



Reação inesperada

Infectologista diz que a recusa à vacinação se tornou fenômeno das classes mais altas e intelectualizadas no Brasil

Bruno de Pierro | RETRATO Léo Ramos

IDADE 74 anos

ESPECIALIDADE

Infectologia

FORMAÇÃO

Graduação na Faculdade de Medicina de Sorocaba (PUC) e doutorado em Medicina na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Autor de mais de 100 artigos científicos; escreveu ou organizou cerca de 40 livros

Aos 74 anos de idade, o infectologista paulista Guido Carlos Levi dedica parte do seu tempo a esclarecer dúvidas de pessoas que ainda desconfiam dos benefícios das vacinas. Na semana em que recebeu a reportagem em seu consultório na capital paulista, teve de convencer a duras penas uma mulher de 85 anos, que jamais havia sido vacinada, a se imunizar contra a gripe a fim de evitar o vírus H1N1. Ela estava acompanhada do marido, que recorreu ao médico na esperança de que ela mudasse de ideia. Referindo-se a vacinas como um “veneno sujo”, a mulher finalmente capitulou ante as explicações de Levi. “Contei a ela que, graças às vacinas, foi possível erradicar doenças como a varíola, que matou milhões de pessoas na Europa e nas Américas”, diz. A rejeição às vacinas é tema do livro *Recusa de vacinas – Causas e consequências*, publicado por Levi em 2013. Historicamente associada a populações pouco esclarecidas, a resistência mudou de perfil e hoje se tornou um fenômeno das classes sociais mais altas, segundo o médico. “Trata-se da população que tem mais acesso a tratamentos alternativos, como a homeopatia ou a medicina antroposófica, que muitas vezes não recomendam a vacinação.”

Doutor em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), onde lecionou na Faculdade de Ciências Mé-

dicas, Levi é membro do comitê técnico do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, estabelecido em 1973. “O programa é referência internacional. A cobertura vacinal no Brasil é, em média, superior a 95%, com doses disponibilizadas gratuitamente em mais de 35 mil postos da rede pública”, conta. Na gestão pública, dirigiu o Instituto de Infectologia Emílio Ribas entre 1995 e 2001. É diretor da Sociedade Brasileira de Imunizações e um dos fundadores da Cedipi, em São Paulo, uma clínica particular estabelecida em 1972 que oferece vacinas, algumas das quais ainda não disponíveis na rede pública, como a de herpes-zóster. Na entrevista a seguir, Levi fala do problema da recusa às vacinas na população e de pesquisas em torno de novas imunizações.

Como surgiu seu interesse por vacinas?

Fiz residência no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo na década de 1960 e lá participei de uma iniciativa a convite do professor Vicente Amato Neto. Tratava-se de um trabalho voluntário em comunidades carentes na serra do Mar, que não tinham acesso a saneamento básico. Eram milhares de pessoas com doenças que podiam ser tratadas com medicamentos simples para combater parasitas. Outras moléstias podiam ser evitadas por meio da vacinação. Montamos clínicas ambulantes e uma das ações era vacinar principalmente as crianças. O índice de interação daquelas pessoas diminuiu cerca de 90%. Nossa equipe cresceu e passamos a atender outros locais da periferia de São Paulo. Essa experiência também resultou na publicação de artigos científicos nas áreas de parasitologia, imunização e saúde pública.

O senhor é autor de um livro sobre a recusa de vacinas. Qual o tamanho desse problema?

Com a internet, circulam muitos dados imprecisos, que confundem a população. No caso das vacinas, é comum ver informações equivocadas sobre seus efeitos colaterais que influenciam a decisão

das pessoas de se imunizarem ou não. Um exemplo: a vacina contra o vírus influenza A [H1N1], de origem suína, não contém mercúrio, como dizem por aí. O mercúrio é usado como conservante em quantidades microscópicas apenas nas vacinas que são disponibilizadas em frascos de 10 doses. Em vacinas individuais, como a da H1N1, não há. E mesmo em relação àquelas que levam mercúrio há estudos que mostram que a quantidade presente em algumas vacinas não é tóxica. Ainda assim há gente afirmando que a vacina da gripe faz mal porque contém mercúrio.

