

CAPÍTULO 1

UMA ESTRANHA DOENÇA É DECLARADA

*This is a very, very dramatic illness.
I think we can say quite
assuredly that it is new.¹*

James Curran, epidemiologista

Por volta de 1980, os médicos apercebem-se, bruscamente e com grande espanto, da existência de uma doença que lhes parece «nova». Nova porque pensam nunca a ter visto antes e porque, para a compreender, é-lhes necessário recorrer a modelos desconhecidos da patologia e da epidemiologia clássicas.

A primeira surpresa, devida à descoberta de um tipo de doenças escapando totalmente às previsões das teorias médicas, foi depressa seguida de outras constatações inesperadas, cada vez mais inquietantes: uma nova «peste» abatia-se sobre a humanidade, uma infecção de cura desconhecida expandia-se inexoravelmente e as suas vítimas morriam apesar dos tratamentos mais sofisticados. Houve reacções de histeria colectiva a partir do momento em que se descobriu que a transmissão desta doença estava ligada à sexualidade, ao sangue e à droga.

A doença foi encarada não apenas como «estranha», devido às suas características epidemiológicas e clínicas singulares, mas também como essencialmente «estrangeira», irrompendo num mundo ordenado a partir dos países subdesenvolvidos, por intermédio de subgrupos marginais e moralmente repreensíveis. Como ficou bem expresso no título de um dos primeiros livros sobre a sida, a sua causa não podia ser senão «um vírus estranho vindo de outro lugar [1]».

Los Angeles (1980-Junho 1981): o primeiro aviso.

Desde finais de 1979 que o doutor Joel Weisman, médico de Los Angeles, conhecido pela sua atitude tolerante em relação aos

homossexuais, tinha notado entre os seus pacientes um aumento dos casos de síndrome mononucleósica, com acessos febris, emagrecimento e tumefacções linfáticas. Estes doentes eram homens jovens que pertenciam ao movimento *gay*, então em plena expansão nas cidades da Califórnia. O seu estado só com grande dificuldade melhorava, sem nunca atingir cura efectiva. Numa primeira abordagem, o diagnóstico de doença de inclusões citomegálicas adequava-se relativamente bem ao quadro clínico. Sabia-se desde 1956 que esta doença era provocada pelo citomegalovírus (CMV). Este vírus do grupo do herpes, muito vulgar, pode causar lesões celulares mortais no recém-nascido sem defesas imunitárias, mas não representa qualquer perigo para os adultos. Os exames serológicos mostravam que a maioria dos homossexuais americanos estavam infectados por ele. Atribuía-se a este vírus uma síndrome mononucleósica febril. Não havia tratamento eficaz, mas, regra geral, os doentes curavam-se espontaneamente.

Estes doentes do doutor Weisman sofriam também de diarreias e de infecções («sapinhos») oral e anal. Parecia evidente que na origem de um tal quadro clínico devia estar um enfraquecimento do sistema imunitário. Dois destes doentes, em tratamento desde o Outono de 1980, iam de mal a pior. Um deles perdia peso e sofria de dificuldades respiratórias. Foi hospitalizado em Fevereiro de 1981 no serviço de imunologia clínica da UCLA (University of California Los Angeles) School of Medicine. Aí, o doutor Michael Gottlieb comparou o seu caso com uma observação feita neste serviço em Dezembro de 1980: num doente apresentando sintomas similares, as análises ao sangue tinham revelado a diminuição do número de linfócitos, devida especialmente ao desaparecimento quase completo dos linfócitos T auxiliares. O mesmo fenómeno foi encontrado no paciente de Weisman. O exame microscópico dos materiais obtidos por raspagem dos brônquios revelou nos dois casos o diagnóstico de pneumocistose (pneumonia devida a *Pneumocystis carinii*). Estes doentes tinham ainda em comum o seu papel activo no movimento *gay*.

Weisman pensava estar-se em presença do enfraquecimento do sistema imunitário pela acção combinada do citomegalovírus e do vírus Epstein-Barr. Para Gottlieb, a dificuldade consistia em

explicar por que razão vírus tão disseminados (94 por cento dos homossexuais californianos estavam infectados pelo citomegalovírus) não produziam com maior frequência efeitos imunodepressivos desastrosos. Era talvez necessário inverter este encaqueamento causal. A menos que, como sugeria então Weisman, uma estirpe do citomegalovírus se tivesse tornado virulenta por mutação ou por sinergia com um vírus desconhecido.

Gottlieb falou com Wayne Shandera, médico ao serviço do Los Angeles County Department of Public Health², que encontrou nos seus ficheiros um caso similar. Em Maio de 1981, o número de doentes deste tipo hospitalizados em Los Angeles e estudados com um rigor científico irrepreensível ascendeu a cinco. Foi então emitido um sinal de alarme, muito discreto e sóbrio.

