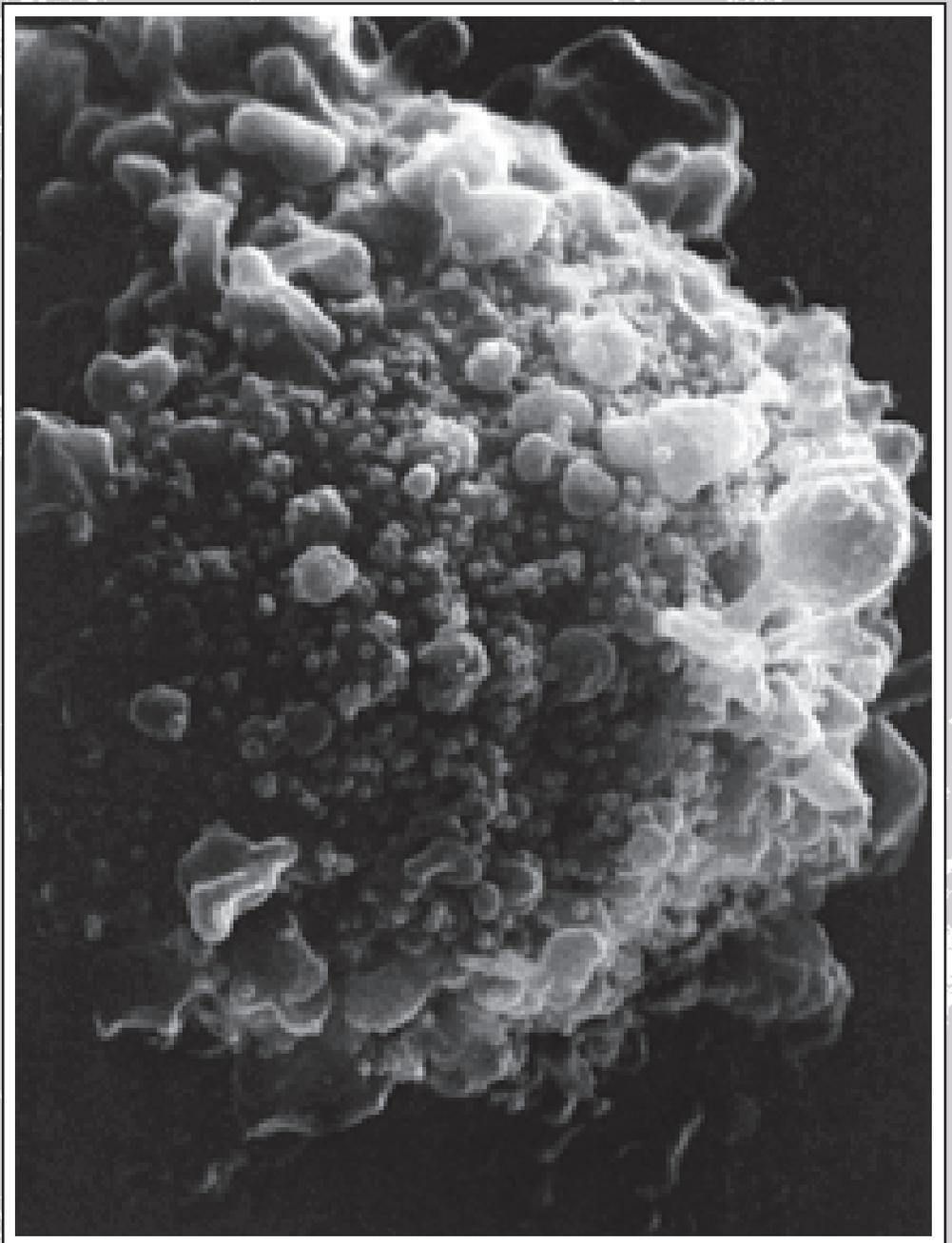
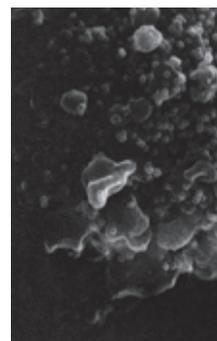
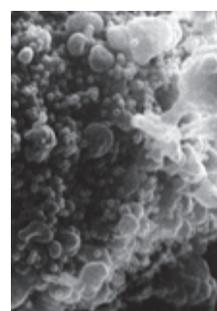
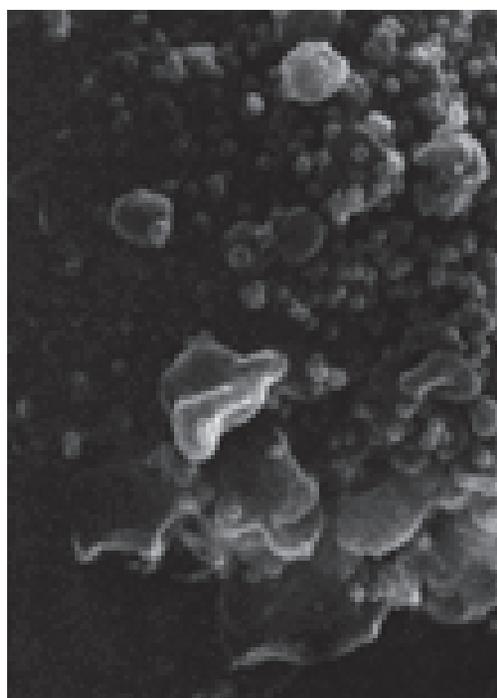


dossiê aids



Célula T
(do sistema
imunológico)
produz partículas
(pequenas
esferas) do HIV



P A S T E R N A K

Aids: história pessoal de uma epidemia

A medicina seguramente não é estática. Isso vale para todas as áreas, e não apenas para as doenças infecciosas, mas nesta minha especialidade isso fica muito mais fácil de se notar. Doenças surgem e depois desaparecem, ou mudam sua maneira de ser, e as mudanças podem ocorrer muito depressa. Bactérias, protozoários, fungos e vírus dos quais nunca ninguém havia ouvido falar passam a reconhecidos agentes de doenças, enquanto outros, antes importantes, perdem a importância, chegando mesmo a ficar relegados a rodapé de livro. Exemplos históricos não faltam. A doença do suor dos ingleses, que atacou a Europa medieval e que até hoje não

JACIR PASTERNAK
é médico infectologista
nos hospitais
Beneficência
Portuguesa, Albert
Einstein e Hospital
das Clínicas

sabemos exatamente o que foi, pois desapareceu como veio, ficou sendo um mistério até que algo semelhante ocorresse nos Estados Unidos há pouco tempo. E semelhanças entre os quadros clínicos desses dois episódios separados por séculos sugerem que se trata da mesma coisa... (1). A cólera, a peste bubônica, a sífilis, a própria tuberculose são doenças com história: imagina-se quando surgiram e, em tempos históricos, curtos do ponto de vista biológico, mudaram seu perfil de adaptação ao ser humano (2).

A dimensão histórica tem importância em medicina, ao contrário de outras aplicações das ciências exatas em que o interesse pela história se dá apenas no âmbito da história da ciência – como foram descobertas as coisas e as idéias que circularam, mas sem se avaliar as modificações temporais a curto prazo dos fatos em si. Até há pouco tempo havia uma noção de que a história humana obedecia a leis científicas, mas, como mostrou o fim do marxismo, parece claro que isso não faz sentido. Sem querer enveredar para os perigosos caminhos da sociobiologia, é consenso entre cientistas biológicos que há uma contínua interação entre o homem e os muitos microorganismos que com ele convivem, alguns mais sacanas, outros menos, outros comensais pacíficos que de vez em quando saem da linha, e outros provavelmente úteis para alguma coisa, mas podendo aprontar alguma em ocasiões excepcionais. Variáveis como a expansão descontrolada da espécie humana, invadindo nichos ecológicos que nossos ancestrais sabiamente deixaram para outras espécies melhor adaptadas, que para nós são marginais, acabam levando esta confusa espécie de primata, arrogantemente auto-intitulada de *Homo sapiens*, a ter contato com microorganismos potencialmente patogênicos. Nos embates iniciais entre parasita e hospedeiro a seleção natural ainda não teve oportunidade de agir, e o parasita mata muitos hospedeiros, o que a longo prazo não lhe interessa. Qualquer parasita com um mínimo de chance de continuar parasitando precisa manter a sua vítima viva, pelo menos até a hora de se reproduzir e passar para a próxima. Dali para a

frente sim, pouco se lhe dá se a vítima ficou arrebatada... Esse raciocínio talvez não seja válido para parasitas que persistem no hospedeiro por longo tempo, até a doença surgir – nessa hora ele já foi transmitido para muitos outros hospedeiros, cumprindo sua meta biológica, que é também a nossa e de todas as espécies, ou seja, passar o DNA, o material genético, para a frente. Dawkins imagina até competição dentro da mesma espécie entre os vários genes, a teoria do gene egoísta – o único interesse de cada pedaço coerente de DNA é igualmente ser levado à próxima geração, e isso inclui os muitos pedaços que aparentemente não têm nenhuma função útil para quem os carrega... (3).