Além da falta de informação, há também casos de má-fé, não?

Sim. Um dos casos mais emblemáticos é

vacina e o autismo. Descobriu-se então que Wakefield havia recebido pagamentos de um escritório de advogados que tinha interesse em processar laboratórios e médicos. Em 2010, a *The Lancet* cancelou o artigo, considerado fraudulento. Wakefield passou por um julgamento no Reino Unido e, em 2014, teve o registro profissional cassado.

A resistência às vacinas é atribuída a um perfil específico na população?

A resistência é curiosa. Observa-se que, atualmente, se trata de um fenômeno das classes mais altas e intelectualizadas. Há um estudo feito por um grupo da Universidade de São Paulo que reforça essa tese. Em épocas mais recentes, os movimentos antivacinação per-

deram muito da base religiosa que tinham no passado. As classes mais altas têm mais acesso a tratamentos alternativos e às medicinas homeopática e antroposófica, que muitas vezes não recomendam a vacinação. Entre os homeopatas há uma divisão entre os favoráveis e os contrários às vacinas. Nenhum autor clássico da homeopatia se contrapôs à vacinação. O próprio Samuel Hahnemann, pai da homeopatia, era um entusiasta da vacina contra a varíola. Mesmo assim há muitos homeopatas que não recomendam. Já na medicina antroposófica, uma doutrina filosófica e mística fundada pelo austríaco Rudolf Steiner

no início do século XX, existe um posicionamento desfavorável à vacinação, ainda que não encontremos literatura nem favorável nem contrária às imunizações. Há também uma comunidade chamada Christian Science, fundada nos Estados Unidos, da qual surgiu um caso de sarampo em 1994 que provocou uma epidemia nos estados de Missouri e Illinois. Essa comunidade proíbe o uso não só de vacina, mas de qualquer tipo de medicamento com o argumento de que “ninguém pode ir contra a vontade de Deus”.

São grupos pequenos. São influentes?

São minorias, de fato. O problema é que, quando uma pessoa toma uma vacina,

Há, na internet, informações equivocadas sobre os efeitos colaterais das vacinas

o de Andrew Wakefield, um ex-pesquisador britânico que, em 1998, publicou um artigo na revista *The Lancet* estabelecendo uma suposta relação entre a vacina tríplice viral e o autismo em 12 crianças. De acordo com Wakefield, isso ocorreria por má absorção de vitaminas essenciais e outros nutrientes, facilitando, porém, a absorção de proteínas que poderiam causar encefalopatia, levando ao aparecimento de autismo. O estudo recebeu críticas e, como os autores eram prestigiados em suas áreas e houve ampla repercussão, várias investigações foram feitas para verificar a veracidade dessas conclusões. Pesquisas realizadas em vários locais, como Estados Unidos e Ásia, não encontraram relação entre a

Em 1957, Levi (ao centro, de preto) era o goleiro do time de futebol no Colégio Dante Alighieri, em São Paulo. Em 1961, na Faculdade de Medicina de Sorocaba (abaixo)



não está protegendo apenas a si mesma, mas também sua comunidade. Se um grupo, por menor que seja, deixa de ser vacinado, há chances de desencadear um surto, afetando pessoas que ainda não foram vacinadas. Em 2011, por exemplo, houve um surto de sarampo em São Paulo, originado em uma escola de linha antroposófica no bairro do Butantã, onde muitas crianças não haviam sido vacinadas por opção dos pais. Segundo essa linha de pensamento, acredita-se que basta uma alimentação saudável para manter a saúde das crianças.

Há quem afirme que o excesso de vacinas poderia sobrecarregar o sistema imunológico. Há evidências disso?



