

## Da sífilis à sida#

From syphilis to AIDS

**Barros Veloso\***

### Resumo

***O autor faz uma revisão histórica das circunstâncias em que surgiu a sífilis, no século XV, e a sida, quinhentos anos mais tarde e chamando a atenção para algumas semelhanças sociais que acompanharam a eclosão destas duas doenças.***

**Palavras chave: sífilis, sida**

### Abstract

***The author makes an historical review of the circumstances that surrounded the appearance of syphilis in the XVth century and of AIDS five hundred years later. He highlights some social resemblances in the origin of these two diseases.***

**Key words: syphilis, AIDS**

O filósofo americano, George Santayana, escreveu um dia uma frase lapidar que vou tentar reproduzir em português e que reza assim: “Quem não consegue recordar o passado está condenado a repeti-lo”.

Ora, é legítimo perguntar: o que tem isto a ver com o assunto anunciado no título deste texto? A resposta dá-se em duas palavras: entre a entrada em cena da sida no século XX e o aparecimento da sífilis na Europa, quinhentos anos antes, existem estranhos paralelismos e semelhanças que não podem deixar de causar perplexidade e motivos para reflexão.

É claro que, dentro desta perspectiva, poderíamos recuar ainda mais no tempo e recordar o misterioso episódio das cidades de Sodoma e Gomorra narrado no Antigo Testamento. Nessa altura os homens justos falavam com Deus e atreviam-se até a negociar com ele. Acontece que Jeová andava incomodado com os pecados cometidos naquelas cidades e decidiu vingar-se. Mas o seu servo Abraão procurou interceder. Depois de alguma conversa conseguiu obter o compromisso de que Sodoma e Gomorra não seriam destruídas se lá houvesse, no mínimo, dez justos. A verdade (e Jeová já devia saber isso) é que nem esse número havia, pelo que a vingança se consumou. A tão grande distância

#Texto baseado no Editorial “A Medicina e a História” publicado nesta revista no nº3 de 1996.

\* Ex-Director do Serviço 1 de Medicina Interna do Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

não é possível saber quais os pecados que tanto irritaram Jeová. Mas se recordarmos que da história desse episódio nos ficou a palavra “sodomia”, somos levados a pensar que a libertinagem sexual terá sido o principal motivo da ira divina.

Acerca do que se passou com a sífilis, no século XV, sabemos bastante mais. Nessa altura a Europa Ocidental estava a sair duma idade de trevas que, quer queiram quer não alguns historiadores mais optimistas, marcou a Alta Idade Média. Pestes, fomes e guerras que chegaram a durar cem anos, tinham dizimado metade da humanidade e condenaram a outra metade a viver na maior das misérias e dos pavores. Grande parte do património da Civilização Clássica tinha-se perdido nas convulsões que se seguiram à queda do Império Romano do Ocidente e em sua substituição florescia um espírito religioso primário, radical e obscurantista.

Mas, a partir do século XIII o sol parecia querer voltar a brilhar e a esperança renascia. No final do século XV as cidades italianas e do norte da Europa conheciam um período de desenvolvimento do comércio, das pequenas indústrias, das actividades financeiras, das viagens e da tecnologia. Surgiam as figuras do artesão (misto de artista plástico e de cientista) e do burguês que rapidamente prosperava e enriquecia. Os textos clássicos eram traduzidos do árabe para o latim e as impressoras de caracteres móveis, inventadas por Gutenberg, encarregavam-se de os difundir por toda o espaço europeu. O radicalismo religioso da Idade Média dava lugar a um cristianismo mais humanista e tolerante. Tudo parecia finalmente correr melhor. Era a entrada no Renascimento.

Homens e mulheres mais seguros e mais felizes procuravam os prazeres mundanos. O sexo, reprimido e excomungado anteriormente, ia sofrer uma rápida liberalização. Adultério, prostituição e banhos públicos (de que chegaram até nós deliciosas gravuras), tudo isso iria marcar uma época de grande regabofe sexual.

