manchete

i

24-04-2013

Periodicidade: Diária
Classe: Informacão Geral
Âmbito: Nacional
Tiragem: 80000

Temática: Saúde
Dimensão: 2615
Imagem: S/Cor
Página (s): 1/22 a 25

Entrevista a Peter Aaby: **"A OMS mata sempre o mensageiro"**

// PÁGS. 22-25

manchete

i

24-04-2013

Periodicidade: Diária
Classe: Informacão Geral
Âmbito: Nacional
Tiragem: 80000
Temática: Saúde
Dimensão: 2615
Imagem: S/Cor
Página (s): 1/22 a 25

Peter Aaby trabalha há 35 anos na Guiné Bissau. É uma das vozes controversas da ciência das vacinas, daquelas que se arrepiam com a cultura resistente a contraditórios. Garante que não vai acabar como o inglês que associou a vacina do sarampo ao autismo.

manchete

i	**Periodicidade:** Diária	**Temática:**	Saúde
	Classe: Informacão Geral	**Dimensão:**	2615
	Âmbito: Nacional	**Imagem:**	S/Cor
24-04-2013	**Tiragem:** 80000	**Página (s):**	1/22 a 25

Peter Aaby. "Se alguém de Marte visse como fazemos ciência diria que somos malucos"

Especialista em saúde tropical avisa que travar vacinação de sarampo pode fazer disparar a mortalidade infantil em África

EDUARDO MARTINS (FOTOGRAFIA)

Peter Aaby, antropólogo de formação, trocou há 35 anos a Dinamarca pela Guiné-Bissau. Objectivo: documentar a subnutrição na região, onde na altura morria uma criança por segundo. Não demorou a perceber que as verdades que levava da Europa não tinham qualquer base científica ou sequer correspondência com a realidade. No terreno, à frente do Bandim Health Project, tornou-se especialista em saúde tropical e uma das vozes controversas do mundo das vacinas. Acredita que são essenciais (algumas), mas não apenas pelos seus efeitos conhecidos, por isso a comunidade internacional pode estar a preparar-se para cometer um erro em África. O tema trouxe-o ao segundo congresso do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa. Peter Aaby apresenta uma visão pouco ortodoxa, explicou ao *i* a organização. Aaby, que já domina melhor o crioulo que o inglês, não tem papas na língua: "A reacção tem sido sempre matarem o mensageiro antes sequer de o ouvir."

Diz que os planos de vacinação são baseados em assunções e testados só *a posteriori*, quando são. Isto é verdade também na Europa?

Sim, é verdade em todo o mundo e para todas as vacinas. O problema de fundo é este: só testamos as vacinas para os seus efeitos específicos. Sabemos que a vacina contra o sarampo produz anticorpos para o sarampo. Mas nunca houve o cuidado de examinar se teria outros efeitos. E o sistema imunitário é um sistema em aprendizagem. Aprende coisas que são usadas noutros contextos. Processa-as. Isto significa que qualquer vacina tem muito mais implicações que o combate a uma única doença.

Como é que um antropólogo chega a esta conclusão?

Tudo começou quando chegámos à Guiné Bissau em 1978. Fui enviado para lá para perceber porque é que havia crianças malnutridas. A ideia geral era que a mortalidade infantil elevada se devia à má nutrição, que tornava as crianças vulneráveis a infecções. Calhou chegarmos, fazermos a primeira avaliação do estado nutricional das crianças e começar uma epidemia de sarampo. E, bom, a primeira surpresa foi que era falso que as crianças estivessem subnutridas.

Eram só magras?

Não, nem sequer isso. Eram todas amamentadas até aos dois anos. Das 1200 crianças que avaliámos naquele ano, apenas duas tinham uma subnutrição grave e era porque tinham perdido as mães à nascença, havia essa explicação. Mas o alarme de que alguma coisa estava errada nas nossas suposições soou quando fomos analisar os dados dessa primeira epidemia de sarampo. A mortalidade foi 22%, muito maior que a incidência de má nutrição. Não havia relação.