Existem as controvérsias científicas, mas é preciso deixar claro que muitas vezes não há ciência por trás de vários argumentos. Por exemplo, o médico Robert Sears, autor do best-seller *The vaccine book: Making the right decision for your child*, de 2007, sugere que, nos atuais esquemas vacinais, ocorre sobrecarga imunológica com a administração combinada ou simultânea de vacinas. Isso ainda seria agravado por excesso de alumínio, albumina purificada de sangue humano e timerosal, uma substância usada como conservante de medicamentos. Sears propõe um esquema alternativo, em que as vacinas seriam aplicadas em um tempo mais espaçado e separadamente. Mas, se você analisa em profundidade o livro de Sears, não consegue achar pesquisa dando lastro a essas conclusões. Não há nada. Por exemplo, ao afirmar que a tríplice viral contém albumina purificada derivada de sangue humano ele revela desconhecer que esse produto é obtido por cultura de tecidos, e não derivado de sangue. Há argumentos que não resistem a uma análise baseada em evidências científicas.

A alegada sobrecarga imunológica, então, não existe?

A sobrecarga nunca foi comprovada. Se eu aplicar, hipoteticamente, 10 mil vacinas simultaneamente em uma criança, ela tem capacidade de responder a todas, sem ter sobrecarga. O argumento da sobrecarga diz o seguinte: ao ser vacinado

muitas vezes, o organismo sobrecarregaria todo o seu sistema imunológico para responder às vacinas, não conseguindo dar respostas a outras ameaças. Esse conceito pressuporia que seres humanos, particularmente os de mais baixa idade, seriam incapazes de responder eficazmente e com segurança ao grande número de antígenos vacinais administrados. Mas veja: a criança, quando nasce, tem em poucas horas o intestino inteiramente povoado por bactérias. A quantidade de antígenos que ela tem é milhares de vezes maior do que os antígenos que vêm por meio da vacinação. Se a sobrecarga imunológica existisse, as crianças morreriam nos primeiros dias de vida, porque a própria colonização de bactérias no pós-parto seria suficiente para matar o bebê.

No passado, o que levava as pessoas a rejeitarem vacinas?

Em 1904 tivemos a Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro, marcada por conflitos e protestos populares. A principal causa foi a campanha de vacinação compulsória contra a varíola, realizada pelo governo brasileiro e coordenada pelo médico sanitário Oswaldo Cruz. A maioria da população era pobre e não tinha informações sobre como funcionam as vacinas. Portanto, a revolta não era contra a vacina em si, mas contra a imposição da vacinação. No final do século XIX, a Inglaterra decidiu abolir a obrigatoriedade das vacinas. Em vez do número de



Guido Levi com o então governador Mário Covas na reinauguração da unidade de terapia intensiva do Instituto Emílio Ribas, em 2000

pessoas vacinadas cair, observou-se o contrário: as pessoas aceitaram vacinar-se voluntariamente.

Obrigar a vacinar ainda é um problema?

A vacinação compulsória é uma questão ética, moral e cultural. Nos Estados Unidos, 48 estados permitiam que se recusasse a vacinação dos filhos se fosse apresentado um argumento religioso ou filosófico, por exemplo, ou restrições médicas. As duas exceções eram os estados de West Virginia e Mississipi, onde a vacinação é compulsória. Lá, é necessário comprovar a vacinação das crianças para poder entrar na escola. Recentemente a Califórnia também passou a exigir a vacinação básica para matrícula escolar. A Austrália há três anos adotou outra estratégia, ao perceber que os índices de vacinação na população estavam caindo para níveis perigosos. A solução foi oferecer recompensas financeiras para os pais que vacinassem os filhos.

O Brasil optou por recomendar e oferecer vacinas em vez de estabelecer obrigatoriedade. Está correto na sua opinião?

