

Associação Ipê Rosa - GLSTB
Fone: (0xx62) 223-0128
Caixa Postal 184
74.001-970 - Goiânia - GO

Disque AIDS
(0XX62) 220-1414

Em Goiás - C.T.A.
Centros de Testagem e Aconselhamento

Goiânia Av. Contorno nº 2151 - Setor Norte Ferroviário - Fone: (62) 524.8720

Anápolis Av. São Francisco nº 810 - Bairro Jundiá - Fone: (62) 328-8030 / 324-8612

Itumbiara Rua Wilson Barbosa nº 325 - Jardim América - Fone: (64) 431-7921

Rio Verde Rua Goiânia nº 1032 - Centro - Fone: (64) 621-3963 / 620-2101 / 620-2102

Campos Belos Av. Desembargador Rudavia s/n - Centro - Fone: 451-1520

Luziânia Rua Izac Gonçalves s/n Setor Fumal - Fone: (61)622-1886

Catalão

Rua Coronel Afonso Paranhos nº 350 - Centro - Fone: (64) 441-2416

Uruaçu

Rua Cristiano Rose, esq. C/Rua Áustria
Setor Joanas Veiga PSF-1 - Fone: (62) 357-5512

GOVERNO DE
GOIÁS
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
Trabalhando para fazer mais.

CN-DST AIDS
Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

AIDS

Coord. Estadual de DST
Programa de Saúde da M

AIDS

IPÊ - Eco. Publ. 05-21

104

MANUAL DE SOBREVIVÊNCIA

APRESENTAÇÃO

BEM VINDOS

Com o nível crescente de informações veiculadas diariamente sobre a AIDS, era de se esperar que as pessoas procurassem mudar hábitos e costumes que pudessem expô-las ao risco de contaminação pelo HIV. No entanto isso não tem acontecido, pelo contrário, as estatísticas oficiais tem mostrado um acréscimo constante de casos notificados, principalmente entre jovens e adolescentes.

Para se enfrentar do HIV é necessário, antes de tudo, superar inimigos difíceis, como o preconceito e a discriminação. Ainda hoje existem pessoas que acreditam que a AIDS nunca vai fazer parte da suas vidas, porque não pertencem a nenhum dos chamados "**grupos de risco**", porque julgam não ter "**comportamentos de risco**", ou pensam que nunca estarão expostos a "**situações de risco**". Que isso é uma dessas coisas que só acontecem com os outros. Ledo engano. Contudo, se com a bênção de Deus, a AIDS não bater na sua porta, talvez possa, um dia, bater na porta dos seus amigos, dos filhos dos seus amigos, ou pior, na porta dos seus filhos. Porque o HIV, diferentemente dos seres humanos, não discrimina classe social, raça, cor credo, estado civil, tipo físico, cultura, nacionalidade, sexo ou opção sexual.

Segundo o Dr. Mauro Schechter e a Dra. Márcia Rachid, em seu livro: Manual de HIV / AIDS 97 – 98: "**Devido ao longo período de latência clínica (mediana de onze anos, na ausência de qualquer intervenção terapêutica), mesmo que uma vacina 100% eficaz, capaz de interromper toda a transmissão, fosse desenvolvida e empregada no próximo ano, casos de AIDS continuariam a ocorrer em grande número nos próximos dez a vinte anos**".

Além de se propor a ser um instrumento de prevenção, esta página procura ainda, ser um veículo de informação, abrangendo diversos assuntos do interesse das pessoas que, de uma forma ou de outra, estejam convivendo com o HIV/AIDS. É também, e principalmente, uma tentativa de participar do esforço para resgatar a cidadania e a auto estima das pessoas portadoras do HIV.

Hoje, com o advento de novas e potentes drogas, exames modernos e um maior conhecimento sobre o vírus, os médicos já são capazes de melhorar a qualidade e aumentar, significativamente, a expectativa de vida da grande maioria dos portadores do HIV. Contudo, esses avanços ainda não curam o luto pelos limites impostos pelas doenças decorrentes da AIDS, a dor das perdas sociais, o desespero causado pelo medo da morte, e nem tão pouco o pior dos males, a discriminação.

DST é uma sigla que significa: **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Algumas são quase tão antigas quanto a humanidade. Segundo o Dr. Mauro Romero Leal Passos, no relato do seu livro "**DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Se Educar da Para Evitar**": o Antigo Testamento, Livro Levítico 15, já fazia menção à Gonorréia. Entretanto, a origem da maioria das DST ainda é desconhecida.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis, ou **Doenças Venéreas**, como são popularmente conhecidas, são aquelas que passam de uma pessoa para outra durante uma relação sexual, indiferentemente dos parceiros serem homo ou heterossexuais.

A expressão Venérea provém de Vênus, a Deusa do Amor. Na antiguidade acreditava-se que elas eram castigos da Deusa que, enciumada, punia os amantes.

As DST mais comuns são: Gonorréia (Pingadeira ou Esquentamento) Cancro Mole (Cavalo), Sífilis (Cancro Duro), Herpes, Hepatite (tipo A e B), Candidíase, Linfogranuloma Venéreo (Mula), Uretrite não Gonocócias (Chlamydia), Condiloma Acuminado, Tricomoníase e a AIDS. Mas existem ainda muitas outras.

Geralmente os sintomas das **Doenças Sexualmente Transmissíveis** se fazem notar alguns dias após a infecção. Entretanto, existem agentes causadores de DST que podem permanecer por quase toda vida sem ser percebidos pelo hospedeiro, é o caso por exemplo do Citomegalovírus, causador da Retinite, Colite, Esofagite e da Pneumonite. Isso ocorre porque estes microorganismos, mesmo residentes no organismo, são geralmente contidos, bloqueados por anticorpos produzidos pelo sistema imunológico, só se pronunciando em situações especiais, como um estado de imunodepressão (baixa de defesas imunológicas). Contudo, o portador de uma DST é também um transmissor da doença, mesmo desconhecendo seu estado de infecção.

Hoje em dia a maioria das DST é facilmente tratada com medicamentos, porém a melhor maneira de tratar uma doença Venérea e evitá-la, usando o bom senso, **reduzindo as parcerias e utilizando o preservativo (camisinha), em todas as relações sexuais**, mesmo com as "**pessoas mais confiáveis**".

PRESERVATIVO MASCULINO

De acordo com Marcelo Duarte, na narrativa do livro: "**O Guia dos Curiosos**", já no século XVI o anatomista italiano Gabriel Fallopius recomendava que os homens usassem no pênis, durante o ato sexual, um incômodo saquinho feito de linho, amarrado com um pequeno laço. Esse artefato tinha como objetivo evitar as chamadas doenças venéreas, hoje chamadas de **DST** (doenças sexualmente transmissíveis). Aproximadamente um século depois, um médico inglês, Dr. Condom, criou um outro saquinho protetor feito com tripas de animais. Seu objetivo era evitar que o rei Carlos II continuasse a gerar filhos ilegítimos.

Em 1939, com a descoberta do processo de vulcanização da borracha, os preservativos passaram a ser fabricados com esse material. Este novo processo trouxe grandes vantagens: ele tornou-se elástico, podia ser mais fino, proporcionando conforto e uma sensibilidade maior do que seus antecessores, durante o ato sexual, e não precisava ser amarrado ao pênis.

As vantagens da utilização do preservativo, em todas as relações sexuais, são imensas. Ele reduz o risco de contaminação pelo HIV em mais de **oitenta e cinco por cento**, além de proteger também contra uma série de outras doenças sexualmente transmissíveis como: Chlamydia, Sífilis, Herpes, Gonorréia, Cândidas e etc.. Ele protege tanto o homem

casais que optaram pelo uso constante do preservativo como forma de controle da natalidade, em detrimento de outros processos como a pílula anticoncepcional, diafragma e etc. Além de ser mais prático, barato e descartável, não agride o organismo da mulher.