Eis senão quando, Colombo convence os Reis Católicos a partir para Ocidente à procura da Índia que nunca chegaria a encontrar. Em vez disso descobre as ilhas do arquipélago das Bahamas a que vai pondo nomes a seu gosto (São Salvador, Santa Maria de la Concepción, Fernandina, Isabella, Juana) e acaba por atingir o Haiti, a que chama Hispaniola, e onde funda uma colónia: Natividad. Os tripulantes, completamente esgotados depois de uma viagem de 36 dias sem ver terra, mulheres ou comida fresca, estavam longe de pensar que tinham acabado de descobrir o Novo Mundo, o El Dorado, a terra do Tio Sam. Para eles não havia dúvidas é de que tinham chegado a uma espécie de paraíso, onde não faltavam estranhos frutos tropicais e mulheres de pele tisonada e roupas escassas, não sabemos se feias ou bonitas, porque isso, aliás, é um pormenor que pouco interessa para esta história. É o próprio Colombo que, na altura, se mostra espantado: “Estas gentes não

conhecem a vergonha: será que andarão perto de Adão antes da queda?”

As indígenas não tiveram que se esforçar muito para seduzir os fogosos marinheiros que durante os dias que passaram em Hispaniola nelas saciaram os desejos acumulados durante a longa travessia do Atlântico. O que eles não sabiam é que, no regresso, transportariam consigo uma nova e terrível doença com que se tinham contaminado nos seus contactos amorosos e que, tudo leva a crer, não existia na Europa: a sífilis.

Pouco tempo depois do regresso da armada surgem os primeiros casos em Espanha e há quem pense que a primeira vítima mortal foi Martin Alonso Pinzón que, durante a expedição, comandara a *Pinta*.

Mas um acontecimento histórico vai provocar uma rápida disseminação da doença. Carlos VIII de França invade a Itália com um exército de 38.000 homens para conquistar o Reino de Nápoles sobre o qual reivindicava direitos dinásticos. Em defesa dos napolitanos, Fernando de Espanha envia mercenários espanhóis, muitos deles já contaminados, e que rapidamente transmitem a doença às italianas. Em Fevereiro de 1495 Nápoles rende-se e os soldados franceses, entregues às operações de rescaldo, vão por sua vez infectar-se nos bordéis e tabernas da cidade, não escapando sequer o próprio Carlos VIII que também contrairá a sífilis.

É este exército que, destroçado depois por uma coligação de cidades italianas, irá deixar um rasto de doença ao longo da sua retirada para França. As descrições da época falam numa “sarna” horrível que cobria o corpo e o rosto, assim como pústulas espessas que rebentavam com um cheiro pestilento. Os franceses chamam-lhe “mal napolitano” e os italianos “*morbus gallicus*”. Em qualquer caso era sempre o “mal dos outros”.

Em Portugal os primeiros casos de sífilis surgiram pouco tempo depois da armada de Colombo ter passado por Lisboa no seu regresso do Novo Mundo e pensa-se que possam ter sido os marinheiros de Vasco da Gama a transportar a doença para o Oriente na sua primeira viagem até Calecute em 1498.

No Hospital Real de Todos-os Santos, mandado construir por D. João II e inaugurado por D. Manuel I, é criada a “casa das boubas” para tratamento dos doentes afectados com o novo mal. “Boubas” era nessa altura o nome utilizado para designar uma grande variedade de lesões sífilíticas, tais como adenomegalias, abscessos, úlceras, verrugas e pápulas. O médico espanhol Ruy Diaz D’Ysla, que trabalhou durante dez anos no Hospital, publicou em 1539 uma das primeiras descrições detalhadas da doença que dedicou ao rei D. João III e a que chamou “*Tratado cōtra o mal Serpentino que vulgarmente em España es llamado bubas*”. Mas, para seu azar, seria outro, o veronês Girolamo Fracastoro, a dar o nome à nova doença ao publicar em 1530 o poema “*Syphilis, sive morbus gallicus*” no qual

descreve a moléstia com que Apolo castigou o pastor Syphilus que teria praguejado contra ele.