O primeiro anúncio oficial foi publicado a 5 de Junho de 1981 pela agência epidemiológica federal Centers for Disease Control³ (CDC) de Atlanta, na Georgia. O boletim hebdomadário desta agência, *Morbidity and Mortality Weekly Report*⁴ (MMWR), publicou a descrição de cinco casos graves de pneumonia observados, entre Outubro de 1980 e Maio de 1981, em três hospitais de Los Angeles [2]. Dois factos insólitos justificavam esta chamada de atenção: todos os doentes eram homens jovens (29-36 anos) que se entregavam a práticas homossexuais e atribuía-se a pneumonia de que sofriam a *Pneumocystis carinii*. Este protozoário é praticamente ubíquo, vivendo como parasita em numerosos animais. Está frequentemente presente no corpo humano, mas não provoca complicações sérias a não ser quando é favorecido por uma deficiência imunitária, seja em lactentes, seja em adultos sob tratamento por imunossuppressores. O diagnóstico de pneumonia tinha sido confirmado pela biopsia pulmonar (recolhas obtidas tanto por via transbrônquica como por intervenção cirúrgica directa).

Os cinco doentes sofriam também de candidíase, afecção benigna das mucosas devida a um fungo. Os exames serológicos tinham confirmado a infecção pelo citomegalovírus. Todos eles inalavam substâncias químicas designadas na gíria por *poppers* (nitrito de amilo ou de butilo confeccionado em ampolas que fazem um ruído característico quando quebradas); apenas um utilizava também drogas endovenosas. Em três destes doentes, o nú-

mero de linfócitos T tinha diminuído acentuadamente; nos outros dois não foi estudada a situação dos linfócitos. A gravidade da doença era impressionante: apesar de uma quimioterapia intensiva dirigida principalmente contra *Pneumocystis carinii* e certos agentes virais, dois doentes sucumbiram rapidamente e nenhum dos outros três dava sinais de melhorar [3].

O primeiro morreu em Março de 1981. Neste doente tinha sido diagnosticada, em 1978, a doença de Hodgkin, tratada com sucesso apenas com recurso à radioterapia. Não tendo sido encontrado aquando da autópsia nenhum vestígio *post mortem* desta doença, coloca-se retrospectivamente a questão da validade deste diagnóstico *intra vitam*. Não teria este doente sofrido desde 1978 da síndrome de imunodeficiência adquirida?

De acordo com o relatório dos CDC de Atlanta, «é invulgar a aparição da pneumocistose nestes cinco indivíduos, anteriormente sãos e sem sinais clínicos de imunodepressão». A infecção pelo citomegalovírus é assinalada como um factor etiológico possível, ou mesmo provável. No entanto, esta é encarada antes como um cofactor, cujo «papel na patogénese da pneumocistose permanece enigmático». A homossexualidade de todos estes doentes é assinalada e mesmo sublinhada. Não é dada qualquer explicação causal.

A conclusão dos peritos americanos é ao mesmo tempo prudente e profética: «Todas estas observações sugerem a possibilidade de uma disfunção da imunidade celular, ligada a uma exposição comum que predispõe os indivíduos às infecções oportunistas, tais como a pneumocistose e a candidíase [4].»

Não sendo ainda uma certidão de nascimento, este documento é de facto «o primeiro registo de estado civil da sida [5]».

O alerta na Costa Leste

Um ano antes tinham-se verificado na cidade de Nova Iorque alguns casos duma curiosa imunodepressão adquirida. A identidade nosológica destes não foi imediatamente reconhecida e, à partida, a ninguém ocorrera um possível paralelismo com a mini-epidemia californiana.

Paradoxalmente, como explica Weisman, Los Angeles estava em vantagem por ter apenas duas grandes escolas de medicina, enquanto Nova Iorque possuía várias. Para os médicos desta cidade era portanto mais difícil aperceberem-se do carácter comum, do padrão⁵ particular, de diversos casos clínicos devidos a imunodepressão brusca em adultos jovens sem precedentes patológicos.

Em Março de 1980, um jovem homossexual de Nova Iorque, apelidado Nick, começou a sofrer de um mal muito grave que deixava perplexos os seus médicos. Esgotamento, emagrecimento, acessos de febre, em suma a lenta consumpção de todo o organismo, mas sem sinais específicos. O doente e o seu amante visitaram várias cidades americanas em busca da cura, distribuindo de passagem, sem disso se aperceberem, o seu esperma patogénico, semente do horror. Começou a suspeitar-se de um factor infeccioso quando um amigo nova-iorquino do casal adoeceu com sintomas análogos. Após uma crise com perda de conhecimento, o *scanner* revelou em Nick a existência de lesões cerebrais. A exploração cirúrgica forneceu enfim um diagnóstico preciso: infecção por *Toxoplasma gondii*. Uma tal infecção é bastante frequente mas quase sempre benigna, sobretudo nos adultos. Na maioria dos casos passa mesmo despercebida. Em Nick, falecido a 15 de Janeiro de 1981, a toxoplasmose cerebral foi uma complicação mortal. A gravidade do caso fazia, pois, pensar que um enigmático colapso do sistema imunitário teria precedido os outros acontecimentos patológicos.

A partir de 1980 manifestaram-se em Nova Iorque casos graves de pneumocistose. Isso foi notado pelos serviços federais de Atlanta devido à procura acrescida de um medicamento particular, a pentamidina. Este medicamento era nessa época usado nos casos de pneumocistose resistente aos antibióticos correntes. Pelo facto de só muito raramente ser utilizado, a sua distribuição era feita pelo estado fora dos circuitos habituais do comércio. Durante doze anos, entre 1967 e 1979, a pentamidina só tinha sido usada duas vezes para tratar adultos, não cancerosos e não sujeitos a tratamentos imunodepressores, infectados por *Pneumocystis*. Em Abril de 1981, Sandra Ford, técnica responsável pelas prescrições de medicamentos não correntes, informou o