Alguns **"experts"** em sexo afirmam que, em determinados casos, a pressão exercida pelo anel da extremidade do preservativo sobre a base do pênis provoca uma ereção mais duradoura, porque retém o sangue por mais tempo no canal cavernoso. Contudo, não existe ainda nenhum estudo científico publicado sobre este tema. Em contra partida algumas pessoas alegam que o preservativo diminui um pouco a sensibilidade, durante o coito, mas isso na verdade, é apenas uma questão de costume.

Caso uma relação sexual, com o uso do preservativo, não seja suficientemente satisfatória, deve-se procurar conversar abertamente com a parceira ou com o parceiro. Ouvir o que a outra pessoa tem a dizer. Talvez e muito provavelmente o problema não esteja no preservativo mas, na relação.

Apesar de todos os inegáveis benefícios proporcionados pelo preservativo (camisinha) é necessário chamar a atenção para o fato de que ele não é uma garantia absoluta de proteção contra a transmissão do HIV. Embora o risco seja pequeno, existirá sempre a possibilidade de que ele venha a se romper durante a relação sexual e, principalmente, o que hoje é muito comum, a má utilização do mesmo.

É muito importante que as pessoas aprendam a utilizar o preservativo pois a proteção está diretamente relacionada com o seu uso correto. A função do preservativo não é apenas a de reter o sêmen após a ejaculação, mas também e principalmente o de evitar todo e qualquer contato dos fluídos orgânicos, tais como: esperma, secreção vaginal, sangue e etc., com as mucosas (camada úmida de tecido que reveste a ponta do pênis, a vagina, o anus, a boca e etc.) ou com qualquer ferida ou escoriação exposta na pele do parceiro, ou parceira. Assim:

- 1 - Só se deve abrir o envelope contendo o preservativo no momento em que for utilizá-lo, para que não resseque.
- 2 - Abra-o cortando pelo picote no sentido vertical.
- 3 - Não utilize objetos cortantes ou pontiagudos pois eles podem danificar o preservativo.
- 4 - Coloque o preservativo após a ereção do pênis e antes de qualquer penetração na vagina, no ânus, ou outros contatos físicos.
- 5 - Para colocá-lo corretamente leve-o até a extremidade do pênis, quando estiver ereto. Utilizando o dedo indicador e o polegar, aperte a ponta do preservativo formando uma pequena bolsa e evitando que se forme uma bolha de ar no seu interior. Este espaço, que aparentemente ficará sobrando, será utilizado como reservatório para o sêmen, após a ejaculação.
- 6 - Com a outra mão desenrole-o até a base do pênis sem permitir a retenção de ar no seu interior, para não prejudicar a sensibilidade ou promover aumento de risco de rompimento.
- 7 - Logo após a ejaculação, enquanto o pênis ainda estiver ereto, retire o membro segurando na borda do preservativo próximo ao anel, para que ele não escape e fique retido dentro da companheira, ou companheiro, e não haja vazamento de esperma.

9 - Depois de retirado o preservativo deve-se dar um nó na sua extremidade aberta para evitar vazamentos, antes de jogá-lo fora.

10 - Nunca reutilize um preservativo.

11 - após a relação devem-se observar os cuidados necessários com a higiene pois resíduos de sêmen certamente ficarão retidos nas mãos e, com certeza, no próprio pênis.

Nota: Não o jogue nos vasos sanitários pois eles podem causar entupimentos.

Um dos motivos que causam o rompimento do preservativo durante o ato sexual é a falta de lubrificação natural. Nesses casos é importante que se faça uso de lubrificantes artificiais à base de água, como o KY Gel Lubrificante, produzido pelo laboratório Johnson e Johnson ou o Preserve Gel Lubrificante, produzido pelo laboratório Dlausiegel, por exemplo. Os outros lubrificantes, à base de vaselina, óleos vegetais e derivados de petróleo, e até mesmo a utilização da saliva podem provocar a deterioração do Látex, produto do qual a camisinha é feita, e provocar o rompimento do preservativo. Assim o uso de tais lubrificantes é desaconselhado. Antes de escolher o lubrificante mais adequado consulte o seu médico, ele é a pessoa mais recomendada para presta **FORMAS DE PREVENÇÃO**

Existe muita gente que ainda acredita que a AIDS é uma dessas coisas que só acontece com os outros, que nunca irá acontecer com ela. Devido a esse fato, aproximadamente 16 mil pessoas, em média, tornam-se vítimas diariamente do HIV, em todo o mundo. Uma pesquisa recente demonstrou que a maioria das pessoas que se contaminaram, nos últimos anos, já tinham ouvido falar da AIDS, já haviam visto campanhas de prevenção, e se consideravam bem informadas a esse respeito. No entanto, mesmo assim, continuavam a manter "**comportamentos de risco**" ou se submetendo a "**situações de risco**".

A infecção pelo HIV pode ocorrer durante as relações sexuais; pelo compartilhamento ou reutilização de agulhas e seringas contaminadas; de uma mãe soropositiva para o feto, durante a gestação, no momento do parto, ou durante o aleitamento materno; através de transfusões de sangue, ou pelo consumo de hemoderivados infectados. A contaminação também pode ocorrer durante uma intervenção cirúrgica que envolva transplantes de órgãos, ou inseminação artificial, quando os doadores forem soropositivos. Ou ainda, por acidente de trabalho com profissionais da área de saúde.

Ter uma boa aparência, bons hábitos de higiene, ser bem educada, simpática, de boa família, ou possuir uma situação financeira privilegiada, não significa uma garantia, não é um atestado de não ser portador do HIV. É muito importante que se tenha em mente que nem sempre as pessoas tem consciência da sua realidade sorológica. Desta forma, podem estar infectando outras pessoas, involuntariamente, durante uma relação sexual sem o preservativo, compartilhando ou reutilizando agulhas e seringas.

Quanto a questão da prevenção nas relações sexuais, a única forma realmente segura, que oferece cem por cento de certeza de não ocorrer a contaminação pelo HIV é a abstenção. Também é considerada como uma prática sexual "segura" a relação entre parceiros que não sejam usuários de drogas, nem tenham sofrido transfusões de sangue ou recebido hemoderivados pelo menos nos últimos dez anos, e que tendo iniciado juntos (um com o outro) a vida sexual, se mantenham fieis, um ao outro.

Como nos dias de hoje tais hábitos são reconhecidamente pouco comuns e, como quem vê cara não vê coração, uma

PROTEJA-SE: USE SEMPRE O PRESERVATIVO (CAMISINHA) NAS RELAÇÕES SEXUAIS, COM QUALQUER PESSOA, "MESMO AS MAIS CONFIÁVEIS".

RELAÇÃO SEXUAL: É a forma mais freqüente de transmissão do HIV. Ocorre indiscriminadamente nas relações heterossexuais ou homossexuais. Qualquer pessoa contaminada pode transmitir o HIV durante uma relação sexual, embora o perigo maior seja para a pessoa que recebe a penetração, indiferentemente de ser homem ou mulher.

SEXO VAGINAL: O HIV é encontrado em grande quantidade no esperma e nas secreções vaginais. As estatísticas demonstram que ele é eficientemente transmissível a qualquer dos parceiros durante a relação heterossexual. Durante o coito geralmente acontecem pequenas escoriações, micro rompimento de vasos sangüíneos, e outras lesões leves na vagina, principalmente quando a lubrificação é deficiente, por ali acontece mais facilmente o contágio. A mulher é também àquela que recebe e abriga o esperma, isso aumenta a propensão ao contágio. O homem, apesar de correr um risco menor, também está exposto a possibilidade de infecção, pela parceira, principalmente se o não estiver utilizando um preservativo.

SEXO ANAL: De todas as práticas sexuais é, provavelmente, a mais perigosa. A pressão exercida pelos músculos do ânus, no pênis, é muito grande e provoca invariavelmente irritações, esfolamentos e micro rompimentos das mucosas e do tecido peniano, permitindo, com mais facilidade, o acesso do HIV à corrente sangüínea. Esta prática sexual aparece oferecer o mesmo risco de infecção, tanto para quem sofre a penetração como para quem penetra, principalmente quando o coito ocorre sem a utilização de um preservativo.

