

1 - E a terra era lodo torvo..

Francisco Inácio Bastos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BASTOS, FI. E a terra era lodo torvo.. In: *O som do silêncio da Hepatite C* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 13-21. ISBN 978-85-7541-371-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1 | E A TERRA ERA LODO TORVO..

Quando, na década de 80, cursava medicina, ouvi falar de algo que parecia ser uma doença, ainda que (in)definida a partir de duas negações, a então denominada “hepatite não-A e não-B”. Como todo jovem imbuído de curiosidade científica, disse lá para os meus botões (pois à época, ainda se utilizava essa metáfora de alguém em diálogo com seus próprios botões, provavelmente da camisa, pois nas calças já se usavam zíperes): estranha doença esta, que se caracteriza pelo que não é!

Não é possível em ciência, assim como em qualquer ramo da atividade humana, lidar de forma racional com aquilo que desconhecemos e que não podemos nem ao menos nomear, pois a atribuição de um nome, uma designação, traz embutida a inserção do novo objeto ou sujeito na teia de relações que norteiam a ciência e as demais operações racionais. Não são, portanto, inócuas mudanças deliberadas de designação, como, por exemplo, de lepra para hanseníase. Neste último caso, a designação original, lepra, se revestiu de tamanha carga de estigmatização, quando não da exclusão e ostracismo do então denominado leproso da vida em comunidade (como fartamente documentado desde os tempos bíblicos), que passou a veicular antes um conjunto de preconceitos do que uma designação útil para a prática clínica e uma designação socialmente aceitável.

Seguindo com tópicos explorados pela Bíblia, constatamos que o Gênesis, o livro primeiro da Bíblia, expressa a idéia de que

a designação constitui parte essencial e estrutura as coisas do mundo: “E Deus chamou à luz dia / e à treva chamou noite / E foi tarde e foi manhã / dia um” (Gen 1, 5). (Estes versículos bem como o que dá o título ao capítulo 1 – Gen 1, 2 – constam da tradução de Haroldo de Campos).

Ou seja, é a partir da nomeação precisa de cada elemento do mundo que o mundo como tal se inaugura: o dia um (primeiro).

O que fazer, então, com uma doença que se define tão-somente por uma dupla negação? Bom, sabe-se que se trata de uma hepatite, ou seja, de uma doença que afeta o fígado; mas o que seria algo que não é A nem B? Trata-se de uma hepatite que difere das hepatites até então identificadas, a hepatite A, de longe, a mais freqüente e longamente conhecida, e a hepatite B, que havia sido identificada de forma clara na década de 60. Na década de 40 (mais precisamente, em 1947), o médico inglês Mac-Callum publicou um artigo em que distinguia a hepatite A, decorrente da contaminação de alimentos e da água, da hepatite B, transmissível pelo sangue.

Mas a comprovação definitiva da existência da hepatite B e da presença do seu agente causador (um vírus) no sangue teria de esperar o ano de 1963, quando dois pesquisadores norteamericanos, Baruch Blumberg e Harvey Alter, identificaram no sangue de um paciente australiano (um aborígine, ou seja, um membro da população nativa da Austrália) um elemento do vírus da hepatite B, que denominaram antígeno Austrália. Poder-se-ia pensar em alguma implicância para com os australianos, mas, na verdade, deve-se à eterna necessidade de atualizar e padronizar a terminologia científica a substituição do sonoro antígeno Austrália pela insípida sigla HBsAg (acrônimo para antígeno S ou de superfície da hepatite B; entendendo-se aqui a palavra

superfície como equivalente à porção mais externa do vírus ou, em termos mais precisos, seu ‘envelope’). Blumberg receberia, em 1976, o Prêmio Nobel por sua descoberta, e o então jovem pesquisador Harvey Alter (agraciado, em 2000, com outra distinção não tão conhecida como o Prêmio Nobel, a comenda Albert Lasker) participaria decisivamente da descoberta da hepatite C, o que veremos a seguir.