Somos a única espécie que se questiona, se interroga e arranja explicações para todos os assuntos, verdadeiras ou não. Quando uma coisa não parece lógica, arranjamos alguma. A Aids epitoma o que Camus inspiradamente afirma em *A Peste*:

“A peste não é algo feito para a compreensão do homem – e por isso dizemos a nós mesmos que ela é um mero pedaço de nossa imaginação ou um pesadelo que vai desaparecer. Infelizmente ela não some só porque nós queremos, quem desaparece é quem morre dela, principalmente os que por julgá-la imaginária não se precavêm...”.

Estamos com mais de 15 anos do reconhecimento da Aids como doença. No final de 1995, 1,3 milhão de casos de Aids foram relatados incluindo todos os países, de todos os continentes. Isso provavelmente é apenas parte da realidade: estes 1,3 milhão de casos relatados devem corresponder a pelo menos 6 milhões, dos quais 5 já morreram. Vinte e quatro milhões de adultos vivem hoje contaminados pelos vírus HIV1 e HIV2, os agentes responsáveis pela doença – e isto é uma estimativa conservadora, já que os números na África e no sudeste asiático devem ser muito superiores... (4).

A Aids já é a causa mais importante de óbito entre adultos jovens em grandes cidades da América, incluindo São Paulo, entre os 30 e 40 anos (5), e pode ser responsável por algo inimaginável, a saber, o cres-

1 G. Thwaites, M. Taviner, V. Gant, "The English Sweating Sickness, 1485-1551", in *The New England J. Medicine*, 336, 1997, pp. 580-2.

2 E. Tramont, "Syphyllis in Adults: from Christopher Columbus to Sir Alexander Fleming to Aids", in *Clinical Infectious Diseases*, 21, 1995, pp. 1361-71.

3 R. Dawkins, citado in E. O. Wilson, *Naturalist*, Washington DC, Island Press/Shearwater Books, 1994.

4 C. Quinn, "Global Burden of the HIV Pandemic", in *The Lancet*, 348, 1996, pp. 99-106.

5 J. Mann, D. Tarantola, "The State of HIV/Aids Pandemic", in J. Mann, D. Tarantola (eds.), *Aids in the World*, vol. II, London, Oxford University Press, 1997.



cimento demográfico negativo em países da África subsaariana como a Zâmbia, onde a fertilidade feminina continua na base de 5 filhos por vida/mulher.

O impacto da Aids na trama social dos vários países, as mudanças de comportamento que ela causou e ainda causa, os transtornos derivados dessa epidemia para os já inadequados serviços de saúde de países em desenvolvimento, os preconceitos e discriminações induzidas pela doença e o impacto diferente nos vários estamentos sociais dão matéria para milhares de teses sociológicas – um material ainda a ser ricamente explorado pelos nossos estudiosos de ciências sociais.

No Brasil temos peculiaridades regionais, estaduais e até municipais da Aids: estando chegando ao centésimo milésimo caso relatado, imaginamos que a cada caso reportado de Aids existam de 50 a 100 pessoas infectadas, das quais grande parte – mas não todas – ficarão doentes em algum futuro, que hoje parece ser bem mais remoto que há alguns anos, e percebemos no

Brasil todos os problemas que aponteí acima, mas enfrentados com aquela típica maneira brasileira de fazer as coisas: muito discurso, muita festividade, muita campanha publicitária contra a Aids (não há carnaval que passe sem que um bando de beócios deixe de aprontar alguma novidade: tivemos o “se você não se cuidar a Aids vai te pegar”, tivemos o “carnaval do peru” e aguardamos para o próximo ano qualquer outra gracinha carnavalesca. Como se está enfatizando o risco para a mulher, temo que algum termo chulo referente à genitália feminina seja o próximo mote), muitas promessas de dar todos os recursos possíveis, o que infelizmente não corresponde à realidade. O Brasil deve ser o único país do mundo que fez uma lei garantindo a todos os doentes com Aids acesso à mais moderna terapêutica disponível. Claro que esqueceram de escrever no final do belo texto que tudo é dado, quando tem – e freqüentemente não tem, porque faltou grana ou porque as nossas notáveis leis fazem que qualquer compra num sistema público

**Figura ática
pintada numa
taça do fim
do século VI a.C.**

garanta o pior produto pelo maior preço e no maior prazo de entrega... Também temos campanhas de solidariedade aos infectados e de antipreconceito, isso num país que ainda não percebeu como é preconceituoso em matéria de raça e, particularmente, de classe econômica. Também distribuimos camisinhas nos sambódromos, onde prontamente elas se transformam em balões, e damos uma educação sexual – e educação de um modo geral – abaixo da crítica, pelo menos nos sistemas formais de educação. Claro que há em matéria de sexo uma educação informal muito completa neste país, mas que deixa muito a desejar em muitos aspectos, incluindo, é claro, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. No Brasil acreditamos em milagres, em dom Sebastião, o Venturoso e em ministros providenciais da Saúde, que tudo resolverão em algum futuro. Afinal, este é o país do futuro, sempre... Temos uma enorme população, sem nenhuma noção do método científico, que trata a ciência como se fosse uma religião: imagina-se que rezas a São Montagnier, São Gallo ou São David Ho, para citar apenas três ícones da área, levarão à cura ou ao desaparecimento da Aids... Um outro aspecto brasileiro da epidemia é que a imunodeficiência causada pela infecção pelo vírus HIV serve para trazer à tona, revelar, os muitos e numerosos parasitas tropicais que convivem com o *Homo brasiliensis* sem causar muitos problemas até que a imunidade vai para o vinagre – a paracoccidiodomicose, a doença de Chagas e as leishmanioses visceral e cutânea mudam sua cara quando quem as tem adquire o HIV, entre outras moléstias.

Mas deixemos um pouco o Brasil de lado, pelo menos por ora, e vamos tentar ver a epidemia por um aspecto global. A epidemia atravessou, em todos lugares onde ela existe – e hoje podemos dizer tranquilamente que não há local onde não exista –, quatro fases distintas: o momento em que aparece, a disseminação, a explosão e – pelo menos em boa parte dos locais onde ela ataca – a estabilização.