NOTA IMPORTANTE: Pessoas com ulcerações, pequenas feridas, irritações, inflamações e infecções na vagina, no anus, no pênis, ou ainda, portadoras de alguma DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) tem uma propensão muito maior a contrair o HIV, durante uma relação sexual com pessoas soropositiva.

SEXO ORAL: É uma questão que divide os especialistas. Alguns consideram como uma prática de média, ou pequena periculosidade. Já outros são bem mais rigorosos na sua avaliação. O risco maior é para a pessoa que participa como ativa, ou seja, com a boca, indiferentemente se homem ou mulher, pois o esperma, ou a secreção vaginal, escorre pelos lábios, adere as mucosas, se aloja entre os dentes e, encontrando uma porta de entrada: um pequeno corte, aftas, ou pequenas inflamações nas gengivas, pode provocar a infecção. Para a pessoa passiva (a que participa com o pênis, ou com a vagina) o perigo é significativamente menor. Mas, mesmo assim existe.

COMPARTILHAMENTO OU REUTILIZAÇÃO DE AGULHAS E/OU SERINGAS: No caso de usuários de drogas injetáveis, se uma pessoa portadora do HIV (mesmo desconhecendo este fato) compartilhar a mesma agulha ou seringa com outras pessoas, poderá contaminar as demais. Quem fizer uso da mesma seringa, ou agulha, depois dela, estará sujeito a infecção. O contágio é imediato e irreversível.

NOTA: Mesmo no caso de pessoas que não são usuárias de drogas injetáveis, nunca, sob nenhuma hipótese, deve-se fazer uso de agulhas ou seringas que não sejam novas, descartáveis e que estejam devidamente lacradas. Nem em casa, nem nas farmácias, e muito menos nos hospitais ou nos postos de saúde.

CONTAMINAÇÃO VERTICAL: Uma gestante soropositiva tem uma grande probabilidade de transmitir o HIV para o neném, durante a gravidez, no momento do parto, ou durante o aleitamento materno. Entretanto, este perigo pode ser reduzido, de forma significativa, se a futura mamãe for adequadamente tratada por um médico durante a gestação.

A CONTAMINAÇÃO PELO SANGUE: Uma pessoa pode se contaminar durante uma transfusão de sangue ou recebendo hemoderivados infectados. É muito importante saber se o mesmo foi devidamente testado por exames antivirais antes da transfusão, porque além do HIV, o sangue pode conter uma grande variedade de outros vírus: Hepatite, Sífilis, Herpes e etc.. Outra forma de contaminação é o contato direto do sangue de um portador do HIV com uma ferida na pele, ou nas mucosas, de uma pessoa soronegativa, isto é, não portadora do vírus. E isto pode ocorrer até mesmo em uma briga de rua, se houver sangramento dos oponentes. Por isso é recomendável que as pessoas não entrem em luta corporal, principalmente com desconhecidos.

CONTAMINAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO: Ocorre com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, pesquisadores, pessoas que trabalham em laboratórios de análises clínicas, e etc.) no desempenho de suas funções. A incidência maior de acidentes é com instrumentos chamados de perfurocortantes, infectados. A ocorrência deste tipo de contágio é relativamente pequena, e ainda pode ser reduzida quase que a zero se forem observadas as normas de segurança específicas para o seu trabalho.

A HISTORIA DA DESCOBERTA DO HIV

Em 1979 Dr. Robert C. Gallo, um cientista americano do Instituto Nacional do Câncer no campus de Bethesda, em Maryland, Estados Unidos, descobriu o primeiro retrovírus humano, o HTLV. Este vírus se transmitia por contaminação sangüínea, através de relações sexuais e, de mãe para filho no momento do parto. Em 1982 o Dr. Gallo descobriu um segundo retrovírus humano, da mesma família do HTLV que batizou de HTLV-2.

Após uma longa troca de informações e cooperação entre o Instituto do Câncer, nos Estados Unidos, e o Instituto Pasteur, na França, o Dr. Gallo anunciou a descoberta do HTLV-3, que afirmou ser o causador da AIDS. Quase que ao mesmo tempo, a equipe do professor Jean Luc Montagnier, do Instituto Pasteur de Paris identificou um outro retrovírus humano, com características diferentes do HTLV-1 e 2, que também se transmitia por contaminação sangüínea, através de relações sexuais e de mãe para filho durante a gravidez, no momento do parto ou durante o aleitamento materno. Foi batizado como LAV: "**Lymphadenopathy Associated Vírus**", que traduzindo para o português significa: Vírus Linfadenopático da AIDS, e fotografado pela primeira vez em fevereiro do mesmo ano por Charles Dauguet.

Após a descoberta da equipe do professor Montagnier teve início uma verdadeira batalha pelo reconhecimento da paternidade do vírus causador da AIDS. Estudos comparativos demonstraram grandes semelhanças, verdadeiras identidades entre o HTLV-3 e o LAV, o que por si só já era assunto para muita discussão mas, este conflito não envolvia apenas uma questão médica, haviam outros aspectos como a questão econômica, associada a patente, como também um fundo político. Próximo das eleições, a notícia de uma descoberta de tal vulto, pelos americanos, era de grande importância e resultou em milhares de votos de homossexuais para a campanha de Ronald Reagan. Também serviu como justificativa para os milhões de dólares investidos em pesquisas. Confiante, a ministra da saúde dos Estados Unidos, Margaret Heckler, prometia na época, uma vacina capaz de erradicar a AIDS, no prazo de até dois anos.

Após muita controvérsia, acusações mútuas e conflitos de toda natureza entre o proeminente cientista americano e o ilustre Professor francês, em maio de 1986 as partes chegaram a um entendimento, intermediado por uma comissão internacional presidida pelo Dr. Harold Varmus, onde "**ambos os vírus**" passariam a ser conhecidos apenas como HIV - Human Immunodeficiency Virus. No entanto, o conflito não terminaria ali. O professor Montagnier relata no seu livro: Vírus e Homens: "O NIH (National Institutes of Health) havia requerido patente do HTLV3, que tinha sido concedida pelas autoridades norte americanas quando a patente do LAV, depositada antes, em dezembro de 1983, não tinha sido aceita.

acordo "**histórico**" assinado pelas direções do NIH e do Instituto Pasteur, e homologado por Ronald Reagan e Jacques Chirac. As duas patentes tornavam-se co-propriedade das duas instituições, que dividiriam os royalties entre si".

Hoje, no entanto, sabemos que longe de ser uma descoberta paralela, ou simultânea, o HTLV-3, na verdade, foi uma renomeação do vírus descoberto pela equipe do professor Montagnier. O próprio Dr. Robert Gallo, em carta publicada pelo revista científica britânica Nature Medicine, reconheceria publicamente que a paternidade do vírus causador da AIDS, que ele afirmara ter descoberto, pertencia na verdade aos pesquisadores do Instituto Pasteur. A justificativa apresentada foi a de que as amostras do vírus recebidas dos franceses contaminaram, acidentalmente, suas próprias culturas. Daí o engano. Essa confissão, com sete anos de atraso, iria redimir o cientista americano das acusações de ter se apropriado da descoberta do professor Montagnier.

Em 1986 as equipes do Instituto Pasteur e da universidade de Harvard, trabalhando em conjunto identificaram, na área da África Central, um segundo agente causador da AIDS, e deram a ele o nome de HIV-2. Também era um retrovírus humano, com características muito semelhantes ao HIV-1 porém, um pouco menos agressivo. As equipes chegaram a conclusão de que tanto o HIV-1 como o HIV-2 teriam evoluído do mesmo progenitor.