O que fizeram?

Como a teoria não batia certo fomos à procura de explicações. Acabámos por demonstrar que a gravidade da infecção era influenciada pela intensidade da exposição ao vírus do sarampo. Isto era particularmente significativo em Bissau: estamos a falar de famílias que vivem em casas pequenas, muitas vezes três famílias numa mesma casa, mais de 18 pessoas em meia dúzia de quartos. Percebemos que as crianças que morriam de sarampo eram as que tinham sido infectadas em casa.

> "A primeira reacção da Organização Mundial de Saúde é sempre matar o mensageiro"

> "Rapazes e raparigas provavelmente deviam ter calendários de vacinação diferentes"

> "Só testamos vacinas para os seus efeitos específicos. Nunca houve o cuidado de testar outros efeitos"

Essa conclusão teve algum efeito?

Aos poucos teve. É que a ideia dominante até então era que não valia a pena vacinar estas crianças mal nutridas. Se a má nutrição não fosse resolvida, morreriam de outra coisa qualquer, por isso mais valia usar o dinheiro a resolver a má nutrição que nas vacinas disponíveis no primeiro mundo. Nós, perante os resultados, começámos a vacinar. Passado um ano a mortalidade infantil em Bissau caiu para um terço.

Foi então que teve a pista de que a vacina contra o sarampo afinal poderia ser muito mais eficaz?

Uma pessoa quando vê uma redução desta ordem tem de questionar: como é que isto aconteceu? Todos os estudos feitos em países africanos que começaram a vacinação contra o sarampo no final dos anos 70 mostram uma quebra superior a 50%, que não pode ser explicada apenas pela prevenção desta doença em particular, que representava no limite 10% das mortes até aos cinco anos. A vacina tinha de ter um efeito muito maior.

Passaram mais de 40 anos e esses efeitos ainda não são reconhecidos. O que o leva a garantir que existem?

É impossível uma vacina proteger contra uma doença que representa 10% das mortes aumentar a sobrevivência 50%. Tinha de haver mais alguma coisa. Seguimos esta investigação e encontrámos aumentos de sobrevivência e de saúde além da doença específica não só com a vacina do sarampo mas também com a da varíola e com a BCG (contra a tuberculose).

Ainda assim, Portugal é dos poucos países europeus que continuam a dar a BCG a todas as crianças à nascença...

E devem manter as coisas assim. Acabámos de ter financiamento para voltar a testar a vacinação com BCG na Dinamarca. Já não por causa da tuberculose, porque praticamente foi erradicada e a vacina com esse propósito foi tirada do plano nacional de vacinação em 1982. Mas há bons indícios de que a BCG estimula o sistema imunitário a longo prazo. Há também um estudo holandês que mostrou que imunizar crianças com esta vacina reduz o risco de alergias e de dermatite atópica.

Que são problemas crescentes.

Sim. É preciso ter uma abordagem histórica mesmo nestas áreas. A maioria dos países europeus eliminou a vacinação contra a varíola e a tuberculose entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80. Foi então que começou a epidemia da asma. Já temos resultados de um estudo na Dinamarca que mostra que as crianças vacinadas contra a varíola eram menos vezes asmáticas mas também correm um risco 16% inferior de ser hospitalizadas por outros motivos. Tudo isto, mais que não seja, representa gastos para os sistemas de saúde, por isso pode compensar manter a vacinação. Onde é que quero chegar: se as vacinas têm estes efeitos não específicos, o que é que acontece quando se tiram estas vacinas dos planos de vacinação por se ter erradicado as doenças? Em última instância, podemos acabar por fazer mais mal que bem.

Porque é que as farmacêuticas não estudam esses efeitos, se até poderiam rentabilizar mais os seus produtos?