Cedo se tornou claro que a doença era contagiosa e chegou a pensar-se que a sua transmissão se fazia através da pele nos banhos públicos, os quais foram ficando desertos e acabaram por fechar. As pessoas passaram a lavar-se por indicação médica e, até ao século XIX, substituíram o banho pelos perfumes.

A suspeita de que se estava perante um mal “sexualmente transmissível”, teve consequências sociais enormes. A prostituição foi perseguida e ilegalizada e entrou em cena o preservativo, fabricado com intestino de carneiro. O poder religioso reforçou-se através do sacramento do matrimónio e da influência crescente do clero sobre a educação e as famílias. Fidelidade, abstinência e poupança são os novos valores que se vão impôr, enquanto por todo o lado se multiplicam as procissões, as peregrinações e as flagelações colectivas. Por fim, a necessidade de ocultar as alopecias e as úlceras do pescoço fez nascer a moda das cabeleiras postiças e das rendas farfalhudas que se impõe no século XVIII.

Na altura as terapêuticas preconizadas, como o guaiaco (ou pau-casto) e o mercúrio, eram completamente ineficazes. Só após o nascimento da microbiologia, nos finais do século XIX, se abrem novas perspectivas. Em 1905, Fritz Schaudin descobre o *Treponema pallidum*, agente etiológico da doença e, um ano depois, Wasserman descreve o método que permite o diagnóstico laboratorial. Ehrlich, na sua procura obstinada da “bala mágica”, vai ensaiando compostos químicos. Quando atingiu o número 606 da sua série, o Salvarsan, verificou que tinha encontrado um medicamento com alguma eficácia nas lesões cutâneas. Os resultados não eram brilhantes mas com ele nasceu uma nova esperança: a cura da sífilis. Este objectivo só viria a concretizar-se com a descoberta da penicilina feita por Fleming, e a sua aplicação terapêutica a partir de 1941, na sequência dos trabalhos de Florey. Os casos de sífilis iriam desaparecer a pouco e pouco e os estudantes de medicina nunca mais teriam oportunidade de ver os aneurismas gigantes da aorta na fase secundária da doença, assim como os quadros neurológicos da fase terciária — a tabes e a paralisia geral — esta última com os típicos delírios megalómanos que contribuía para recheiar os nossos velhos manicómios de “napoleões” e de “premiados da lotaria”.

Finalmente a Humanidade podia respirar. Com os antibióticos e, alguns anos mais tarde, com o aparecimento dos anti-concepcionais, o sexo passou a ser seguro ao libertar-se dos seus tradicionais tabus: as doenças venéreas e a gravidez acidental não desejada. Os sempre e tão celebrados anos 60 assistem ao nascimento de uma liberdade sexual sem temores nem preconceitos como antes não tinha sido visto.

Mas este optimismo não irá durar muito tempo. Em 1979 começam a ser detectados em Los Angeles estranhos casos

de uma síndrome mononucleósica acompanhada de acessos febris, diarreias, tumefacções linfáticas, candidíase oral e anal e pneumonias por *Pneumocystis carini*. Todos os doentes pertenciam ao movimento *gay*, o qual se encontrava em plena expansão nas cidades da Califórnia, e apresentavam em comum o desaparecimento quase completo dos linfócitos T e sinais serológicos de infecção por citomegalovírus. Em Junho de 1981 os Centers for Disease Control (CDC), conhecidos na gíria como o “FBI da medicina”, publicam aquilo que foi considerado “o primeiro registo de estado civil da sida”: cinco doentes homossexuais, com idades compreendidas entre os 29 e os 36 anos de idade, todos eles apresentando pneumonia por *P. carini* e candidíase. Tratava-se de infecções por microrganismos habitualmente inofensivos, mas que face à diminuição das defesas atacavam sem dó nem piedade. Por isso mesmo, passaram a ser conhecidos por agentes “oportunistas”.