Imagina-se com boas razões que a Aids nasceu há muito mais tempo do que é conhecida – 50 ou mais anos atrás –, quando os vírus responsáveis pularam a barreira da espécie e começaram sua carreira numa espécie de primatas cuja população estava em plena expansão: vistas as coisas pela ótica do HIV, é muito mais negócio parasitar o homem que o coitado do macaco verde cujo hábitat é cada vez mais comprometido pelo que alguns ecologistas maldosamente já batizaram de Aids do planeta, a espécie humana... A Aids deve ter circulado inicialmente em zonas rurais africanas, e em pequeno número de pacientes. Não temos noção, hoje, de como a África estava despovoada até recentemente, com populações de alta fertilidade, alta mortalidade infantil, arrancando sustento de áreas difíceis, com epidemias de fome e ainda por cima, no século passado, com a dizimação de populações pelo tráfico de



Macaco verde africano: grande hospedeiro do vírus da imunodeficiência simiesca, um parente do vírus da Aids humana

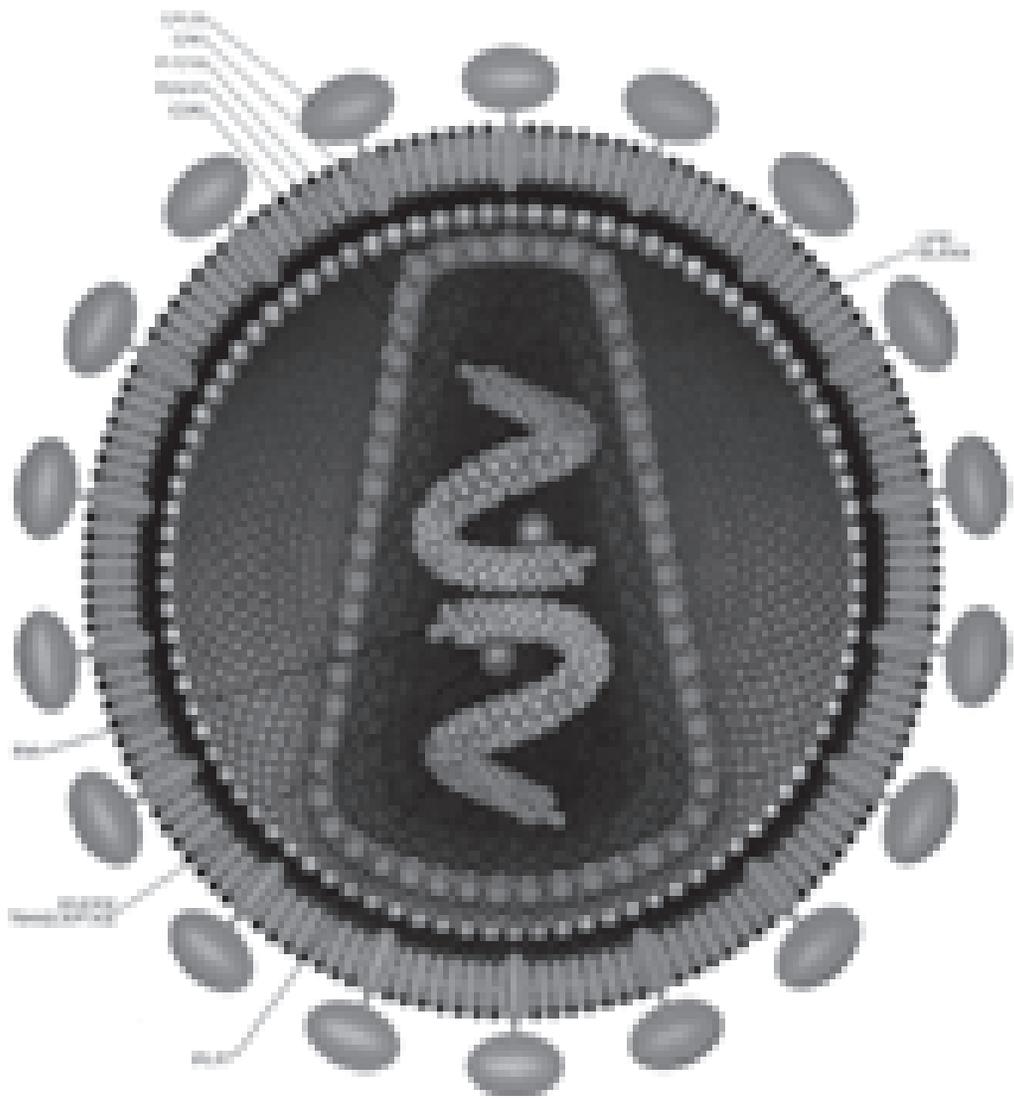
escravos. As mudanças sociais que atingiram a África nos últimos anos, como a descolonização, a melhora discreta da assistência médica, que se reflete inicialmente na queda acentuada da mortalidade infantil, com fertilidade mantida, provocaram uma explosão populacional. A África urbanizou-se, no sistema que conhecemos, em menor intensidade na América Latina: uma enorme massa de miseráveis vivendo à margem da economia formal, nas periferias das cidades, sendo que as cidades africanas são especialmente desprovidas de investimento social. Lagos, na Nigéria, é um bom exemplo; se você quiser ter água potável, você fura um poço e se desejar energia elétrica, arruma seu próprio gerador. Quem não possui dinheiro ou força política, coisas que na África são sinônimas e ligadas ao poder de usar ou controlar quem usa armas – e a Nigéria dos generais que executa seus escritores hoje é um bom exemplo –, simplesmente nada pode. Aliás, os nossos generais presidentes oriundos da quartelada que Stanislaw Ponte Preta tão bem batizou de “Festival da Besteira que Assolou o País” são fichinha perto dos carniceiros que dirigiram e que dirigem a Nigéria – e dos outros que estão no poder no Zaire e em mais alguns lugares do continente que originou nossa espécie e que o mundo desenvolvido esqueceu. Jonathan Mann, professor da Universidade de Harvard, que tentou fazer a OMS agir mais ativamente contra a disseminação da Aids, disse em vários congressos internacionais que o mundo deveria hoje se envergonhar da sua inação na África, mas vergonha na cara tem quem tem – quem não tem não a cria: o problema é que o mundo haverá de se arrepender no futuro pela oportunidade que teve de fazer alguma coisa e não fez.... Somos cada vez mais um só mundo, somos cada vez mais participantes de uma comunidade e deveríamos sentir que não é mais tolerável, neste mundo pequeno, deixar gente como o folclórico general Mobutu ser presidente do Zaire – o peça não tem competência para ser presidente de clube de futebol, e não estou falando do Corinthians

ou do Santos, o seu nível de competência deve ser o da Gloriosa Juventude Futebolística de Itaquaquecetuba... Aliás, no momento em que escrevo, o general Mobutu está sendo escorraçado do Zaire, que saqueou – talvez quando esta revista estiver disponível o pobre esteja infelicíssimo, curtindo o que levou de lá na Suíça ou em algum paraíso fiscal para onde se dirigem velhos ditadores desempregados...

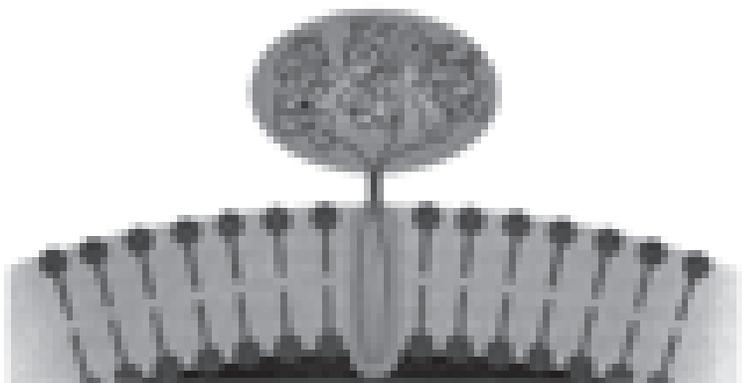
Esta África de pobreza, de guerra civil contínua, de miséria e promiscuidade criou condições para que a doença rural rara se espalhasse gloriosamente, rapidamente e eficientemente primeiro por lá, depois pelo mundo. O sistema tipicamente africano no qual os homens se dirigem às minas ou onde há trabalho e as mulheres ficam nas aldeias ajudou muito: milhares de prostitutas muito requisitadas ficaram cultivando e passando o HIV nesse estamento masculino, e provavelmente um ou outro ganhão residual nas aldeias se encarregou de fazer a mesma coisa nas cônjuges. A trama cultural esgarçou-se, alcoolismo e conflitos culturais se estabeleceram, morreu uma ordem e a outra ainda não se instalou, a cultura ocidental levou para a África armas, mas não levou os valores culturais que garantem um mínimo de civilização e, como se não bastasse, resquícios de uma ordem mais antiga ainda estão presentes. Um chefe de aldeia continua polígamo – e tem excelentes oportunidades de disseminar o HIV. Caminhoneiros em Uganda fazem a rota da Aids e têm uma mulher em cada cidade – sem falar nas caronas que dão a mocinhas pelas estradas, desinteressadamente, em que, se rola sexo à guisa de agradecimento, é só por acaso... Isso, aliás, acontece muito neste Brasil também...