Cientistas da Universidade do Alabama publicaram uma matéria na revista britânica "Nature", afirmando que: em testes realizados no cadáver da chimpanzé Marilyn, que morreu em 1985, aos 26 anos de idade, foi encontrado um vírus muito semelhante ao HIV. Ela não havia sido usada em pesquisa sobre AIDS e nunca recebera sangue humano. Com base nesta descoberta os pesquisadores acreditam que o HIV tenha se desenvolvido, provavelmente por mutação natural, a partir do Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV). Não existe ainda uma explicação de como se deu a transferência do vírus para o ser humano, contudo especula-se que ela pode ter ocorrido pela ingestão de carne crua de chimpanzé contaminada, através de ferimentos durante luta corporal com caçadores, por zoofilia ou ainda, pela utilização de sangue ou órgãos, como o fígado de chimpanzés, no desenvolvimento de vacinas.

COMPORTAMENTO DO HIV

Resumidamente, de forma bem simplista, podemos dizer que quando o HIV entra na corrente sangüínea é reconhecido como invasor e atacado pelas nossas defesas naturais, mais notadamente pelos macrófagos/mielócitos e células dendríticas. "Aprisionado", é conduzido até um grupo de glóbulos brancos chamados de Linfócitos T CD4+, ("**Helper**" ou **Auxiliares**). Estes Linfócitos são uma espécie de maestros, ou comandantes do sistema imunológico. Eles aderem ao invasor, registram suas características genéticas, e tocam um sinal de alerta que faz aumentar a produção de outros grupos de agentes, mais notadamente os Linfócitos T CD8+ (**Supressores**), que tem a função de atacar e destruir as células infectadas pelos agressores externos; e as chamadas células **NK** (Natural Killer), dentre outras. Paralelamente coordena a produção dos Linfócitos "**B**", que são anticorpos específicos contra cada tipo diferente de invasor. Em condições normais, quando o inimigo é destruído, ou controlado, o CD4+ emite um outro sinal para o sistema imunológico, a produção dos demais agentes se estabiliza e todo o organismo volta a normalidade. Entretanto, no caso da infecção pelo HIV isso não acontece. Ao entrar em contato com os Linfócitos T CD4+ o HIV rompe o seu invólucro de proteínas e, com o auxílio da enzima transcriptase reversa, constrói uma cópia (réplica) de si mesmo em DNA viral, e transcreve para ela suas informações genéticas formando o pró-vírus. Com o auxílio de uma outra enzima chamada integrase ele se insere no DNA celular, e obriga a sua hospedeira a fazer réplicas (cópias) dele.

A rotina de reprodução do HIV se assemelha muito a uma linha de montagem. Como em uma fábrica de automóveis, por exemplo. As partes são "**produzidas**" separadamente (utilizando as enzimas da transcriptase reversa, integrase, protease

de RNA viral, inclusive com o seu envelope de proteínas, e "**estocadas**" dentro da célula infectada. Em um dado momento, quando a explosão demográfica já é muito elevada a hospedeira morre, devido ao excesso de população viral, ou por apoptose. O HIV então brota, aos milhares, do seu interior em direção a corrente sanguínea para reiniciar o ciclo. Todo processo ocorre numa velocidade muito grande, em aproximadamente três horas todo o ciclo terá sido percorrido.

O comportamento do HIV é sempre igual, mas a sua progressão varia muito em função do seu grau de mutação, e da sua interação com o organismo de cada pessoa.

Como o ciclo de vida do HIV é pequeno, e sua replicação muito rápida, o corpo humano torna-se o cenário de uma intensa atividade com cópias do HIV e moléculas de T CD4+ "**nascendo**" e "**morrendo**" a todo instante. Na ausência de uma intervenção médica, o HIV acabará por deixar o organismo susceptível a infecções, muitas vezes chamadas de oportunistas.

Segundo o Dr. Jean Luc Montagnier, do Instituto Pasteur de Paris, no relato do seu livro: **Vírus e Homens**, ao contrário do que costuma ser noticiado nos jornais e na televisão, o HIV não possui uma "**incrível capacidade de mutação**". A verdade é que ele não dispõe de todos os recursos necessários para executar fielmente a transcrição reversa, e por isso comete uma grande quantidade de erros. As deformações ocorrem ao acaso, mas só persistem aquelas que são compatíveis com a sua sobrevivência. Estas mutações acabam por provocar o surgimento, cada vez maior, de novos subtipos, ou "**famílias**" do vírus que, em virtude da seleção natural, acabam se tornando mais resistentes aos medicamentos.

Utilizando a corrente circulatória como se fosse um sistema viário, repleto de ruas e avenidas, o HIV circula pelo organismo. Com o tempo consegue atingir praticamente todas as partes do corpo: o aparelho digestivo, olhos, ouvidos, pele, coração, sistema nervoso central, periférico e outras células de longa vida. Depois que ele consegue se alojar nesses órgãos a tarefa de alcançá-lo e combatê-lo torna-se muito mais difícil. "**Instalado**" em locais como o sistema nervoso central, pode causar danos irreversíveis quando a intervenção médica é tardia. O HIV pode ser encontrado também, em grande quantidade: no fluido cérebro-espinhal, no esperma, nas secreções vaginais e no leite materno. Pode ser ainda percebido no suor, na lágrima, nas secreções do ouvido, urina e na saliva, geralmente em quantidades muito pequenas, consideradas insuficientes para provocar contágio.

Para que se possamos ter uma idéia clara da atuação do HIV no organismo humano, podemos estabelecer uma comparação entre o sistema imunológico e uma grande orquestra sinfônica, com seus vários grupos de instrumentos, e músicos altamente qualificados. Suponhamos então que o regente desta orquestra, durante a execução de uma música, comece a passar mal, e pouco a pouco o seu estado de saúde vá se depauperando. Inicialmente ele cometerá pequenas falhas, equívocos, devido à dor ou à falta de concentração, que poderão passar quase que despercebidos pelo público em geral, mas que serão notados pelos instrumentistas. Com o agravamento do seu estado os erros começarão a se tornar mais graves, mais aparentes. Os músicos, seguindo os comandos equivocados do maestro, já não conseguirão manter a harmonia e a qualidade da melodia (conjunto). Quando por fim o maestro não conseguir mais reger, haverá uma completa balbúrdia. Por mais qualificados que sejam os músicos, por mais bem ensaiados que estejam, sem o comando seguro do regente não serão capazes de desempenhar as suas funções: alguns tocarão intensamente, outros simplesmente cruzarão os braços ou tocarão fora da hora. Após algum tempo, os músicos, inevitavelmente, pararão de tocar. A mesma coisa acontece com as defesas naturais. Sem o comando exercido pelos Linfócitos T CD4+, o sistema imunológico começará a se ressentir de informações sobre os agentes agressores, vai ficando debilitado incapacitado de defender o organismo. Alguns agentes passarão a ser produzidos em maior quantidade, como os T CD8+ (**supressores**). Já outros, praticamente não serão mais produzidos, como determinados anticorpos específicos contra alguns tipos de vírus, bactérias, protozoários,

normais são contidos, bloqueados pelas defesas naturais. Esses microorganismos, se aproveitando do estado de anarquia do sistema imunológico, passam a provocar as chamadas doenças ou infecções oportunistas. Estabelece-se o caos e, caso não ocorra a intervenção médica, o organismo sofrerá violentas agressões que poderão levar até mesmo a morte.

DEFINIÇÃO DE HIV

HIV é uma sigla em Inglês, que significa: **Human Immunodeficiency Vírus**. Traduzindo para o português: **Vírus da Imunodeficiência Humana**. É o agente causador da AIDS.

Agentes infecciosos, os vírus são seres vivos que só podem ser visualizados pelo olho humano através de microscópios eletrônicos e, ao contrário de outros microorganismos, como as bactérias, só são capazes de sobreviver e proliferar, quando instalados em uma célula que possam parasitar.