Um ano antes, em Nova York, já tinham sido detectados vários casos de uma estranha imunodepressão adquirida, associada a pneumocistose e toxoplasmose cerebral grave. Contudo a dispersão dos doentes pelas várias escolas de medicina da cidade não permitiu que, no início, os médicos os relacionassem quer entre si quer com a mini-epidemia da Califórnia.

Entretanto começaram a surgir vários casos de sarcoma de Kaposi, em Nova York primeiro (1979), em São Francisco depois (1980). Este tumor, já conhecido anteriormente, apresentava-se agora com uma malignidade inesperada. Além disso, todos os casos tinham sido diagnosticados em homossexuais, alguns dos quais se encontravam também atingidos por infecções oportunistas (pneumocistose, toxoplasmose, meningite criptocócica, infecção por citomegalovírus). Em Julho de 1981 os CDC davam a conhecer 26 diagnósticos de sarcoma de Kaposi, mas o New York Times, na mesma altura, referia-se já a 41.

Todos os casos de infecções “oportunistas” e de sarcoma de Kaposi, pareciam estar relacionados entre si. Além disso tinham como ponto de partida três cidades: Nova York, Los Angeles e São Francisco. A causa era desconhecida embora se avançassem duas hipóteses: uma infecção por vírus ou a inalação de substâncias químicas como o nitrito de amilo, na altura muito popular porque se supunha ser capaz de aumentar a intensidade do orgasmo.

A doença, entretanto, não parava de alastrar: 108 casos em Agosto de 1981, 159 casos em Novembro e 200 casos no início de 1982. A mortalidade era terrível atingindo, na primeira série, os 40%. À falta de melhor fala-se em “cancro gay”, “pneumonia gay”, ou (porque não?) “peste gay” e, embora sem provas irrefutáveis, acreditava-se numa causa infecciosa transmitida por via sexual.

Várias instituições entraram então em acção: os National Institute of Health, o Instituto Pasteur e a OMS. Mas, mais importantes ainda, os admirados e temidos CDC conhecidos por, não só nos EUA como também a nível mundial,

perseguirem implacavelmente os transmissores ocultos de afecções mortais.

Em pouco tempo ficou a saber-se que os nitritos não tinham qualquer responsabilidade na génese da nova doença. O único factor de risco parecia ser a promiscuidade homossexual que se traduzia num elevado número de encontros com parceiros diferentes, realizados sobretudo nas casas de sauna que se tinham transformado num próspero negócio mas que, com o alastrar da doença, começavam a fechar, tal como acontecera com os banhos públicos no século XV. Na sua implacável perseguição, os CDC trazem à superfície uma realidade desconhecida até então, mas verdadeiramente aterradora: uma extensa rede homossexual no centro da qual foi possível identificar um jovem a quem foi dado o nome de “doente zero”.

Mas quem era este personagem? Bonito e insinuante, comissário de bordo da Air Canada, viajava constantemente e mantinha relações homossexuais com cerca de 250 parceiros por ano. Mesmo depois de avisado acerca do seu papel na transmissão da doença, nem assim modificou os seus hábitos. Além disso só alertava os seus parceiros para o risco que corriam depois de consumado o acto sexual. Um estranho desejo de vingança que, no passado, tinha também contribuído para a disseminação da sífilis.

Mas isto era apenas a ponta do “iceberg”. Estudos epidemiológicos posteriores, realizados nos homossexuais das grandes cidades americanas, revelaram que muitos deles tinham 80 a 100 parceiros diferentes por ano. Nalguns casos o número atingia mesmo as várias centenas. A revelação de uma promiscuidade tão elevada não podia deixar de gerar um sentimento de pânico entre aqueles que investigavam a doença.