A disseminação ocorreu inicialmente na África, mas logo se espalhou. Muitos haitianos trabalharam temporariamente no Zaire e possivelmente lá ganharam esse presente, que foi levado para a América (6). Homossexuais ricos de Nova York passavam férias no Haiti, onde sexo era barato, abundante e generoso, e possível-

6 Idem, *ibidem*.



Uma estrutura do vírus HIV é mostrada em seção de corte



mente levaram o vírus para seu país de onde ele se irradiou para toda a América. Cuba poderia ser uma exceção, não fosse a brilhante idéia de Fidel e dos russos de garantir a independência de Angola e lutar na Etiópia: os valorosos guerreiros cubanos também levaram ao seu país a peste... Os muitos mercenários de muitas proveniências, que participaram das guerras intermináveis do Congo, de Angola e de Moçambique, também, ao se aposentarem ou desistirem da sua perigosa profissão, levaram aos respectivos países o vírus. A emigração de africanos do Zaire para a Bélgica e dos países africanos de língua portuguesa para Portugal, só para citar dois exemplos, também carregou o vírus para a Europa – e de lá para o resto do mundo. Numa era como a nossa, em que nenhum vôlei dura mais que 24 horas e onde o sexo, que nunca foi algo muito restrito, ficou ainda mais acessível, é fácil também imaginar como foi simples ao vírus HIV se espalhar pelo mundo todo. Ampla e irrestritamente...

À fase de amplificação se seguiu a de disseminação. Culturalmente o mundo experimentou, em 1950 e 1960, a liberação sexual. Grande época – e digo hoje com felicidade que sou dos que viveram três épocas sociológicas em relação a sexo: antes da pílula, quando trepar era perigoso porque podia levar à gravidez; depois da pílula, grande época, na qual tudo era permitido sem grandes riscos e a gente se preocupava – vejam vocês! – com gonorréia, herpes e sífilis; e depois da Aids, quando sexo e morte ficaram muito próximos. A geração que mais se beneficiou de tudo isso foi a compreendida entre pós-pílula e pré-Aids. Meninos e meninas, tempo como esse nunca mais, a menos que um gênio relegue a Aids ao papel do lobo-mau, da cuca ou da bruxa da Branca de Neve, um perigo imaginário ou uma doença facilmente resolvível... Mas ainda não estamos lá... Nos momentos em que a Aids ainda não era conhecida e a liberação sexual sim, alguns grupos de intensa atividade sexual serviram para elevar em escala logarítmica o número de infectados. Homossexuais muito ativos, prostitutas e

prostitutos, o que a OMS resolveu batizar com o nome de CSW (*comercial sex workers*), eufemismo original que só pode ter se originado nos cérebros privilegiados dos gênios da OMS em Genebra... Eu imagino esse pessoal em mesas olhando o lago e discutindo qual o melhor nome para uma das mais antigas profissões humanas... A partir desses reservatórios o vírus se transmitiu a um outro, que também estava em plena expansão, os viciados em drogas endovenosas, uma outra epidemia que explodiu no mundo inteiro nas décadas de 70 e 80. A disseminação sangüínea levou à contaminação maciça dos hemofílicos, já que o fator de coagulação que eles necessitam é obtido de *pool* de plasmas. Para piorar a situação nas décadas de 60 e 70, já que os concentrados anti-hemofílicos ficaram razoavelmente disponíveis, passou a ser doutrina tratar o hemofílico precocemente ou profilaticamente com os concentrados liofilizados comerciais – e isso os colocou em maior risco. Muitos outros indivíduos que precisaram de transfusão de sangue, igualmente, foram contaminados.

A última fase, a que parece estarmos assistindo, é a da estabilização da epidemia. Em boa parte da América do Norte, na Austrália e em muitos lugares da Europa, o número de mortes por Aids parece estar equilibrado com o número de casos de pessoas que adquirem o HIV. Isso, no entanto, está deformado pela ação dos remédios contra o vírus, que hoje diminui significativamente a mortalidade por ano, e esconde mudanças na epidemiologia da doença. Na verdade, a Aids não é uma epidemia uniforme, mas um conjunto de epidemias diferentes conforme a população que atinge, com dinâmicas variadas.

Os padrões epidemiológicos têm se mostrado notavelmente constantes nos vários países atingidos por esta praga. Os que têm transmissão fundamentalmente heterossexual – o padrão dito africano, mas que existe no Caribe também – são os mais atingidos. Países como os Estados Unidos e o Brasil ou os países europeus têm um padrão diferente, com grande incidência

em homossexuais masculinos promíscuos e drogados inicialmente, e uma tendência a aumento dos casos em mulher por transmissão heterossexual, mas não nos índices da África. Nesses países há uma nítida relação entre *status* econômico e risco de adquirir Aids. Hispânicos e negros, nos Estados Unidos, têm extraordinariamente mais risco que brancos, pobres muito mais risco que ricos. No Brasil não temos números adequados, mas é muito parecido. Meninos e meninas de rua, pobres mais pobres, drogados, presos e *comercial sex workers*, é onde a coisa explode... (7).

Países de alta densidade populacional têm tido aumento no número de doentes muito mais rapidamente do que países como os da América, que são menos superpovoados. O que ocorre hoje na Índia, na Tailândia e em Myamar é assustador. Possivelmente no próximo milênio – aí já na esquina – o maior número de pessoas com HIV residirá na Ásia, o mais populoso dos continentes e que tem sido relativamente poupado até agora, excetuando-se a Tailândia, o Vietnã (onde a Aids se espalha rapidamente) e a Índia, que está em plena explosão. Myamar parece ser outro foco importante de expansão da epidemia, mas os dados são de difícil obtenção porque o governo local é mais uma vez uma plêiade de generais budistas, cuja política oficial é dizer que num país que teme a Buda a Aids não se implanta, varrendo o problema para debaixo do tapete. Quando esse bando de cretinos for adequadamente substituído por um regime democrático – o que é questão de tempo – vamos saber exatamente o que existe por lá e lamentar o que deixou de ser feito por essas alimárias enquanto elas estavam no poder. Esse é outro bando que provavelmente vai conviver com os velhos generais aposentados em algum canto agradável deste mundo. Deveriam fazer um clube desse tipo de cara, pois devem ter muitas experiências a trocar e política de investimentos para aproveitar tudo o que levaram dos seus pobres povos quando podiam fazê-lo...

A Aids é uma doença cara para a soci-

idade. É cara porque atinge pessoas na idade reprodutiva e produtiva; é cara porque sozinha desmanchou todos os progressos conseguidos, na África, no controle da mortalidade infantil nos últimos dez anos; é cara porque os remédios disponíveis são todos muito caros e fora do alcance de populações pobres do Terceiro e Quarto Mundo; é cara porque deixa milhares de crianças órfãs, e isso *per se* prejudica a sobrevivência dessas crianças. Se é ruim ser criança pobre na África, é muito pior ser órfão de pai e mãe em comunidades não-rurais, onde a família não está disponível. Em Uganda, 80% das mortes dos indivíduos entre 20 e 39 anos ocorreram em pessoas contaminadas com o HIV (8). A Aids impede o crescimento econômico dos países mais atingidos: recursos que poderiam levar a investimentos sociais são deslocados para o cuidado com os doentes, reduzindo a quantidade de mão-de-obra disponível, afastando investimentos até pelo preconceito contra a doença e destruindo qualquer serviço de saúde, isso em países que já não enfrentavam coisas muito mais simples, como a malária e a tuberculose...

A Aids é um dos fatores – não o único, mas um deles – que está levando à desagregação das sociedades africanas e às guerras civis irracionais, como a mortandade em Ruanda e em Burundi; de outro lado a enorme quantidade de refugiados, o deslocamento de populações, as condições que se seguem à guerra civil levam à promiscuidade sexual, ao estupro, à disseminação cada vez maior da Aids... Fica um círculo vicioso infernal, que temos a obrigação, como cidadãos do mundo, de romper. Para mim é claro que existem recursos no mundo para isso – falta, no entanto, a vontade política de usá-los, já que existem tantas outras “necessidades”, como a compra de novas armas, a produção de inutilidades, o recheio das burras pessoais, etc.