Porque o que estou a dizer continua a ser controverso. Não é que haja pessoas a desmenti-lo, mas a indústria simplesmente não quer ir contra o paradigma.

Mas neste caso da vacina do sarampo ou da BCG não se aplica o receio de transmitir a mensagem, que gera algum alarme, de que as pessoas não se devem vacinar. Está a dizer que é uma vacina que até poderá ter um efeito melhor, certo?

Atenção, eu sou um defensor da vacinação. Mas há um lado negativo na história. As vacinas em que encontramos efeitos positivos são as chamadas vacinas vivas, em que a vacina se replica no corpo para o sistema imunitário desenvolver a resposta imunitária. Com vacinas inactivadas encontramos o efeito contrário. Cumprem o seu papel, mas com efeitos colaterais negativos.

Vacinas inactivadas são por exemplo a vacina da gripe?

Sim, mas isso não estudei. Basicamente a diferença é que nas vacinas vivas o vírus se multiplica no organismo, levando o sistema imunitário a adaptar-se. Nas vacinas mortas esse processo não acontece, a resposta é localizada. As mais generalizadas são a vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa, dadas de forma combinada numa vacina que se chama DTP, mas há alguns países que associam as vacinas da hepatite na mesma administração.

O que descobriram sobre essas vacinas?

O que fizemos foi questionar o que acontecia quando se introduziam estas vacinas, qual era o impacto na mortalidade. E embora tivessem essa protecção específica, o que se percebeu foi que entre as crianças em Bissau que tinham feito essa vacina a mortalidade era o dobro. Claro, falta perceber porquê, porque ninguém o estuda, ninguém teve o cuidado de perceber o impacto da vacinação ou pelo menos de a monitorizar depois de recomendar. Nós chegámos lá por acaso.

Como?

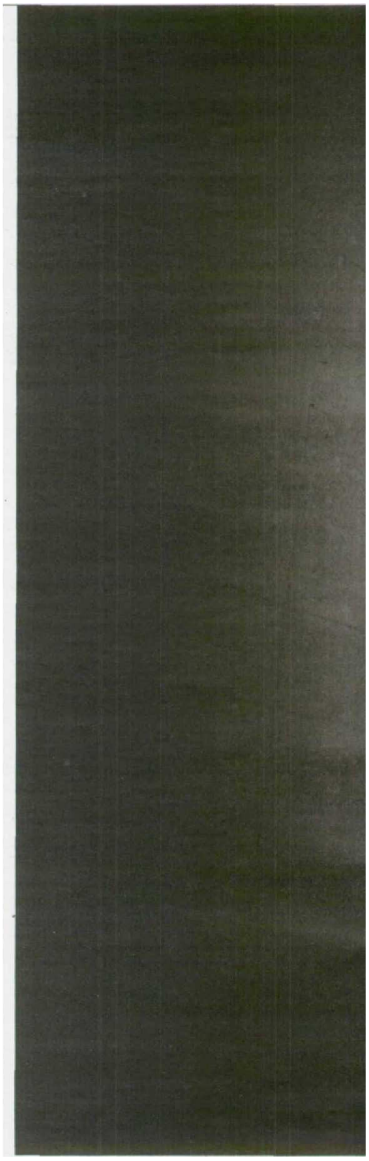
Foi um desfecho desagradável. Primeiro tivemos a experiência de encontrar

continua na página seguinte >>

manchete

i	Periodicidade: Diária	Temática: Saúde
	Classe: Informacão Geral	Dimensão: 2615
	Âmbito: Nacional	Imagem: S/Cor
24-04-2013	Tiragem: 80000	Página (s): 1/22 a 25

Investigador ligado à Universidade de Copenhaga diz que actual vacinação com vírus inactivados tem efeitos colaterais negativos que não estão a ser estudados. E defende que outras vacinas foram descartadas cedo de mais em muitos países europeus, como a BCG, que quer reintroduzir na Dinamarca



muito bons resultados com a vacina do sarampo. Depois o mesmo com a vacina BCG. Então pensou-se: se a vacina do sarampo era assim tão boa, devia ser dada mais cedo às crianças. Surgiu uma nova vacina e a Organização Mundial da Saúde recomendou em 1989 que fosse dada aos quatro meses em vez de aos nove. Quando se começou a fazer a nova vacina, começámos a seguir o impacto: não havia qualquer impacto nos rapazes mas entre as raparigas a mortalidade duplicou.