O caráter ao mesmo tempo disseminado (a metáfora do “chão de espelhos”) e vago (“cascas de ar”) da então hepatite não-A e não-B, ilustrado na epígrafe do poeta Carlos Nejar, fez com que não fosse possível instituir medidas específicas visando à sua prevenção – afinal, não se previne algo que não se conhece, e não se conhece algo que não se pode nem ao menos designar. A disseminação silenciosa e invisível da hepatite, que, a partir de 1989, seria designada como hepatite C se revelou mais tarde um problema crucial de saúde pública em todo o mundo e constitui o tema deste livro.

A HEPATITE C EMERGE

Em 1989, a partir de soros de pacientes infectados pela hepatite não-A e não-B, o pesquisador norte-americano Michael Houghton, em parceria com Choo, Kuo e o supra-citado Alter, isolaram um novo vírus, que caracterizam como sendo o agente etiológico (causal) de uma ‘nova’ hepatite, a hepatite C. Cabe observar aqui que esse abecedário das hepatites virais representa tão-somente o início da frutífera incursão da ciência pelo universo das hepatites virais. Com o tempo, outras letras, como D e E, e por aí vai, foram acrescentadas ao repertório das hepatites virais.

Transcorrido um ano do isolamento do vírus da hepatite C (VHC no acrônimo em português ou HCV em língua inglesa), inicia-se a testagem visando ao rastreamento de amostras de sangue a serem processados (para fabricação de componentes denominados hemoderivados) ou diretamente transfundidas para pacientes necessitados de sangue total ou de componentes específicos do sangue, como no caso dos pacientes hemofílicos. Estes pacientes habitualmente precisam receber componentes que integram a cadeia da coagulação sangüínea, que seu organismo não consegue produzir por si só. A partir da identificação da hepatite C e do desenvolvimento de testes específicos, os estoques de sangue passam a ser rastreados para mais um agente infeccioso, desta feita, o VHC. Cabe lembrar que, quase à mesma época, tem lugar intensa mobilização social e política em torno da outra epidemia que emerge em todo o mundo (o que tratei em outro livro desta coleção da Editora da Fiocruz: *Aids na Terceira Década*) – a epidemia de Aids.

As duas epidemias seguiram trajetórias absolutamente contrastantes, a despeito da grande magnitude, disseminação mundial e gravidade, em termos de saúde pública de ambas. Apesar de afetar hoje, em todo o mundo, algo como 150-200 milhões de pessoas, entre infectados pelo VHC e doentes afetados pela hepatite C na sua expressão clínica (o que detalharei), a hepatite C evoluiu como uma epidemia praticamente invisível, por razões não de todo conhecidas, mas que discutirei a seguir.

AIDS X HEPATITE C

Ambas, hepatite C e Aids, resultam de infecções por vírus que progridem para doenças/síndromes de forma relativamente lenta, o já mencionado VHC e o vírus da imunodeficiência

humana (VIH ou HIV, este último acrônimo cunhado a partir da denominação inglesa), respectivamente. Por atacar diretamente as células da imunidade, o VIH/HIV determina uma progressão para a síndrome clínica (Aids) relativamente mais rápida do que o VHC, progressão esta, até o presente momento, inevitável, uma vez instalada a infecção. Já no caso do VHC, a progressão para doença grave (fibrose e, eventualmente, cirrose e câncer hepático; como veremos em detalhe mais adiante) é, não apenas, mais lenta (podendo chegar a mais de duas décadas, na ausência de qualquer intervenção médica), mas está restrita a um percentual relativamente diminuto (20%) dos casos de hepatite aguda pelo VHC.