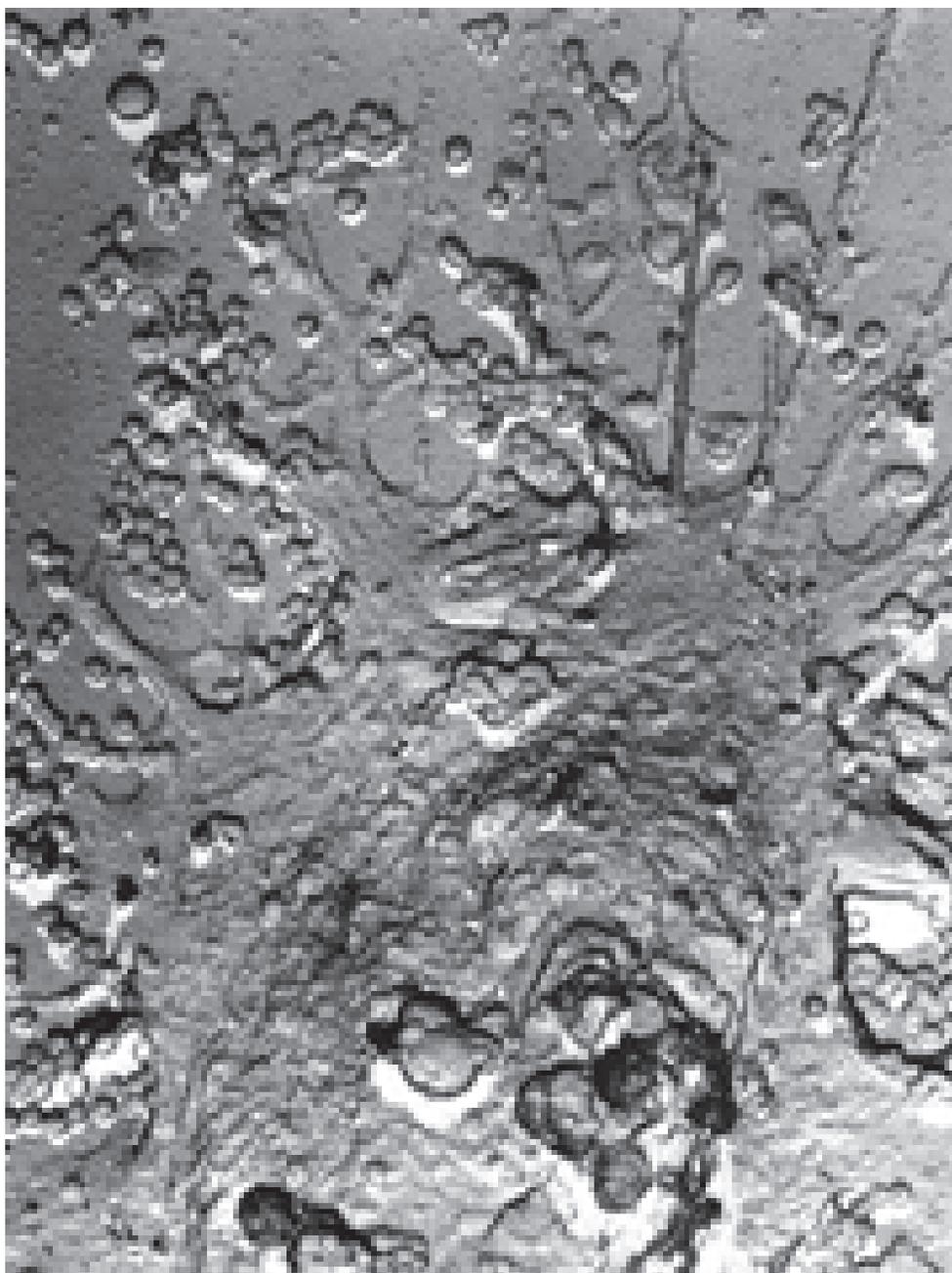
Dentro deste contexto, acho que cabe uma visão pessoal da Aids. Essa é uma doença que eu vi aparecer; houve uma época, curta por certo, em que eu dispunha de

7 H. J. Chin, "Current and Future Dimensions of the HIV/Aids Pandemic in Women and Children", in *The Lancet*, 336, 1990, pp. 221-4.

8 D. W. Mulder, A. J. Nunn, A. Kamali, J. Nakiyingi, H. U. Wagner, J. F. Kengeyia-Kayiondo, "Two Year Associated Mortality in a Uganda Rural Population", in *The Lancet*, 343, 1994, pp. 1021-3.

toda a bibliografia disponível sobre Aids, em que numa caixa, cabiam todas minhas cópias de artigos a respeito. Como todo mundo sabe, a epidemia foi descrita inicialmente por Michael Gottlieb em Los Angeles, em 1981, e em 1982 James Curran, do CDC, já dizia, por dados epidemiológicos, que era uma doença virótica cuja transmissão era muito parecida com a do vírus B da hepatite (9). Em 1984, o vírus foi isolado por Luc Montagnier – e não acho que ainda caiba hoje discutir aquela chatíssima briga entre ele e Bob Gallo, que tem méritos suficientes para merecer muitos créditos. Afinal, quem descreveu o HTLV I, o primeiro vírus claramente leucemogênico

na espécie humana, e quem viabilizou culturas de linfócitos a longo prazo, utilizando interleucina 2, não precisaria se preocupar com nenhuma outra glória, estaria com a reputação científica muito bem estabelecida... No mesmo ano ficaram disponíveis os primeiros testes para saber quem estava ou não contaminado e essencialmente em 1986 o mundo todo sabia como proteger o suprimento de sangue para evitar a contaminação via transfusão. Esse foi um progresso que permite dizer hoje, nos Estados Unidos, que o risco de transmissão por unidade de sangue adequadamente testada é da ordem de um caso a cada 65.000 unidades no máximo, e provavelmente um caso



Preparação de cópia da superfície de uma célula infectada e partículas de HIV

9 J. W. Curran, "The Epidemiology and Prevention of the Acquired Immune Deficiency Syndrome", in *Ann. Intern. Med.*, 103, 1985, pp. 675-8.

em 256.000 unidades transfundidas (10). Esse risco depende da prevalência de doadores positivos no período dito de janela imunológica, contaminados mas cujo exame ainda é negativo. Com a introdução de mais um teste diagnóstico, a pesquisa do antígeno p 24, o período de janela encolhe de 6 a 8 semanas para 2 a 4 semanas, devendo cair ainda mais. Em outros países – e o nosso querido Brasil se inclui neles – onde a prevalência de pessoas contaminadas com o HIV em banco de sangue é maior, pois muitos de nossos doadores não o são por altruísmo, mas para conseguir um exame de graça, o que significa terem atividades de risco para o HIV, o risco calculado para que uma unidade de teste negativo transmita o HIV pode ser tão alto como uma em 12.500 (11). Isso varia conforme a população de doadores.

O primeiro medicamento eficiente contra a infecção pelo HIV, o AZT ou zidovudina, foi empregado em 1986 por Broder e colaboradores (12), e a partir daí houve uma explosão de conhecimentos sobre fisiopatogenia, imunologia e tratamento da infecção. Eu me pergunto como seria a epidemia se ela fosse descoberta antes de 1950, quando nada se sabia de imunologia, muito pouco de virologia e quase nada de biologia molecular. Provavelmente trataríamos a Aids como a sífilis foi tratada no seu início, com magias, remédios sem eficiência e mezinhas várias... A própria existência da Aids fez com que o mundo todo investisse em mais conhecimentos sobre nosso sistema de defesa contra infecções, e deu subsídios para outra epidemia relacionada remotamente com a Aids, a epidemia da formação de imunologistas e virologistas, do número de *grants* dirigidos a esta área.

A Aids também serviu para tirar a arrogância de muitos médicos que consideravam doenças infecciosas um problema essencialmente resolvido na medicina. Um certo General Surgeon norte-americano chegou a anunciar esta era; a OMS igualmente resolveu, após a bem-sucedida extinção da varíola, partir para a extinção da malária e da tuberculose, subestimando

grosseiramente os recursos do plasmodium e do seu vetor, o mosquito, e superestimando, no caso da tuberculose, a eficiência de serviços de saúde pública no Primeiro Mundo e especialmente nos outros mundos... A Aids nos fez refletir sobre a fragilidade da espécie humana, aparentemente tão pouco evidente. Numa conversa pessoal com Paul Volberding ele me contou o que Mark Connant lhe disse ter pensado quando assistia, da sua janela, em São Francisco, ao desfile de Halloween na Castro Street em 1985: “Meu Deus, todos estes caras estão mortos e não sabem disso!”.