Foi aí que a OMS decidiu alterar a recomendação?

Primeiro disseram-nos que não podia ser verdade, que não tínhamos hipóteses para explicar o que se passava. Respondi que ninguém mata crianças porque não existe uma hipótese plausível para um problema. Aquilo que víamos estávamos a reportar. Entretanto houve um grupo americano que detectou o mesmo problema no Haiti e outro grupo no Sudão. Passado um ano a OMS teve de recuar na recomendação. Mas quer dizer, só recuou, não iniciou nenhuma investigação.

Esse episódio mudou a forma como encara os decisores de saúde?

É bastante sintomático. Quer dizer, porque é que não se reage a sinais de perigo? Havia ali um claro sinal de perigo. Uma vacina que estava a ser recomendada pela OMS estava claramente associada a um aumento de 30% na mortalidade entre raparigas dos quatro meses aos cinco anos. Na altura era apenas recomendada, nunca chegou a ser generalizada. Teria custado a vida de pelo menos meio milhão de mulheres por ano. E os especialistas diziam-nos que tínhamos de ter uma explicação. A explicação vem depois, não?

Os resultados com as vacinas inactivadas são o mesmo tipo de alerta?

Sim. E resultam do anterior. Embora não seja biólogo, tentámos perceber qual tinha sido o problema com a vacina precoce do sarampo e percebemos que ao dar a vacina mais cedo as crianças estavam a recebê-la antes da DTP. Nas crianças que por algum motivo faziam a do sarampo depois não havia problema. Portanto, o problema não estava na nova vacina mas em termos mudado a sequência de vacinação.

A ordem também é importante?

Sim, e aí existe mais um problema. As actuais recomendações, mesmo da OMS, são que se houver um atraso por qualquer motivo na vacinação devem fazer-se as que estão em falta o mais cedo possível. O que posso dizer é que ter a DTP ao mesmo tempo que a do sarampo ou a DTP depois do sarampo tem efeitos negativos. Acabamos de submeter um trabalho para publicação na Dinamarca em que avaliámos meio milhão de crianças. As crianças que fazem a actual vacina do sarampo, que está combinada com a da rubéola e a da parotidite, têm um risco 15% inferior de ter problemas graves de saúde, de ser hospitalizadas. [No plano de vacinação português, a primeira dose da DTP é aos dois meses e a primeira da VASPR com um ano.] Mas verificámos no que acontecia nas crianças que tinham falhado o calendário de vacinação e as que só tinham feito a DTP mais tarde tinham efeitos negativos.

Que efeitos?

Um aumento do risco de serem hospitalizadas, sobretudo em infecções respiratórias graves.

Rapazes e raparigas deveriam ter um calendário diferente de vacinação?

Sim, muito provavelmente. Mas antes disso é preciso começar a separar rapazes e raparigas nos ensaios e nos estudos científicos. A maioria dos estudos são simplesmente sobre crianças e não se diferenciam os resultados por sexo. Há outras coisas que têm de mudar de uma vez por todas, por exemplo olharmos só para os efeitos específicos. Veja-se a nova vacina contra a malária, que está em testes: houve um estudo recente na "New England Journal of Medicine" que dizia que reduzia a infecção por malária 30%, mas a mortalidade global aumenta 20%. Como o estudo estava centrado na malária, a pergunta sobre o que aumentou a mortalidade geral fica por responder.