Cedo se percebeu que os homossexuais não eram o único grupo de risco, após terem sido diagnosticados, em heterossexuais toxicodependentes, os primeiros casos de pneumocistose mortal. A possibilidade de contágio através de seringas contaminadas, tal como se sabia acontecer para a hepatite B, passou a ser uma hipótese defensável. Entretanto, no verão de 1982, os CDC dão a conhecer os primeiros casos de sida em hemofílicos que tinham recebido concentrado de factor VIII. Tratando-se de um produto sanguíneo cuja esterilização se fazia por filtração, afim de não destruir substâncias activas, parecia ficar demonstrado que o agente implicado só podia ser um vírus.

Mas a estes grupos de risco veio ainda juntar-se outro contínuo por indivíduos residentes em Miami que não eram homossexuais nem toxicodependentes mas que tinham uma característica comum: a origem haitiana. Os americanos, ciosos de viverem num país limpo e bem policiado, encontravam finalmente um bode expiatório e, tal como acontecera com a sífilis, também a sida passou a ser considerado um “mal dos outros”. Neste caso eram os emigrantes vindos do Haiti, por coincidência a mesma ilha de onde os marinheiros de Colombo tinham importado o

Treponema para a Europa. Os haitianos, fáceis de identificar pela cultura e pela cor da pele, passaram a ser alvo nos EUA de uma rejeição social que incluía a expulsão dos locais de habitação e os despedimentos sem justa causa. A realidade era, porém, bem diferente. Port-au-Prince era, há algum tempo, um centro de “turismo sexual” muito procurado por pedófilos americanos e europeus. Os jovens haitianos entregavam-se às práticas homossexuais, não por gosto mas por dinheiro e, no meio social a que pertenciam, continuavam a ter relações heterossexuais e a transmitir a doença que outros tinham trazido para a sua ilha.

A princípio a doença parecia, pois, confinada a certos grupos de risco que as “pessoas de bem” tinham tendência a classificar como “marginais”. Homossexuais, heroinómanos, hemofílicos e haitianos passaram a formar aquilo a que os epidemiologistas americanos chamavam o “grupo dos quatro H” e a que alguns, mais tarde, acrescentaram mais um H, o de *hookers* (puta). Mas em 1983 estava já demonstrado que a sida podia ser também transmitida por transfusões de sangue ou através de relações heterossexuais: afinal nem os “justos” pareciam estar a salvo. Falava-se em “castigo do céu” e “flagelo divino” ao mesmo tempo que a doença não parava de alastrar nos EUA e invadia também a Europa.

Tinha chegado a altura de lhe dar um nome digno que, como acontecera também com a sífilis, não fosse apenas um anátema lançado sobre possíveis culpados. Assim como “mal napolitano” e “*morbus gallicus*” tinham passado à história, também agora “cancro gay” e “pneumonia gay” davam lugar a uma simples sigla, A.I.D.S., que significava “Acquired Immune Deficiency Syndrome”. O baptismo parece ter sido feito em 1982 numa reunião dos CDC em Atlanta, mas não se sabe ao certo quem foi o seu autor. Nos países latinos a sigla passou a ser S.I.D.A. (Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida) a qual foi evoluindo depois para SIDA, Sida e, finalmente, sida.

Nesta primeira fase da doença a comunidade científica, apanhada de surpresa, só tinha para oferecer o mesmo que fora proposto para a sífilis: fidelidade sexual e preservativos. Contudo, daqui para a frente as coisas iriam ser diferentes. Graças aos conhecimentos científicos e à tecnologia disponível, a história das duas doenças afastar-se-à definitivamente. A descoberta do agente causal e as possibilidades terapêuticas que então iriam surgir, nada têm a ver com o ambiente cultural do século XV. Vivia-se agora num “mundo novo” que só o futuro poderá dizer se será ou não “admirável”. Aqui está porque é que esta crónica não ficaria completa sem o relato da corrida desenfreada e verdadeiramente rocambolesca que se travou em busca do vírus da sida.