A engenhosidade humana, no entanto, assumiu a briga, e não dá para dizer que esteja perdendo. Entendemos, primeiro, como o vírus liquidava os linfócitos que têm na sua membrana o receptor CD4: percebeu-se logo que não eram essas as únicas células nas quais o vírus podia entrar, que as células dendríticas e os macrófagos também eram suscetíveis à infecção, se bem que a multiplicação fosse menos intensa neles (13). Na verdade só muito recentemente se entendeu que havia necessidade de um segundo receptor (14), inicialmente denominado fusina, hoje CCK4 (15), e que o receptor em macrófagos era diferente, o CCK5; percebeu-se que produtos elaborados pelas células sanguíneas, como linfócitos e macrófagos mesmo, denominados citocinas, tinham a capacidade de interferir na infecção das células, impedindo ou facilitando conforme a citocina em pauta. No início se interpretou a infecção como tendo uma fase de grande multiplicação viral, à qual se sucedia um período de acalmia, com pouco vírus no sangue pelo menos, e depois os títulos virais voltavam a subir quando a pessoa ficasse doente. Ho provou que não era assim, quando dispôs de drogas capazes de suprimir pesadamente a proliferação do vírus, como os inibidores de protease, muito mais potentes que o velho AZT ou seus derivados, como ddI, ddC, D4T. Na verdade, o vírus se divide continuamente, renovando a população viral a cada 48 horas, e as células afetadas também se multiplicam

10 S. Kleiman, K. Secord, "Risk of Human Immunodeficiency (HIV) Transmission by Anti HIV Negative Blood: Estimates Using the Lookback Methodology", in *Transfusion*, 28, 1988, pp. 499-501.

11 N. Hammerslack, J. Pasternak, in *Doenças Transmissíveis por Transfusão Sangüínea*, Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Rio de Janeiro, 1994.

12 P. Volberding, S. Lagakos, M. Koch, "Zidovudine in Asymptomatic Human Immunodeficiency Virus. A Controlled Trial in Persons with Fewer Than 500 CD4 Positive Cells per Cubic Milimeter", in *The New England J. Medicine*, 272, 1994, pp. 437-42.

13 G. Pantaleo, C. Graziosi, A. S. Fauci, "The Immunopathogenesis of Human Immunodeficiency Virus Infection", in *New England J. Medicine*, 328, 1993, pp. 327-35.

14 P. Meylan, P. Burgisser, C. Weyrich-Suter, F. Spertini, "Viral Load and Immunophenotype of Cells Obtained from Lymph Nodes by Fine Needle Aspiration as Compared with Peripheral Blood Cells in HIV Infected Patients", in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 13, 1996, pp. 39-47.

15 G. M. Shaw, "Viral and Cellular Dynamics in HIV Infection", in *Centi Grandi Symposium in Human Retrovirus*, Italy, Centi Grandi, 1995.

16 D. D. Ho, A. U. Neumann, A. S. Perelson, W. Chen, J. M. Leonard, M. Markowitz, "Rapid Turnover of Plasma Virions and CD4 Lymphocytes in HIV Infection", in *Nature*, 373, 1995, pp. 123-6.

17 P. Bem-Galim, Y. Shaked, A. Vonsover, M. Garty, "Immediate Immunosuppression Caused by Acute HIV Infection: a Fulminant Multisystemic Disease 2 Days Post Infection", in *Infection*, 24, 1996, pp. 332-5.

continuamente para manter a homeostase, até que anos depois da contaminação algo se esgota, e aí vem a doença (16). Na verdade, isso não é assim tão simples – raramente as coisas são simples em medicina. Existem pessoas que em meses progridem da infecção para a Aids propriamente dita (17). Existem pessoas que demoram anos – a média é 5, mas com intervalos enormes, de 1 a 10 ou mais anos (18) – para passar de portadores a doentes francos. Existem pessoas que se expõem ao vírus repetidamente e nunca ficam doentes (19). Algumas dessas pessoas não têm os receptores necessários para que o vírus penetre nas células, e o curioso é que são quase todas de origem caucasiana, enquanto o vírus parece ter nascido na África. Por que cargas d'água esses indivíduos não têm esses receptores, e o traço é relativamente comum, algo como 5% a 10% de populações caucasianas estudadas? Alguma vantagem devem ter, e provavelmente não o fato de não adquirirem a infecção pelo HIV, já que o vírus parece ser um visitante recente na espécie humana.

Voltando à experiência pessoal, vi o

progresso no controle das infecções oportunistas, que *per se* aumentou a sobrevivência dos pacientes infectados pelo HIV. Vi o diagnóstico de Aids significar morte em meses, em 1987; o mesmo diagnóstico significar morte em dois ou mais anos, em 1988, e provavelmente significar muito maiores sobrevivências a partir da década de 90, desde que – esse qualificativo é cruel, mas verdadeiro – o paciente tenha acesso a cuidados médicos decentes e tenha disciplina suficiente para fazer o tratamento de maneira adequada (20). Assisti ao progresso terapêutico em relação ao número de drogas disponíveis e sua eficiência; do AZT como monoterapia passamos a terapias combinadas, e com os estudos de carga viral que foram feitos inicialmente por Ho e colaboradores percebemos que a carga viral cai um logaritmo com AZT, 1.8 logaritmo com AZT e 3TC e 3 logaritmos ou até mais com o uso combinado de AZT, 3TC e inibidores de protease viral. A carga viral se correlaciona ainda melhor que o nível de células CD4 no sangue periférico com a sobrevivência dos pacientes. Mesmo na

18 S. Jurrians, B. Van Gemen, G. J. Weverling, "The Natural History of HIV Infection: Virus Load and Virus Phenotype Independent Determinants of Clinical Course?", in *Virology*, 204, 1994, pp. 223-33.

19 J. W. Mellors, C. R. Rinaldo, P. Gupta et alii, "Prognosis in HIV Infection Predicted by the Quantity of Virus in Plasma", in *Science*, 272, 1996, pp. 1167-70.

20 L. Corey, K. Holmes, "Therapy for Human Immunodeficiency Virus Infection – What We Learned?", in *The New England J. Medicine*, 335, 1996, pp. 1142-4.

Parte de um friso em templo de Kajuraho, na Índia Central



era do AZT como única droga eficiente, tive a grata surpresa de ver provado que o uso do AZT na mãe, ainda que assintomática, portadora do HIV, previne em boa parte a passagem do vírus para sua criança; esse risco que é de 25% sem o uso da droga cai para 8% ou menos com ela (21). Essa é, no momento, a única vacina que previne de fato a transmissão do HIV. Por analogia, um estudo difícil do ponto de vista estatístico provou também que o uso do AZT isoladamente diminui em 80% o risco de transmissão por acidente profissional do HIV. O risco de uma picada de agulha contaminada com o sangue de alguém com HIV varia com o tipo de agulha (sólida como a de cirurgia ou oca, como a de injeção, sendo esta consideravelmente mais perigosa) e com a fase em que o doente está, se com altos níveis de vírus no sangue (início da doença ou final da mesma) ou com níveis mais baixos, na fase assintomática. Em média esse risco é de 0,35% sem o uso da droga (22). E finalmente vi a doença mudar com o uso dos esquemas modernos de tratamento, ou seja, o uso de AZT, 3TC e um dos inibidores de protease, para citar o mais comum, mas existem outros modos de fazer a terapêutica combinada. Essencialmente, quando se usa esse tipo de tratamento primeiro se leva os níveis virais no sangue para abaixo do detectável com a melhor técnica disponível e, em segundo lugar, a doença simplesmente seca. Ou não acontece nada nos indivíduos que estão assintomáticos, ou melhora muito, mas muito mesmo, nos indivíduos que já estão sintomáticos.