Pertencente a família dos lentivírus, citopáticos, não oncogênicos, isto é: um vírus de ação lenta, que destrói a sua hospedeira e não provoca câncer, é também chamado de retrovírus porque possui uma enzima chamada de transcriptase reversa. Esta enzima permite que ele transcreva suas informações genéticas contidas em uma cadeia simples de RNA para uma cadeia dupla de DNA viral. Com o auxílio de outra enzima, chamada de integrase, ele consegue se introduzir no DNA da célula infectada e obriga-la a produzir réplicas dele.

O HIV está em constante processo de mutação, o que dificulta muito o desenvolvimento de drogas que possam erradicá-lo. Seu aspecto mais grave reside no fato de que ele infecta e destrói, principalmente, as células do Sistema Imunológico.

HISTORIA DA DESCOBERTA DA AIDS

Existem evidências históricas de que este vírus, que começou a chamar a atenção da comunidade médica americana em 1981, já existia e atacava seres humanos há várias décadas. Se procurarmos com atenção nos registros médicos podemos encontrar casos de pacientes, mais notadamente na África Central, nos Estados Unidos e no Haiti, que apresentaram doenças com sintomas característicos da AIDS, já há bastante tempo.

Segundo o Dr. Jean Luc Montagnier, do Instituto Pasteur de Paris, na narrativa do seu livro: **Vírus e Homens**, estudos recentes, realizados em cadáveres, com detector de DNA viral e testes retrospectivos em soro congelado, identificaram o HIV em um cidadão americano falecido em 1952. Pelos mesmos processos o vírus foi reconhecido também em um marinheiro inglês, de Manchester, que morreu em 1959. Vicent T. DeVita Jr., Samuel Hellman e Steven A. Rosenberg relatam no livro: **AIDS/SIDA**, a identificação do HIV, obtido também através de testes sorológicos retrospectivos, em um habitante do Zaire, na África Central, vitimado em 1959. Posteriormente foi reconhecido o caso de um jovem adolescente do estado do Missouri, nos Estados Unidos, em 1964.

Leon Chaitow e Simon Martin, na narrativa do livro: **Um Mundo Sem AIDS**, mencionam o caso de um rapaz negro que tinha sido muito ativo sexualmente, sem qualquer prática homossexual. Não estivera doente anteriormente nem recebera transfusão de sangue. Mesmo assim, em 1968, apresentou todo o conjunto de sintomas característicos do que hoje chamamos de AIDS e posteriormente morreu, cerca de doze anos antes do surgimento do primeiro caso diagnosticado nos Estados Unidos.

Dominique Lapiere relata em seu livro: **Muito Além do Amor**, alguns outros casos, como o do imigrante português, radicado na França, que morreu em março de 1980, com pouco mais de trinta anos de idade. Desde 1977 apresentou

inexplicável, erupções cutâneas graves, além de uma séria deficiência de glóbulos brancos. Este português nascido em Lisboa, motorista de caminhão, de nome Felix Pereira não era homossexual, nem usuário de drogas de qualquer espécie, muito menos hemofílico. Houve também o caso de duas mulheres, falecidas na França, no mesmo período, vitimadas pelas mesmas doenças, sem explicação aparente. A exemplo do motorista português, nenhuma delas tivera qualquer contato com drogas. A única relação entre as três vítimas consistia no fato de que todas haviam residido no Zaire, um país da África Central, na mesma época. Dos casos narrados por Lapierre talvez o mais comovente seja o que retrata o ocorrido com o geólogo francês Claude Chadon, que morreu em 1979, no Caribe. Apaixonado por sua esposa, havia chegado virgem ao altar. Nunca teve olhos para outra mulher. Enviado para o Haiti para cumprir serviço militar como cooperante, sofreu um grave acidente de automóvel e teve de ser levado para um hospital em Porto Príncipe. Submetido a transfusões de sangue, de diferentes doadores locais, veio a falecer um ano mais tarde com os sintomas que, tempos depois, seriam identificados como sendo da AIDS.

Talvez por serem ataques isolados, não tenha chamado a atenção da comunidade médica, ou talvez ela, até então, não dispusesse de recursos, conhecimento suficiente para diagnosticar a AIDS. O paciente falecia e a questão era simplesmente esquecida. Morte por causa desconhecida.

Vicent T. DeVita Jr., Samuel Hellman e Steven A. Rosemberg sugerem no livro: **AIDS/SIDA**, que o HIV, uma vez introduzido em comunidades habituadas a práticas sexuais com diversos parceiros, ou expostas ao consumo de derivados de sangue, tenha se espalhado com rapidez tornando-se clinicamente aparente. Estes autores afirmam ainda que dados clínicos e sorológicos retrospectivos revelam que a infecção pelo HIV-1 teria se disseminado de forma epidêmica primeiramente em áreas urbanas da África Central, em meados da década de 70. Outros autores porém, admitem que ela possa ter ocorrido um pouco antes, na segunda metade dos anos 60.

Diferentemente do que ocorreria alguns anos depois nos Estados Unidos, a incidência de contaminação entre os africanos era predominantemente entre heterossexuais, atingindo homens e mulheres na mesma proporção. Os hábitos sexuais tribais, comuns em populações semeadas em áreas rurais próximas da região afetada, o elevado consumo de drogas e o alto índice de prostituição nas cidades, teriam contribuído bastante para a disseminação da AIDS, na visão de alguns historiadores. Porém, estranhamente, esta epidemia que provocava falência múltipla dos sistemas orgânicos e supressão imunológica, apresentando quadros infecciosos que invariavelmente conduziam à morte, parece ter passado completamente despercebida pela comunidade científica internacional, e não há indícios de que tenha sido noticiada pelos meios de comunicação, por aproximadamente dez longos anos.

Recentemente, cientistas da Universidade do Alabama publicaram uma matéria na revista britânica "**Nature**", afirmando que em testes realizados no cadáver da chimpanzé Marilyn, que morreu em 1985, aos 26 anos de idade, foi encontrado um vírus "**semelhante**" ao HIV. Ela não havia sido usada em pesquisa sobre a AIDS e nunca recebera sangue humano. Com base nesta descoberta, os pesquisadores acreditam que o HIV tenha se desenvolvido, provavelmente por mutação natural, a partir do Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV)

Não existe ainda uma explicação, aceita sem reservas pela comunidade científica, de como se deu a transferência do vírus para o ser humano. Contudo, especula-se que ela possa ter ocorrido pela ingestão de carne crua contaminada, através de ferimentos provocados por luta corporal com caçadores, por zoofilia, ou ainda, pela utilização de sangue ou órgãos de chimpanzés, no desenvolvimento de vacinas.

O virologista molecular americano, Robert Bohamon, provocou muita polêmica ao afirmar que havia descoberto um vírus "**semelhante**" ao HIV contido em doses de uma vacina experimental anti-tífica, produzida com fígado de chimpanzé

africanos. Fabricada nos Estados Unidos a vacina teria sido testada nos anos 50 em comunidades africanas, justamente onde anos mais tarde, coincidentemente, ocorreria o primeiro surto epidêmico de AIDS. Após os testes, a vacina não foi distribuída comercialmente, devido ao fato de ter perdido a concorrência de fornecimento para a "**Sabin**", segundo afirmação dos seus responsáveis.

Uma outra suspeita sobre a possível transmissão do agente infeccioso da AIDS, surgiu em 1991, quando se levantou a possibilidade de que uma vacina antimalárica experimental, preparada a com sangue de macacos, teria sido administrada em 40 voluntários humanos, com o objetivo de imunizá-los, entre 1962 e 1966.

Seguindo essas hipóteses, o HIV poderia já estar infectando seres humanos já há bastante tempo mas, em proporções muito pequenas. Com a realização do teste da vacina imunizante contra a Póliomielite ele teria sido introduzido, em larga escala, acidentalmente, em comunidades africanas e, posteriormente, levado por viajantes: turistas, comerciantes, pesquisadores, participantes de grupos de ações humanitárias e outras pessoas que, tendo tido contatos sexuais com residentes da região, ou recebido transfusão de sangue, teriam levado o vírus inicialmente para os Estados Unidos e a Europa, e depois para o resto do mundo. Contudo as evidências ainda demandam maiores investigações e, pelo menos por enquanto, são consideradas apenas como suspeitas.