"Como é que a Organização Mundial de Saúde não reage a sinais de perigo? Levou um ano a recuar"

"Há uma nova realidade: hoje a nova geração já não está dependente daquilo que os médicos dizem. Há a internet"

Os actuais surtos de sarampo na Europa podem estar relacionados com stresse e ansiedade que deprime o nosso sistema imunitário?

Não sei, não foi estudado. Penso que os surtos se devem ao aumento do grupo de pessoas que não acreditam nas vacinas, acham que é melhor ficarem com as infecções, quando as boas vacinas são infecções controladas. Mas tudo isto assenta numa nova realidade a que temos de nos adoptar: a nova geração quer tomar as suas decisões, já não está dependente daquilo que os médicos dizem, como a minha geração estava. Hoje com a internet os casais querem verificar o que os médicos dizem antes de aceitar aquela decisão para os seus filhos, ficam receosos com alguma informação. A cultura já não é homogénea como era, mesmo entre os médicos de família.

Sentiu pressões para ser menos heterodoxo neste seu trabalho na Guiné?

Muitas pressões, mas só apresentamos resultados. Ao longo dos anos tivemos sempre muitas instituições a trabalhar contra nós. A OMS foi a primeira a dizer que estávamos errados e teve de se retractar um ano depois. O problema de fundo é que quando levamos algum resultado contraditório à OMS não o recebem como um problema científico, em que podemos sentar-nos e discutir os dados que temos. A primeira reacção é matar o mensageiro. Sempre que tivemos alguma observação controversa escrevi à OMS e geralmente tentam mandar-nos embora.

Antes de ouvir o que tem a dizer?

Sim. Há dois meses a OMS criou um grupo de trabalho sobre os efeitos não específicos das vacinas. Levou 40 anos mas finalmente pediram uma revisão dos efeitos não específicos, que é basicamente o que temos feito nas últimas décadas. Vão fazer uma revisão da literatura e provavelmente em Novembro irão apresentar resultados. Não quiseram que eu estivesse directamente envolvido, embora sejamos o único grupo a trabalhar nos efeitos populacionais há três décadas.

Mas o problema é a burocracia ou mesmo resistência à contradição?

É burocracia mas acima de tudo uma autoconfiança na própria cultura, naquilo que se conhece. É não admitir a possibilidade de estarmos errados. Se queremos uma verdadeira cultura científica temos de admitir essa possibilidade. Admitir significa pelo menos aceitar os sinais de alerta, o que não fazemos. Hoje quando algo se torna política ou recomendação oficial deixa de poder ser estudado. Se eu digo que a DTP tem um efeito negativo, dizem-me que tenho de fazer um ensaio controlado e aleatório. Mas depois não tenho licença para isso.

Quem é que não autoriza?

A OMS diz que não é ético testá-lo. Pedi aprovação ao comité de ética da Dinamarca e a resposta foi positiva. Mas depois não arranjamos financiamento, ninguém quer meter dinheiro nisto.

E preocupa-o a reacção do público se for para a rua pedir financiamento?

Sim, é muito complicado. Para as coisas mudarem a OMS vai ter de estar connosco. Nunca tentei fazer alianças com opositores de vacinas, até porque não estou contra e há que ter a noção do impacto desse tipo de movimentos. Eu não quero acabar como o Andrew Wakefield, sabe, o médico inglês que expôs aquela suspeita de que a vacina do sarampo estaria ligada ao autismo e acabou acusado de fraude. Tinha as suas suspeitas, não se comprovaram e foi apanhado nessa rede. Essa necessidade de cautela, de demorar muito tempo até acreditarmos

manchete

i	**Periodicidade:** Diária	**Temática:** Saúde	
	Classe: Informacão Geral	**Dimensão:** 2615	
	Âmbito: Nacional	**Imagem:** S/Cor	
24-04-2013	**Tiragem:** 80000	**Página (s):** 1/22 a 25	

no que estamos a ver e fazer com que outros acreditem, torna o processo lento. Mas atenção: se a OMS está a fazer esta revisão não é por terem descoberto isto agora. Tiveram consultores que lhes disseram claramente: têm andado a dormir.