Passamos a internar menos pacientes, já que eles têm uma vida ativa normal, sem tanta doença, prosseguindo nas suas atividades na comunidade. Nossas previsões apocalípticas de que lotaríamos os hospitais e pronto-socorros só com os pacientes de Aids provaram, mais uma vez, que prevenir o apocalipse não deve ser função de médicos – é melhor deixar esse tipo de brincadeira para os teólogos...

Vi acontecer o controle das infecções oportunistas no sentido de que remédios melhores e mais eficientes foram sendo

desenvolvidos para quase todas as que afetam os pacientes com HIV: assim, para tratar *Pneumocystis carinii* – um ente curioso que já foi classificado como protozoário e hoje é fungo, pelo menos até que alguém prove o contrário – existia uma droga (droga mesmo, por falar nisso) chamada pentamidina e hoje temos pelo menos três, todas melhores que ela (23); o tratamento da infecção por *Mycobacterium avium-intracelulare* que era feito com muitas drogas, sem grande resultado, hoje é feito com duas ou três, incluindo klaritromicina no esquema, com resultados muito razoáveis; a infecção pelo *Cryptococcus neoformans*, um fungo malandro que causa meningite e que nunca sara, pode ser controlada pelo uso de fluconazole, uma droga bem mais fácil de lidar e usar que a maldita anfotericina B, que ainda usamos mas que é, de longe, o pior dos antibióticos para dar efeitos colaterais. As infecções pelo herpes simplex, que podem ser muito graves no paciente com HIV, passaram a ter controle simples quando o aciclovir e seus derivados passaram a estar disponíveis, e mesmo a peste do citomegalovírus, de controle muito mais difícil, passou a ser pelo menos tratável com ganciclovir e foscarnet.

Não quero transformar este artigo numa lista interminável de remédios novos, mas realmente temos hoje capacidade de prevenir (e sempre que possível as infecções oportunistas do indivíduo com Aids devem ser prevenidas, pois é muito mais fácil que tratar) e tratar essas doenças. Vi também uma outra descoberta sensacional, a causa viral do famoso sarcoma de Kaposi, que aflige os indivíduos com HIV e que provou ser a causa de todos os sarcomas de Kaposi, incluindo os que não estão ligados à infecção pelo HIV, o herpesvírus 8, também ligado a um tipo de linfoma denominado linfoma de cavidade, outro tipo de câncer raro mas relacionado com o HIV (24). Tenho certeza de que já tem gente testando antivirais que peguem este agente, e provavelmente teremos um dia algum tipo de terapêutica específico para ele.

Esta é a parte boa da história. Agora vem a parte ruim, que também precisa ser

21 E. M. Connor, R. S. Sperling, R. Gerber et alii, "Reduction of Maternal-infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment", in *The New England J. Medicine*, 331, 1994, 1173-80.

22 C. Carpenter, M. Fischl, S. Hammer et alii, "Antiretroviral Therapy for HIV Infection in 1996: Recommendations of an International Panel", in *JAMA*, 1996, pp. 146-54.

23 Idem, *ibidem*.

24 Y. Chang, E. Cesarman, M. Pessin et alii, "Identification of Herpesvirus Like DNA Sequences in Aids Associated Kaposi's Sarcoma", *Science*, 266, 1994, pp. 1865-7.

contada. Vi a Aids ser usada, desde o início da epidemia, por gente moralmente desqualificada para reforçar preconceitos e discriminações contra homossexuais, promíscuos e drogados, gente cujo estilo de vida não é do agrado da classe dominante. Vi, e vi mesmo – ou melhor, ouvi –, ilustres professores universitários falando que a Aids parecia uma providência divina para acabar com esta bichice, essa esbórnia que anda por aí... Vi pastores evangélicos norte-americanos ingenuamente falando a mesma asneira do púlpito, e vi também outros pastores invocando Cristo para curar a Aids e, de quebra, o homossexualismo... Vi pessoas em plena decadência científica aproveitar a Aids para adquirir prestígio pessoal e dar pinta de entendido... Vi gente que faz saúde pública dizer que Aids não deveria ser objeto de pesquisa no Brasil porque interessava só a homossexuais e libertinos... Vi centenas de malandros de todas as espécies, desde metidos a líderes religiosos até charlatães de quinta categoria, proporem curas miraculosas da Aids – e venderem seu peixe, suas mezinhas e seus líquidos misteriosos a muitos pacientes e suas famílias desesperados por qualquer vislumbre de possibilidade de cura... Vi nascer um ente curioso, o cara que em vez de morrer da Aids vive da Aids. É um espécime interessante, que viaja pelo mundo inteiro, encarregado pelo nosso Minis-

tério da Saúde de profundos estudos no exterior sobre Aids. Vai por conta do governo, ou seja, por conta de todos nós, a todos os congressos sobre o assunto, e aproveita para conhecer Paris, Berlim ou Vancouver – ao congresso mesmo ele assiste eventualmente, mais para marcar o ponto. Ao voltar para o Brasil, ele participa de comissões cujas intermináveis discussões, se expressas, não dariam nenhuma ação efetiva contra a Aids, e mesmo que dessem, esses senhores e senhoras não fariam nada porque não têm ação executiva. Assessoram, “asponam”... e só. Participam também de congressos nacionais, em geral cercado um ilustre ministro ou executivo e prometendo grandes providências de enorme impacto com relação à epidemia – quais e quando, só Deus sabe... Ao lado desse tipo de espécime criou-se, no Brasil, o seu correspondente fora do serviço público, o ongista especializado em Aids. Nos Estados Unidos da América as organizações não-governamentais fazem questão de sê-lo e não querem saber da ingerência, participação ou qualquer financiamento do governo, já que acham, com muita razão, que isso pode comprometer sua independência. Aqui no Brasil, assim que se cria uma organização não-governamental, escolhe-se um diretor, presidente, manda-chuva ou pajé que imediatamente solicita fundos ao governo. Solicita também emprego para ele e



Cartaz de campanha do Departamento de Saúde de Nova York - prevenção da Aids entre heterossexuais



Detalhe de uma pintura a óleo francesa da escola de David, do século XVIII, representando Zeus em conquista amorosa

seus amigos e parentes, na tradição brasileira de tráfico de influência, e aí várias pessoas vão viver à custa da Aids. Incidentalmente esse tipo de profissional, que vive da Aids, tem todo interesse em exagerar, aumentar e mistificar a epidemia, já que quanto mais houver, mais ele receberá... Temos também os muitos donos de agências publicitárias que, ano após ano, como já citei, fazem campanhas contra o vírus. Incidentalmente nunca se mediu o impacto real desse tipo de campanha – ela aumenta, diminui ou fica tudo na mesma em relação aos que se contaminam com o vírus? As campanhas, por falar nisso, são muito bem pagas pelo nosso governo. As agências imprimem panfletos, fazem *flashes* em televisão, divulgam textos de rádio e cobram comissão de cada um desses meios de comunicação. Com que utilidade? Quem sabe? Alguém sabe?

Temos também os distribuidores de camisinhas, que vendem toneladas desse precioso insumo, em geral nos carnavais, mas também em outras épocas. Quero deixar claro que o uso do preservativo é eficiente e deve ser encorajado – isso é

indubitável, se bem que alguns gaiatos norte-americanos, fazendo umas contas meio esdrúxulas, julgam que a proteção é menor do que se imagina, até porque contabilizam como falha do método quando o cidadão não usa o preservativo, o que no mínimo é bizarro.

Outros peças vivem da Aids de modos diferentes. Os cafetões do sexo comercial que anunciam nos jornais que “nossas moças são testadas todos os meses para o teste de anticorpos anti-HIV” para propaganda do seu puteiro; os cientistas que querem chocar o mundo, como Duesberg e que inventam que o HIV não é a causa da Aids, o que faria qualquer investigador clínico cair na gargalhada, já que se alguma coisa está estupidamente bem-establishada é que a Aids é a doença causada pelo HIV... Já falei dos charlatões – acho que o suficiente, se bem que existem muitas outras sacanagens que não descrevi por falta de espaço, de vontade e de nojo...