O que sabemos, e está registrado nos anais da história, é que desde a segunda grande guerra mundial o mundo vem passando por transformações intensas e muito rápidas. O processo de reconstrução da Europa arrasada, e os movimentos rebeldes dos jovens americanos, na década de 50, pareciam ser o prenúncio de uma nova era. Os avanços tecnológicos como a televisão, inventada pelos ingleses nos anos trinta mas que só foi popularizada na segunda metade dos anos 50; a significativa melhoria das comunicações internacionais, com a instalação de cabos telefônicos de longa distância "**unindo continentes distantes**" e o aumento das viagens intercontinentais, e da aviação comercial de passageiros, que tornava as viagens muito mais rápidas, baratas e freqüentes, provocaram uma mistura de povos, culturas, hábitos, comportamentos, religiões, doenças, desigualdades e contrastes sociais, tornando o mundo uma grande aldeia global.

Os anos 60 foram uma década de muitas lutas e conquistas, marcadas por profundas mudanças de valores e comportamentos: a luta contra a segregação racial, nos Estados Unidos; os Híppies, Woodstock, o amor livre, a revolução sexual; a intensificação do movimento feminista; a revolução gay; o movimento contra a guerra do Vietnã; a corrida espacial, a chegada do homem à lua... O rompimento com padrões morais conservadores, a substituição de valores tradicionais e as mudanças comportamentais foram muito rápidas, talvez até rápidas demais, não permitindo que as pessoas aprendessem a conviver com elas. Homens e mulheres, protegidos de uma gravidez indesejada, graças à pílula anticoncepcional, seguros de obterem tratamento eficiente contra as doenças sexualmente transmissíveis, após a descoberta da penicilina, rapidamente multiplicaram suas relações sexuais, suas parcerias e seus orgasmos.

Na noite de 25 de junho de 1969 em Nova York, mais especificamente no bairro boêmio de Greenwich Village, teve início aquela que passou para a história como a revolução gay. Um grito de liberdade e igualdade de direitos, que começou de forma violenta, com os revoltosos enfrentando nas ruas os seus agentes opressores, aos socos, pontapés e garrafadas. Este levante, que num primeiro momento mais parecia a ação de bademeiros, se transformou em um chamamento para que os homossexuais de todo o mundo saíssem da clandestinidade, assumissem abertamente sua opção sexual e se unissem. Apesar da reação inflamada dos conservadores, tradicionais defensores da moral e da família, este convite foi ouvido, principalmente no interior dos Estados Unidos. Desde então, cidades como: São Francisco, Los Angeles, Chicago, Atlanta, Huston, Boston, Nova York e outras metrópoles passaram a receber milhares de imigrantes, vindos das mais diferentes localidades, até do exterior, em busca de um lugar onde pudessem viver de acordo com suas preferências

Os anos 70 foram a década da "**grande festa**", onde homens e mulheres passaram a experimentar uma sedutora forma de liberdade: o direito de dispor do próprio corpo para expressar livremente a sua sexualidade. A grande maioria soube desfrutar desta nova realidade com cautela e moderação. Contudo, houve uma pequena parcela da sociedade, principalmente formada por jovens, que tomada por uma verdadeira euforia orgásmica, passou a espalhar sua libido de forma voraz e indiscriminada. As primeiras conseqüências desse novo comportamento logo se fizeram notar pelo aumento da gravidez entre os adolescentes, e a disseminação de diversas doenças sexualmente transmissíveis.

Com o crescimento da população homossexual, nos grandes centros urbanos americanos, proliferaram também os estabelecimentos comerciais destinados especificamente a ela: bares, restaurantes, livrarias, sex clubs, saunas, boates e as famosas casas de banho, que se tornaram o símbolo do sexo gay liberado. Muitas delas se notabilizaram pelo luxo, conforto e sofisticação. Tinham de tudo: pistas de dança, pequenos cinemas, alcovas, salas para orgias e etc.. Algumas chegavam a ter salas escuras, onde era possível manter relações sexuais com qualquer um, sem que houvesse necessidade de apresentações, ou qualquer outra atividade preliminar. Estas verdadeiras olimpíadas orgásmicas custavam apenas alguns poucos dólares, e davam direito a ter todo o tipo de prazer que se desejasse.

Uma pesquisa realizada na cidade de São Francisco (que logo se transformaria na capital do universo gay), por pesquisadores do Instituto Kinsey, apontou em 1970, relatos de homossexuais capazes de fazer Kama Sutra ficar encabulado. Alguns afirmaram ter tido mais de mil parceiros no decorrer de um ano. Outros admitiram que chegavam a manter mais de vinte relações sexuais, com parceiros diferentes, numa única noite. Algumas substâncias como o álcool, drogas entorpecentes e os chamados "**Popers**", um produto tóxico à base de nitrito de amilo que, entre outras reações, provocava euforia, dilatação dos vasos sanguíneos do pênis e da mucosa anal, prolongando o prazer, contribuíam de forma decisiva para este tipo de comportamento.

Este desempenho orgásmico leonino não demorou a se manifestar nos consultórios médicos, e nas estatísticas de saúde pública. Em 1973 mais de dois terços dos homossexuais, que formavam na época um contingente de aproximadamente 17 milhões de pessoas, assumidamente gays, só nos Estados Unidos, já haviam tido pelo menos uma passagem pelos consultórios médicos vitimados por uma ou mais doenças sexualmente transmissíveis e, apesar da grande disparidade numérica com os heterossexuais, já eram responsáveis por mais de cinquenta por cento dos casos de Gonorréia, Sífilis e Hepatite. É importante mencionar que a atividade sexual dos homossexuais é, normalmente, muito mais intensa e freqüente do que a dos heterossexuais, devido principalmente à sua multiplicidade de parceiros.

Os heterossexuais também apresentavam um desempenho bem representativo. Na segunda metade dos anos 70 as vítimas de casos de doenças venéreas haviam mais do que dobrado. Rapazes com idades entre 16 e 25 anos consideravam suas Gonorréias como verdadeiros "**troféus de batalha**". Em muitos casos era uma afirmação da masculinidade, e suas reincidências uma nota de mérito viril. A Sífilis e o Herpes também tiveram um pronunciado aumento. Os agentes mais comuns de contaminação, no caso dos heterossexuais, eram as prostitutas.

As recidivas foram se tornando graves e freqüentes. Mais notadamente a partir de 1977 começaram a surgir, principalmente entre os homossexuais com múltiplos parceiros, casos de parasitoses, infecções virais múltiplas, gânglios agigantados, erupções cutâneas graves e Herpes genitais gigantes. Por mais incrível que possa parecer, ninguém demonstrava se preocupar muito com isso. Dominique Lapierre comenta no seu livro, **Muito Além do Amor**: "*O mais trágico era a recusa dos médicos em desempenhar um papel educativo junto aos seus pacientes. A simples sugestão, a menor advertência sobre os perigos que o seu estilo de vida os fazia correr, podia ser tomado como um julgamento moral. E isso era a melhor maneira de perder a clientela. De qualquer modo, quer se tratasse dos médicos no local ou dos*

de junho de 1981 a matéria foi então publicada, com o título: "**Casos de Pneumocitoses - Los Angeles**", sem maiores destaques, numa página de meio.

Logo depois a Universidade de Nova York notificou o CDC de Atlanta sobre alguns pacientes homossexuais que estavam sofrendo de uma estranha e misteriosa doença que, sem razão aparente, destruía a sistema imunológico. No mês seguinte, em 4 de julho de 1981, o mesmo boletim publicou um segundo artigo com o título: "**Sarcoma de Karposi e Pneumocitose em homossexuais masculinos - Nova York e Califórnia**". O texto alertava a classe médica para o fato de que haviam sido diagnosticados cerca de 26 casos de Sarcoma de Karposi, em jovens nova-iorquinos, nos últimos 30 meses. Este tipo de Câncer era muito raro, só encontrado, até então, em pessoas com mais de 60 anos de idade, e predominantemente na África.

