilização social no sentido da proteção da Saúde Pública, priorizando-se as medidas de saneamento ambiental, e orientadas pelos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. 

Carta elaborada pelos GTs de Saúde e Ambiente, de Saúde do Trabalhador, de Vigilância Sanitária e de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Abrasco a partir de nota técnica lançada em janeiro. Integra do documento: www.abrasco.org.br/



ATIVISMO FAZ BEM À SAÚDE



FOTO: CAROLINA NIEMEYER

RADIS

Jornalismo independente
fortalece o exercício da cidadania

www.facebook.com/RadisComunicacaoeSaude
www.ensp.fiocruz.br/radis