Mas pode acabar como Wakefield...

Não, não vou acabar como ele, até porque tenho muito mais dados e muito mais sistematizados. Se pudemos demonstrá-lo em África e na Dinamarca, é porque há uma biologia comum, é uma questão de a percebermos.

Acha que podemos pensar numa vacina universal que fortaleça todo o sistema imunitário?

Acho para já que há vacinas claramente benéficas, mas outros antigénios também serão importantes. Provavelmente devemos ter uma combinação. Penso que poderemos melhorar o calendário de vacinação. Ninguém questiona a melhor a idade para vacinar ou faz estudos populacionais para tentar percebê-lo.

Acredita numa vacina contra o VIH?

A vacina contra a varíola protegia 15% das infecções com VIH, segundo apurámos no seguimento das populações na Guiné. É um resultado melhor que os das vacinas em estudado.

Mas porque é que nunca foi por aqui?

Eu não sou médico, sou um antropólogo que foi para o terreno questionar e analisar. Não sou biólogo, não posso trabalhar no desenvolvimento de vacinas. Sei as observações que temos e os resultados.

Ir da Dinamarca para África no final dos anos 70 abriu-lhe os olhos?

Absolutamente. A primeira lição foi que as coisas que eu achava que sabia não eram verdade. Fui educado como bom europeu a acreditar que o que o médico diz é verdade. Mas foi só ao perceber que as crianças bem nutridas morriam que nem moscas de sarampo não encaixava na teoria que comecei a questionar. E quando regressei, para procurar os dados, simplesmente não estavam lá. Era tudo tão evidente que nem os tinham estudado! Como antropólogo, admitia ser contrariado e percebia a importância do contexto. Infelizmente, o caminho não foi esse. Hoje um cientista tem de ter uma hipótese, testá-la e apresentar resultados. Se viesse de Marte e lhe dissesse que é assim que fazemos ciência diria que estamos malucos. O que devíamos fazer era seguir as contradições.

Mas as coisas estão pior?

Claramente pior. A investigação está muito mais estandardizada, há regras para tudo. Para publicar um artigo existe uma checklist imensa, tudo sempre no sentido de reforçar o paradigma. Na minha opinião, cada artigo devia terminar com os investigadores a dizerem o que não compreenderam. Mas não. E assim ficamos cada vez mais burros.

Nos últimos dias a OMS defendeu que se podia salvar a vida a 2 milhões de pessoas em África prevenindo diarreias e pneumonias, com melhor nutrição, novas vacinas e melhor habitação.

São assunções baseadas em nada. Se tiverem razão, muito bem. O problema é que não se sabe, não se estuda, é uma especulação. Quando começámos na Guiné a mortalidade era elevada. Introduziu-se a vacinação contra o sarampo, baixou. Iniciou-se o plano de vacinação com a DTP e aumentou. Veio a guerra civil e baixou e agora está estável. Com os dados que temos, a única coisa que faz sentido é as campanhas da poliomielite e do sarampo nos últimos anos terem um impacto mais amplo. E estamos a falar de doenças que esperamos ter erradicado em dez anos. Então elimina-se a vacinação ou adia-se, quando há indicações de que é vantajoso começar cedo. O que vai acontecer? A mortalidade infantil vai voltar a aumentar em África. A verdade é que houve uma redução brutal mas ninguém pode dizer que sabe exactamente porquê.

"Não vou acabar como Andrew Wakefield [acusado de fraude por associar vacinas a autismo]"

"Qualquer artigo devia acabar com os cientistas a dizer o que não compreenderam. Estamos mais burros"