Com isso, nem sempre é possível para os pacientes (e seus familiares) estabelecer umnexo causal entre uma infecção pouco relevante (ao menos, subjetivamente), ocorrida há mais de vinte anos atrás, e os sintomas que ora experimentam. Nos indivíduos que se mantêm por longos anos livres de quaisquer sintomas, o achado da infecção pelo VHC é muitas vezes casual, em função, por exemplo, de um exame de sangue de rotina. Para diversos pacientes com quem conversei ao longo da minha trajetória como médico e pesquisador, e que não referiam fatores de risco evidentes, como ter recebido transfusões de sangue ou feito uso compartilhado de drogas injetáveis, não era possível estabelecer qualquer conexão entre a presente infecção (detectada por exames de rotina) ou doença e qualquer evento específico das suas vidas. Com isso, o próprio conceito de exposição a um risco específico se perde.

Ao contrário da epidemia da Aids, cuja compreensão se pautou inicialmente pelo conceito (que se mostrou, posteriormente, equivocado) de “grupos de risco”, a hepatite C se disseminou em

todo o mundo sem que ficassem inteiramente claros os fatores específicos de risco de fato associados à infecção em muitos dos casos. Alguns destes fatores se tornaram mais claros recentemente, como, por exemplo, o uso compartilhado de recipientes e líquidos utilizados na auto-administração de drogas injetáveis (na ausência do compartilhamento propriamente dito de agulhas e seringas).

Cabe observar que a conceituação “grupos de risco” é estigmatizante e tecnicamente equivocada em ambos os casos, pois não é o pertencimento, *a priori*, a uma dada população ou grupo que faz com que um determinado indivíduo esteja sujeito a riscos associados a esta ou aquela infecção. A título de exemplo, uma pessoa que faz uso de drogas injetáveis sem compartilhar quaisquer produtos (como a solução que contém a droga a ser injetada, como a cocaína ou heroína) ou equipamentos (como, por exemplo, agulhas, seringas ou recipientes utilizados na diluição das drogas) não corre risco, do ponto de vista da transmissão sanguínea, de se infectar com vírus como o da hepatite c e da Aids. Estes vírus não são capazes de persistir em ambiente aberto por mais do que alguns minutos (ainda que possam permanecer por tempo bastante mais longo em reentrâncias ou coágulos de sangue) Por outro lado, pessoas que não são vistas (por si próprias ou pelas demais) como usuários de drogas injetáveis, como os atletas que fazem uso de esteróides anabolizantes (conhecidos na gíria como “bombas”) para ganhar massa muscular, podem, ao compartilhar equipamentos de injeção com colegas de academia, se infectar com os vírus das hepatites virais ou o vírus da Aids.

Persistem até hoje dúvidas sobre os riscos especificamente associados a outros comportamentos com relação à infecção

pelo vírus da hepatite C, como o uso em comum de canudos para aspirar a cocaína em pó ou de lâminas de barbear. Com relação a uma proporção substancial de casos, não é possível estabelecer quaisquer fatores de risco específicos, mesmo após investigações exaustivas.

Também diferentemente da Aids, a relevância da transmissão sexual do VHC é bastante reduzida, e, até o momento, cercada de polêmica e contradição. Alguns estudos conduzidos de forma metodologicamente adequada e analisados de forma criteriosa não encontraram evidências de que o VHC seja de fato transmitido sexualmente. Outros estudos encontraram, ao contrário, evidências da transmissão sexual do vírus da hepatite C, ainda que com uma força de infecção (infectividade) bastante limitada, sob o ponto de vista da transmissão sexual, se comparada, por exemplo, à infectividade do vírus da hepatite B. Seja lá como for, a hepatite C não é classificada na literatura médica atualmente como uma infecção/doença sexualmente transmissível.