No Brasil, fizemos uma discussão sobre isso no Ministério da Saúde. Minha opinião é de que, num país como o nosso, recusar a matrícula de uma criança na escola porque ela não está com as vaci-

nas em dia é algo muito ruim. O acesso à educação aqui é lamentável e não há por que torná-lo mais difícil. Na Austrália, antes de adotarem o modelo de recompensa, permitiam que uma criança não vacinada frequentasse a escola. Mas, se tivesse algum surto de uma doença, essa criança poderia ser afastada das aulas, independentemente de isso durar um mês ou um ano. Aqui ainda temos muito trabalho a ser feito usando informação. Podemos solicitar, por exemplo, que os pais façam inscrição da criança na escola e apresentem a carteirinha de vacinação. Se a carteirinha não estiver em dia, os pais são chamados e se explica a eles a importância da vacinação, indicando os postos de saúde no bairro onde possam vacinar os filhos gratuitamente. Nesse caso, a escola não iria simplesmente recusar a matrícula do aluno, mas sim informar os pais e indicar minimamente como eles poderiam proceder. Se fizermos isso, poderemos melhorar os índices de vacinação no Brasil. Eles são bons, e podem melhorar.

Há ressalvas com embasamento científico às vacinas?

Existem alguns fenômenos históricos de falhas na produção de vacinas, hoje em dia bem raros. Por exemplo, no início da década de 1960, foi distribuído um lote contaminado da vacina Sabin. Ho-

je em dia há uma série de etapas, como a verificação de impurezas e os testes em humanos em diversas fases. É difícil, portanto, ter efeitos colaterais não previstos ou verificados durante os testes. As etapas de produção de uma vacina são semelhantes às de um medicamento e pode levar mais de 10 anos até que um imunizante chegue ao mercado. Já os efeitos colaterais das vacinas não são muito expressivos. Pode haver, eventualmente, por exemplo, uma convulsão febril em crianças, mas não é comum. Outro exemplo: quando se toma a vacina pneumocócica pela primeira vez, começa-se a formar anticorpos. Quando se toma a segunda dose, caso a pessoa tenha muito anticorpo, pode haver uma reação local na pele e ficar dolorido por uns três dias. O problema é que muitas pessoas tomam a vacina e não são informadas sobre esse efeito colateral. Assustadas com a reação, vão a um pronto-socorro e, no atendimento, acabam sendo tratadas como se estivessem com alguma infecção.

Qual sua avaliação sobre as pesquisas com vacinas contra a dengue?

Em breve deverá estar nas clínicas de todo o país uma vacina desenvolvida pela empresa Sanofi Pasteur. Mas é uma vacina de eficácia não muito elevada, de mais ou menos 60% de proteção. Os

estudos mostram que essa vacina tem uma eficácia maior nas populações que já tiveram dengue. São três doses com seis meses de intervalo entre uma dose e outra. Se você tem um surto, num determinado lugar, será difícil bloqueá-lo com uma vacina dessas. O Programa Nacional de Imunizações na atualidade não pensa em adquirir essa vacina. O fato é que existem outras vacinas contra a dengue sendo pesquisadas, que parecem ter eficácia maior. O Instituto Butantan desenvolveu uma delas em conjunto com os Institutos Nacionais de Saúde, maior agência financiadora de pesquisa médica dos Estados Unidos, que está na fase 3 de testes clínicos [a FAPESP, em parceria com o CNPq e o Ministério da Saúde, financiou o desenvolvimento inicial dessa vacina entre 2008 e 2011 no âmbito do Programa Pesquisa em Parceria para Inovação Tecnológica, Pite]. O Centro de Processamento de Vacinas, o Bio-Manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], no Rio de Janeiro, também está processando uma vacina que promete ser eficiente para combater a dengue. Nos próximos anos, teremos boas vacinas contra a doença.

A indústria farmacêutica não se sente atraída pela produção de vacinas. O que fazer para garantir o desenvolvimento e a fabricação de imunizantes?