Além dos que vivem da Aids encontro outros indivíduos que querem participar do bolo, mas não sabem como. O tratamento atual da Aids é difícil e envolve o uso de

muitas drogas que não são de manejo simples. A interação dessas drogas com outras, muito freqüentemente utilizadas no tratamento das infecções oportunistas como a tuberculose, é complexa, difícil e enrolada. Como a Aids e a infecção pelo HIV estão virando doenças comuns, muitos médicos não-especialistas resolveram se meter no pedaço. O resultado não é bom. Trabalho recente publicado no *New England J. Medicine* mostra que a sobrevivência de um paciente com Aids é o dobro quando ele é tratado por um especialista. Não acho que isso deva ser levado a ferro e fogo, no sentido de que só especialistas tratem os infectados pelo HIV. Aliás, no Brasil, qualquer médico formado em qualquer faculdade tem licença para fazer qualquer ato médico, desde cirurgia cardíaca e neurocirurgia, até tratar qualquer patologia conhecida e desconhecida... A licença legal deveria ser temperada com o bom senso e com a auto-análise de seus conhecimentos, e julgo que qualquer médico sensato não trata o que não sabe. Acontece que nos tempos bicudos que enfrentamos, com a proletarização progressiva da classe médica e a concorrência irrestrita que anda por aí, muitos doutores se metem no que não sabem. Os resultados a gente pega depois. Na verdade este é um problema geral do estamento médico no Brasil: pouquíssimos lugares medem a qualidade da assistência que é dada, seja por instituições, seja por praticantes individuais da medicina. Aliás, médico é um dos profissionais liberais que menos gosta de ser auditado. Fala da sagrada relação médico-paciente e que ninguém pode se meter no método que ele usa para fazer medicina, que a sua consciência e Deus são os únicos que podem dar palpite nisso... Tudo bem, não fossem os resultados – e por incrível que isso possa parecer, acho mais fácil auditar qualidade médica do que, por exemplo, de um advogado. Temos parâmetros muito objetivos, algoritmos bem-estabelecidos, que permitem dizer se uma consulta médica foi útil, inútil ou prejudicial... As medicinas de grupo norte-americanas, as HMS (*Health Maintaining Organizations*), têm esse tipo

de auditoria não apenas para controle de custos, mas para verificar realmente a eficiência dos atos médicos – e seguramente, gostem ou não nossos doutores, isso vai desabar por aqui, é uma mera questão de tempo, e acho que a curto prazo...

Já que falamos em medicinas de grupo, esta é outra história reconfortante. No Brasil, a partir de 1964, houve uma deliberada destruição, um sucateamento voluntário do setor público de saúde. Provavelmente os militares e seus lambe-botas poderiam ter deixado para lá o setor e permitido que ele decaísse sozinho, sem o empurrão que lhes deram – em todo o mundo os serviços públicos de saúde lutam para manter qualidade frente a uma demanda cada vez maior. Mas nossos milicos tinham interesses ulteriores; aliaram-se com o que havia de pior no estamento médico e se associaram, abertamente ou por baixo do pano, a instituições denominadas medicinas de grupo, que passaram a dar uma assistência médica melhor que a do serviço público, pelo menos quanto à espera e à vontade do doutor em atender o paciente. No serviço público ganha-se um fixo – pouco, diga-se desde já – para atender o que aparecer, ou seja, lucra-se quando se atende menos. Nos serviços privados ganha-se por produtividade, de modo que se atende o mais que se pode, mesmo que não seja particularmente bem... As medicinas de grupo inventaram, desde o início, que algumas doenças, todas de tratamento muito caro, eram da alçada do governo. Transplantes, Aids, diálise – a lista era longa e compreensiva. Quando elas tinham um paciente com alguma dessas coisas, ele era solenemente empurrado para o serviço público.

As medicinas de grupo fizeram escola: quando médicos resolveram competir com elas e fazer cooperativas médicas que trabalhassem na mesma faixa – dizendo que isso era muito mais ético que o mercantilismo das medicinas de grupo – fizeram a mesma coisa, excluindo da cobertura as mesmas doenças. A redemocratização do país, no entanto, acabou levando esse tipo de sacanagem para o Judiciário e a imensa maioria das senten-



Casal de amantes,
no templo
de Kajuraho

ças judiciais foi favorável aos pacientes. Hoje muitas medicinas de grupo ou já cobrem de cara qualquer doença, incluindo a Aids, ou afinam na ameaça de processo judicial. Se não afinarem, os juízes têm dado quase sempre liminares e, nos raros casos já julgados, quase sempre o paciente vence, mesmo que não tenha os recursos financeiros para contratar os grandes causídicos que as medicinas de grupo contratam... Esse fato exemplifica mais uma vez a sabedoria de Jonathan Mann. Num dos muitos congressos sobre Aids a que assisti ele disse que nenhum país do mundo controlou adequadamente a infecção pelo HIV, mas os únicos que tiveram algum progresso foram as democracias, e que nos locais com ditadura era essencialmente inútil lutar contra a Aids, pois nestes era mais adequado lutar pela democracia e direitos humanos, que vêm antes.

Gostaria de voltar mais uma vez a algo inteiramente pessoal, o Congresso em Vancouver, quando David Ho, após apresentar os resultados da terapêutica antiviral combinada, fez umas especulações e disse que, se é verdade que a carga viral é suprimível por longo tempo, que só as células com infecção produtiva são capazes de levar vírus para fora delas e portanto gerar partículas infectantes que mantenham a infecção, que as células com infecção não-produtiva têm uma vida determinada, e depois, quando morrem, o provírus, transcrito no seu DNA, se extingue, e se é verdade, também, que não existem santuários onde o vírus possa se esconder das drogas – e nenhuma dessas assertivas, é bom que se diga, está totalmente provada –, então podemos falar, hoje, que a infecção pelo HIV, pelo menos em algumas pessoas, é potencialmente curável. Curável, não apenas controlável a longo prazo. Claro que será curável em pessoas que dispuserem dos últimos recursos tecnológicos, de medicação cara, de disciplina para tomar a medicação por longo prazo, de assistência médica com qualidade para tratar os possíveis problemas ligados a esse uso de medicação por longo prazo. Será curável, portanto, em locais de Primeiro Mundo, mas nem todos

– se você for drogado e negro em Washington, DC, pode tirar o cavalinho da chuva. Será curável em gente de recursos – gerais nigerianos, ilustres próceres brasileiros. Será curável ou controlável para ricos, e continuará matando os pobres. Dirão vocês que isso não é novidade, e terão toda a razão: vale o mesmo para a tuberculose e para muitas outras doenças.

De qualquer modo, e ainda falando da experiência pessoal, é gratificante, e deve ter ocorrido muito poucas vezes na história da medicina, alguém ver nascer uma doença e ver, durante a sua própria vida médica, ela passar de algo incurável para algo controlável a longo prazo e talvez curável. Pode ser que isso ocorra comigo e com minha geração como também pode ser que não ocorra, nós não sabemos hoje se isso é ou não real. Saberemos daqui a muitos e muitos anos. Se isso for verdade, aí caberá organizar a sociedade e os engenheiros sociais para que todos que precisem dos remédios e cuidados adequados os recebam, em todos os países do mundo. A morte do marxismo como filosofia da história não deveria levar à glorificação absoluta do egoísmo como único móvel da ação do homem. Ninguém nega a capacidade imensa do homem como predador da sua própria espécie, mas acredito – e confesso que é um artigo de fé, indocumentável objetivamente – que o homem é um animal social solidário, e que com o tempo e o progresso da ciência teremos capacidade de levar aos desvalidos, como classificou Fannon, os frutos do progresso. Posso estar sendo muito otimista, mas prefiro sê-lo – e afinal, como jogo minhas previsões para um longo futuro, quem dirá que estou certo ou errado? Isso lembra a famosa história do rei e do pajé que prometeu ensinar o burro real a ler, escrever e dar aulas em nível de professor titular da USP em trinta anos. O rei aceitou o desafio, mas disse que executaria o pajé se ele não conseguisse. Um amigo do pajé lhe disse: “Você está louco, mano?”. O pajé explicou: “Em trinta anos, meu amigo, um de nós três seguramente estará morto. Ou o rei, ou o burro, ou eu, e em qualquer caso o risco desaparece...”.