A visão de um doente de AIDS, na época, era simplesmente terrível. Pessoas fortes, pesando oitenta, noventa quilos ou mais, em questão de poucos meses simplesmente definhavam. Algumas chegavam a pesar vinte e cinco quilos. As vezes ficavam com o corpo coberto por manchas arroxeadas, provocadas pelo Sarcoma de Karposi (um tipo de Câncer) ou por feridas, principalmente no rosto e na região genital, devido a ação do Herpes. Infecções intestinais causavam diarréias tão violentas que o paciente chegava a evacuar sangue em grande quantidade. Nestes casos a transfusão era a única esperança de preservar a vida, por mais algum tempo. Alguns pacientes respiravam com dificuldade e tossiam muito, devido a tuberculose pulmonar. Era uma verdadeira catástrofe. O medo da doença tornou-se tão grande que até alguns médicos se recusavam a tratar das vítimas. Enfermeiros e Assistentes Sociais se negavam a entrar nos quartos dos pacientes, e quando o faziam usavam luvas de plásticas, gorros na cabeça, aventais longos, botas e máscaras. Não era incomum os familiares abandonarem seus parentes nas enfermarias, que logo foram apelidadas de *morredouros*. Não havia um único medicamento eficaz. A situação era dramática. Algumas drogas como a Suramina, Foscamet, Ribaverim e o HPA-23 tinham uma capacidade tímida de inibir a evolução da doença, mas eram verdadeiros paliativos e custavam muito caro.

Na época os médicos suspeitavam de que a misteriosa doença não fosse causada por um único microorganismo, mas pela associação de vários, uma vez que a maioria dos pacientes diagnosticados, até então nos Estados Unidos, apresentavam uma constante exposição do anus a grandes quantidades de esperma de pessoas diferentes, muitas vezes contaminadas por diversas doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas entorpecentes injetáveis e ingestão de estimulantes tóxicos. Tudo isso junto enfraquecia o organismo e debilitava severamente o sistema imunológico. Mas esta teoria logo começou a se desfazer, pelo menos em parte, quando apareceu na cidade de Denver, no estado do Colorado, um paciente sofrendo de Pneumocitose Carinii cujo perfil era totalmente diferente de todos os outros casos já registrados. O homem não era homossexual, não usava drogas nem estimulantes, na verdade se tratava de um tranqüilo e pacato chefe de família de quase 60 anos de idade. O único motivo aparente que poderia explicar o seu estado imunodepressor consistia no fato de que ele sofria de uma deficiência genética relativamente comum. Era hemofílico, e estava sujeito a constantes transfusões de sangue. Poucos dias depois foi notificado um segundo caso, com as mesmas características do paciente de Denver. Um jovem de aproximadamente vinte e sete anos, que vivia na cidade de Ohio. O rapaz também não era homossexual, não utilizava drogas nem estimulantes tóxicos mas, também era hemofílico. O surgimento, logo depois, de um terceiro caso envolvendo um hemofílico, num subúrbio de Nova York, não permitia mais dúvidas, a doença realmente se transmitia pelas transfusões de sangue e pelo consumo de hemoderivados. Isto vinha a confirmar as suspeitas de que o uso de drogas injetáveis também provocava contágio.

Paralelamente surgiram repetidos relatos de casos envolvendo pessoas heterossexuais, principalmente haitianos, que viviam no Flórida e em Nova York, sofrendo de inexplicável estado de falência imunológica. Este fenômeno foi rapidamente

Saúde, todos consideravam inútil, até fútil, tentar modificar o comportamento da população. Assim, a única atitude era curar o mais depressa possível. Preferia-se dizer às pessoas: Continuem a se esbaldar, a gente vai se ocupar dos estragos".

Tanto os homens como as mulheres procuravam com frequência os consultórios médicos, e se tratavam com algumas doses de um antibiótico chamado Penicilina, que custava em torno de 25 ou 30 dólares. Depois voltavam para a mesma rotina de antes, como se nada tivesse acontecido. As estatísticas americanas demonstraram que a situação chegou a um ponto tão crítico que num período de 20 anos (1960 - 1980) houve um crescimento de aproximadamente trezentos por cento no atendimento a casos de doenças venéreas.

No dia 6 de outubro de 1980 deu entrada no setor de emergência do hospital da UCLA - Universidade da Califórnia de Los Angeles, um paciente com o nome de Ted Peters, um jovem de trinta e um anos, sofrendo de infecção bucal aguda e que alegava não conseguir engolir alimentos ou mesmo líquidos. Uma endoscopia do esôfago revelou que ele estava com uma infecção provocada por Cândida. Como o caso inspirava cuidados, o plantonista resolveu interná-lo. Após um exame de sangue, constatou-se que o homem tinha uma grande deficiência de glóbulos brancos, o que levava a crer que alguma coisa estava afetando o seu sistema imunológico. Mas o que ?

O Dr. Michael Gottlieb, um jovem e proeminente imunologista da UCLA, solicitou que fosse feito, no paciente, o exame de anticorpos monoclonais, que hoje modernizado e automatizado é chamado de Subpopulação Linfocitária. Este exame permitia diferenciar, em uma amostra de sangue, os diferentes agentes do sistema imunológico, obtendo-se uma contagem específica dos Linfócitos: CD4, CD8 e outros. O resultado foi surpreendente. Ted Peters quase não tinha Linfócitos CD4, no entanto a quantidade de CD8 era muito mais elevada do que seria o normal. Alguns dias depois, curado da infecção bucal e da esofagite, obteve alta e voltou para sua casa. Pouco tempo depois porém, ele retornou ao hospital sofrendo de cansaço extremo, acessos de suor, crises de sufocação, febre persistente e uma excessiva perda de peso. O Dr. Gottlieb solicitou então novos exames. Uma Broncoscopia revelou que se tratava, na verdade, de uma Pneumocitose Carinii, uma infecção de origem viral muito rara e que, via de regra, só acometia pessoas sofrendo de problemas imunológicos graves, devido à rejeição de órgãos transplantados, ou a deficiências genéticas. Entretanto, nenhuma dessas situações se aplicava a Ted Peters.

Em menos de um mês dois outros casos semelhantes deram entrada no hospital Wadsworth, ligado à Universidade da Califórnia. Um cabeleireiro de Los Angeles e um publicitário de Hollywood, cujos quadros clínicos também não apresentavam nenhuma justificativa aparente. No início de 1981 mais dois casos de Pneumocitose Carinii surgiram da mesma forma inexplicável dos anteriores. Os cinco pacientes não se conheciam, e em comum tinham apenas: o mesmo estado clínico, o fato de serem homossexuais acostumados a diversas parcerias, usuários de drogas entorpecentes, estimulantes tóxicos como o "Poppers", e um histórico repleto de passagens pelos consultórios médicos devido a doenças sexualmente transmissíveis.

Dr. Gottlieb redigiu um artigo descrevendo o ocorrido com os cinco pacientes, e tentou publicá-lo no "**New England Journal of Medicine**", mas a matéria foi rejeitada. O jornal de medicina de maior prestígio nos Estados Unidos não via motivos para noticiar a ocorrência de 5 casos de Pneumocitose, entre pessoas que nem ao menos se conheciam.

Em abril de 1981 o Dr. Gottlieb recorreu ao CDC - Center For Disease Control (o Centro de Controle de Doenças Infecciosas de Atlanta) e solicitou que fosse incluída na revista "**Morbidity and Mortality Weekly Report**", editada semanalmente pelo CDC, um artigo com a descrição dos 5 pacientes. Desta vez a receptividade foi bem melhor. No dia 5

sexuais mas... pelo consumo de drogas injetáveis, e que os homens vitimados eram, na verdade, homo ou bissexuais que se apresentavam como héteros na tentativa de esconder sua verdadeira sexualidade, e fugir do preconceito contra o homossexualismo, muito acentuado nas comunidades haitianas. Interpretações como estas, inexplicavelmente, perduraram por muito tempo. Para a classe médica a AIDS estaria, ou "**deveria estar**", segregada aos chamados "**grupos de risco**" ou "**For-H**" (os quatro H): **H**omosexuais (homossexuais), **H**emophiliacs (hemofílicos), **H**aitians (haitianos) e **H**eron-additis (viciados em heroína).