Antigamente, um país rico podia demonstrar pouco interesse em produzir um medicamento ou uma vacina para determinada doença típica de países em desenvolvimento, por exemplo. Mas agora o mundo está globalizado. As pessoas circulam mais e isso facilita a disseminação de vírus. A dengue não está mais restrita a países do hemisfério Sul, existem alguns casos nos Estados Unidos, assim como há registros de malária e ebola na Europa. Todos os países precisam estar preparados. Por isso, nos últimos anos, assistimos a um aumento das parcerias entre empresas, instituições de pesquisa e organizações não governamentais como forma de acelerar o desenvolvimento de vacinas e medicamentos. Mas ainda

é preciso mais incentivos para esse tipo de colaboração.

Como avalia a produção de vacinas no Brasil?

Temos a produção de vacina para a febre amarela, pela Fiocruz, e a da gripe, pelo Instituto Butantan, ainda que parte dela seja feita pelo laboratório Sanofi Pasteur. Mas, no geral, a produção ainda está engatinhando. Não somos autossuficientes. Uma coisa inteligente que se está fazendo são as parcerias que envolvem transferência de tecnologia. Uma instituição brasileira compra, por exemplo, vacina pneumocócica de um laboratório internacional, com a condição de que o laboratório transfira a tecnologia. Assim, daqui a cinco anos, o Brasil poderá produzir a vacina.

Muitas vezes não há base científica por trás dos argumentos contrários às vacinas

A vacina contra o vírus HPV pode ajudar a combater alguns tipos de cânceres. A relação entre vírus e câncer está sendo mais aceita?

A hipótese viral foi suficientemente importante para o governo federal ter incluído no calendário nacional a vacina contra o HPV, que é muito cara. O HPV está relacionado a casos de câncer de faringe, laringe, reto, pênis, ânus e colo do útero. Eu acho que essa perspectiva, que relaciona o câncer a causas virais, deveria ser mais levada a sério. Podemos dizer que a vacina de HPV é, indiretamente, contra o câncer. Há pessoas que dizem que faltam provas de que essa vacina combate o câncer. Mas, claro, há várias etapas entre a infecção pelo vírus

e o desenvolvimento de um câncer. A ideia é que a vacina evite o avanço dessas etapas intermediárias. Daqui a 20 anos, por exemplo, saberemos com certeza se a vacina ajudou a evitar casos de câncer.

Para evitar o contágio e reinfecções pelo HPV, estão sendo vacinadas meninas a partir dos 9 anos de idade. Para o controle ser mais eficiente, não deveriam ser levados em consideração também os meninos?

Essa diferenciação é por razões econômicas. O Brasil fez um esforço enorme para promover a vacina. A primeira etapa da vacinação teve 100% do grupo-alvo atendido. O foco nas meninas é porque o câncer do colo do útero é o mais grave. Em países onde o dinheiro não é problema, os dois sexos são vacinados, como ocorre hoje na Austrália. Eu mesmo vacinei minhas netas e meus netos; não estou preocupado com estatísticas, que mostram que o câncer do colo do útero é mais incidente do que o de laringe. E daí? Deve-se combater todos os tipos de câncer.

Se o país conta com uma rede pública de distribuição de vacinas, qual é o sentido de manter clínicas particulares, como a Cedipi?

A clínica tem vacinas que ainda não estão disponíveis no sistema público. Nós adquirimos a vacina tríplice viral muito antes de ser incorporada pela rede pública. Conseguimos antecipar algumas vacinas negociando diretamente com os laboratórios. Por exemplo, a rede privada tem vacina contra a meningite B, que não existe na rede pública, assim como temos a destinada à prevenção do herpes-zóster, que também não foi, ainda, incorporada pelo SUS [Sistema Único de Saúde]. Além disso, embora a Cedipi não realize pesquisa, muitos de nossos profissionais têm atuação em instituições de pesquisa e de órgãos como a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde. Não é porque somos uma clínica particular que deixamos de lutar para que mais vacinas sejam incorporadas pela rede pública. Pelo contrário. ■