Se nem os especialistas conseguem se entender, o que dizer das demais pessoas que não têm acesso a achados de pesquisa de forma regular? Embora alguns trabalhos recentes apontem para uma vulnerabilidade ampliada de determinadas minorias sexuais, como os homossexuais masculinos, frente à infecção pelo VHC, não existiu ou existe qualquer mobilização de massa ou comunitária com relação a isso. As comunidades *gays*, especialmente dos países desenvolvidos, cuja mobilização foi central aos esforços de prevenção da epidemia de Aids desde o início da década de 80, não se mobilizaram em escala minimamente comparável em torno da hepatite C. Esta constatação não se deve revestir, entretanto, de nenhuma forma de crítica. Às voltas com uma epidemia emergente (a Aids), com elevadíssima mortalidade à época

(quando não existiam quaisquer alternativas terapêuticas), de feições então quase (totalmente) misteriosas e que afetava de forma inequívoca sua comunidade, não haveria como pedir aos ativistas que se mobilizassem em torno de uma segunda ameaça que não se podia precisar naquele tempo. Ameaça esta em relação à qual os especialistas não chegavam (e não chegam) a um consenso com relação a uma possível vulnerabilidade ampliada de populações específicas recortadas segundo suas práticas sexuais.

Transmissão sexual à parte, restavam, sob o fogo cruzado de mais uma infecção, os usuários de drogas injetáveis. Não que eles não tenham se mobilizado em torno das hepatites virais (à época “ início da década de 80 “ as hepatites B e C, não claramente individualizadas, tanto pelos profissionais de saúde como pelos próprios usuários de drogas). Muito ao contrário, se mobilizaram sim, tendo estabelecido por conta própria o primeiro programa de troca de seringas (usadas, potencialmente contaminadas, por novas, estéreis), em Amsterdã, Holanda, já em 1984, como detalhado em livro mencionado anteriormente (*Aids na Terceira Década*).

Mas são notórias as dificuldades de mobilização dos usuários de drogas, a começar pela sua marginalização, criminalização, na maior parte das sociedades em todo o mundo, passando pelas dificuldades inerentes ao próprio consumo abusivo de drogas e pela ausência de canais formais de comunicação e representação na sociedade. Além disso, como diz o ditado: uma andorinha só não faz verão.

Após ter redigido as linhas anteriores, descobri casualmente um artigo na base de dados Medline (da Biblioteca Nacional de Medicina, dos EUA), que desenvolve raciocínio similar. Os seus autores, os pesquisadores australianos Korner e Treloar analisam

os editoriais das principais revistas médicas, concluindo que, no que diz respeito ao HIV/Aids, estão presentes as dimensões sociais, culturais, e a voz dos indivíduos diretamente afetados pela epidemia, com destaque para a mobilização das comunidades *gays* dos países desenvolvidos; em contrapartida, a hepatite C é uma questão vista quase exclusivamente a partir da óptica da pesquisa biomédica e da prática médica. Como assinalam os autores, a perspectiva estreita com que é encarada a hepatite C exclui a participação direta das pessoas por ela atingidas e desencoraja a mobilização da sociedade.

A epidemia de hepatite C teria de esperar por muitos anos de silêncio até que se constituíssem grupos de ajuda mútua e ativismo com passagem efetiva pela sociedade mais abrangente. Existir, sem dúvida, tais grupos existem, desempenhando um papel extremamente relevante no combate à epidemia e auxílio aos pacientes e seus familiares. Mas, ao menos sob a minha perspectiva, tem sido bastante difícil para estes grupos abrir um espaço específico para a hepatite C em uma agenda global saturada pelos mais diferentes problemas, que abrangem desde doenças tradicionais para as quais não se encontrou ainda resposta de fato global (como a Aids, a tuberculose e a malária), passando por problemas decorrentes da degradação do meio ambiente, como o aquecimento global, a escassez de água potável e a extinção de diversas espécies de plantas e animais, compreendendo ainda a fome e as guerras e conflitos nas mais diferentes latitudes.

O eventual leitor deste texto já deve estar se sentindo cansado de tantos males e problemas, e pronto para fechar o livro. Antes disso, porém, terminemos o capítulo, anunciando a etapa subsequente: um pouco de biologia, para não especialistas, a começar pelo próprio autor, que não é biólogo.