Não demorou muito para a notícia sair dos periódicos médicos, chegar às manchetes dos jornais e aos noticiários das redes de televisão. Porém, mesmo conscientes da extrema gravidade da epidemia emergente, a comunidade médica americana a via com desprezo, se referindo a ela como: "**Estranha epidemia de bichas**", "**Câncer Gay**", "**Praga Gay**" e outras expressões similares. Os próprios técnicos do CDC inicialmente chamaram-na de "**GRID**", as iniciais de um relatório denominado "**Gay Related Immuno Deficiency**", que traduzido para o português significa: Relatório de Imunodeficiência Gay. Foi somente no final de 1982 que ela recebeu o nome de **AIDS - Acquired Immuno Deficiency Syndrome** (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, em português), sugerido por Donald Armstrong, chefe do serviço de Doenças Infecciosas de New York's Memorial Sloan-Kettering Câncer Center. Até então a epidemia já havia feito cerca de 750 vítimas nos Estados Unidos, aproximadamente uma centena na Europa, e um número indeterminado na África.

Passados 20 anos desde que o primeiro caso foi percebido clinicamente nos Estados Unidos, a **OMS - Organização Mundial de Saúde**, reconhece que a AIDS é hoje uma epidemia fora de controle. A única, em toda a história da humanidade, que conseguiu atingir, simultaneamente, todos os continentes. Existem atualmente cerca de 40 milhões de pessoas vivendo com AIDS, em todo o mundo. Todos os dias surgem 16 mil novos casos de infecção pelo HIV, em média, em todo o mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde: surge um novo caso de AIDS a cada dois minutos na América Latina. O número de portadores assintomáticos, que não sabem da sua realidade sorológica, é incalculável.

NOTÍCIAS SOBRE NOVAS DROGAS

Atualização em julho de 2001

Uma grande quantidade de novos anti-retrovirais estão em fase adiantada de desenvolvimento e dentro em pouco tempo poderão ser colocadas a disposição dos médicos, para serem administradas em pacientes soropositivos para o HIV.

Dentre as novidades estão três novos tipos (classes) de drogas: os inibidores de entrada, inibidores de fusão e os inibidores da integrase, que poderão ser muito úteis principalmente no resgate de pacientes já extensamente tratados e que não estão mais reagindo satisfatoriamente às drogas atualmente em uso.

A seguir são apresentadas algumas dessas novas drogas mais promissoras:

Inibidores de Transcriptase Reversa análogos de Nucleocídio (NTRI ou ITRN em português):

Tenofovir: Tem atividade contra o SIV (vírus da imunodeficiência símia), hepatite B (HBV) e cepas resistentes do HIV a outros ITRNs. Sua posologia é de uma única dose diária. Está atualmente em fase de testes em humanos, em larga escala (acesso expandido).

Entricitabina (FTC): Apresenta um perfil de resistência semelhante ao 3TC e sua farmacocinética parece permitir que

DAPD: Tem atividade contra hepatite B (HBV) e cepas resistentes do HIV a outros ITRNs. Sua posologia é de duas doses dia. Está atualmente na fase II.

Inibidores da Transcriptase Reversa Não análogos de Nucleocídeos (NNTRI ou ITRNN em português):

DPC 083: Demonstrou ser ativo contra as mutações isoladas aos ITRNN, tendo uma atividade 3 vezes maior contra a K103 comparado ao Efavirenz. Sua posologia indica dose única diária ou até mesmo intervalos maiores. Atualmente se encontra na fase III.

Inibidores de Protease (IP):

ABT 378: Sua posologia indica uma única dose diária. Já está em testes em humanos (acesso expandido) inclusive aqui no Brasil.

Timpranavir: Co-administrado com Ritonavir demonstrou excelente resultado contra cepas do HIV resistentes a outros IPs. Sua absorção pelo organismo é aumentada quando ingerido com alimentos gordurosos. Sua posologia indica duas doses diárias. Atualmente se encontra na fase I/II.

BMS 232 e 632: Tem demonstrado ser muito eficiente contra cepas do HIV resistentes a outros IPs. Sua posologia indica dose única diária. Está atualmente na fase III.

Mozenavir (DMP 450): Tem demonstrado grande eficiência no combate a cepas do HIV mutantes, resistentes a outros IPs. Sua posologia indica duas ou três doses diárias. Está atualmente na fase II.

Inibidores de Entrada (ligação):

PRO-542: É o inibidor de ligação cujo desenvolvimento está mais adiantado (atualmente na fase II). Sua posologia indica uma única dose, por administração parenteral, a cada três ou quatro dias.

Inibidores de Fusão:

T-20 (pentafusida): Está atualmente na fase III de estudos clínicos e aguarda-se para breve sua entrada no programa de testes de larga escala em humanos (fase expandida). Sua posologia indica duas doses diárias injetáveis.

T-1249: Estudos preliminares indicam que esta droga é cerca de 100 vezes mais ativa do que o T-20. Sua posologia indica dose única diária, injetável. Está atualmente na fase I/II.

Inibidores da Integrase:

S-1360: Está sendo atualmente estudado em ensaios clínicos de fase inicial.

Nota: O L708,906 e o L731,988 não serão mais desenvolvidos devido a sua farmacocinética desfavorável mas o laboratório Merck está pesquisando novos compostos a serem desenvolvidos.

Drogas que aperfeiçoam compostos já existentes:

ddl com cobertura entérica (Videx EC)

d4T de liberação lenta

Nelfinavir comprimidos de 625mg

Delavirdina comprimidos de 200mg

Efavirenz cápsulas de 600mg.

DROGAS ANTI-RETROVIRAIS

Anti-retrovirais são os medicamentos utilizados no combate a AIDS. Sua função é a de inibir a replicação (reprodução) do HIV, mantendo-o sob controle pelo maior tempo possível.

Atualmente existem 12 anti-retrovirais, divididos em 3 (três) classes de drogas: Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (NRTI), Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (NNRTI) e os Inibidores da Protease (Ver Tabela I), que estão disponibilizados pelo Ministério da Saúde para distribuição gratuita, aos portadores do HIV, através dos Postos de Saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), hospitais e instituições credenciadas. De acordo com a prescrição do médico, eles podem ser administrados com diversas combinações diferentes, envolvendo 2 (duas), 3 (três), 4 (quatro) ou até 5 cinco drogas, dependendo do quadro clínico. A combinação desses medicamentos é chamada carinhosamente de coquetel.

Recentemente o FDA (Food and Drug Administration) aprovou para comercialização, nos Estados Unidos, um novo Inibidor da Protease: **Lopinavir/Ritonavir**, que recebeu o nome comercial de **Kaletra**. É muito possível que em breve o Ministério da Saúde também aprove a sua comercialização no Brasil e, conseqüentemente, o acrescente a sua lista de anti-retrovirais distribuídos gratuitamente.

TABELA I

NOME GENÉRICO	SIGLA	CLASSE	NOME COMERCIAL
Zidovudina	AZT	NRTI	AZT
Didanosina	Ddi	NRTI	Videx
Estavudina	d4T	NRTI	Zeritavir
Lamivudina	3TC	NRTI	Epivi
Zalcitabina	ddC	NRTI	HIVID
Zidovudina Lamivudina	+ AZT+3TC	NRTI	BIOVIR
Delavirdina	DLV	NNRTI	
Nevirapina	NVP	NNRTI	Viramune
Efavirenz	EFZ	NNRTI	Stocrin