Tudo tinha começado décadas antes com a ideia de que haveria vírus oncogénicos cujo genoma parasitava o genoma celular, estimulando a divisão das células sem contudo as matar. Acontece que Francis Crick, um dos pais da dupla

hélice de ADN, tinha estabelecido, como “dogma central”, que a transcrição da informação genética se fazia sempre no sentido ADN, ARN, proteínas e nunca em sentido contrário. Como alguns dos vírus oncogénicos conhecidos só possuíam ARN, a hipótese oncogénica de incorporação do ARN no ADN celular, deparava com a dificuldade de admitir um caminho inverso àquele que Crick definira como obrigatório. Coube a Howard Temin e David Baltimore demonstrarem que aqueles vírus possuem um equipamento enzimático que lhes permite, a partir do ARN, sintetizar ADN que se integra depois no genoma da célula parasitada. Os vírus capazes de inverter o sentido da transcrição receberam o nome de “retrovírus” e o enzima responsável por este artifício biológico passou a ser conhecido por “transcriptase inversa”.

Robert Gallo, investigador do Nacional Cancer Institute apercebeu-se da importância desta descoberta e, entre 1980 e 1982, estava já em condições de divulgar o isolamento de dois retrovírus a partir de células leucémicas: o HTLV-I e o HTLV-II (Human T-Cell Lymphoma Virus). Trabalhando em colaboração com Myron Essex da Universidade de Harvard, Gallo ao verificar a apetência destes vírus pelos linfócitos T4 e a sua prevalência no Haiti, ficou convencido de que tinha encontrado a pista que levaria até ao responsável pela sida — um retrovírus idêntico ao HTLV-I — e tratou, em Maio de 1983, de divulgar esta ideia em artigos publicados na *Science*.

Entretanto, no Instituto Pasteur, Luc Montagnier, interessou-se também pelo isolamento dos retrovírus HTLV-I, recorrendo à técnica utilizada pelos investigadores americanos, a qual incluía culturas de linfócitos T estimulados e a detecção da presença do vírus através de testes reveladores de transcriptase inversa. Foi assim que, ao estudar os gânglios cervicais de um homossexual de 33 anos, que vivera em Nova York e que mantinha, por ano, relações com mais de 50 parceiros encontrou uma estranha curva da produção de transcriptase inversa: após uma subida inicial o enzima começava a diminuir. Ora não era isto que seria de esperar de um retrovírus HTLV o qual, estimulando a multiplicação dos linfócitos, devia aumentar continuamente a produção de transcriptase inversa. Parecia por isso que se estava em presença de um vírus diferente do HTLV de Gallo o qual, em vez de estimular os linfócitos, os matava. As imagens obtidas por microscopia electrónica iriam revelar diferenças consideráveis entre os dois vírus. A seguir Montagnier isolou o seu vírus em mais três doentes: num homossexual com sarcoma de Kaposi, num hemofílico com toxoplasmose cerebral e, finalmente, numa zairense que viria a falecer dez dias depois. Deu-lhe o nome de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), informou Gallo da descoberta e, em 17 de Julho e 22 de Setembro de 1983, fez-lhe chegar às mãos amostras do vírus que acabara de isolar. Obsecados pelos seus êxitos anteriores os investigadores americanos não valorizaram estes dados e persistiram numa pista que

posteriormente se revelaria errada, exibindo publicamente uma atitude desdenhosa em relação às descobertas da equipa do Instituto Pasteur.

Foi então que, a 24 de Abril de 1984, foi anunciada solenemente em Washington a descoberta, pela equipa de Gallo, do vírus causador da sida, que recebeu o nome de HTLV-III. O problema que então se punha era saber se o LAV de Montagnier e o HTLV-III de Gallo eram ou não o mesmo vírus. Ora, todos os testes realizados revelaram que eles eram exactamente iguais. O vírus passou a chamar-se LAV/HTLV-III, de acordo com a recomendação da OMS, e HTLV-III/LAV de acordo com a sigla adoptada pelo governo americano. E assim foi até Maio de 1986, data em que uma comissão de nomenclatura virológica optou pela sigla HIV.

A verdade é que estavam em jogo, não apenas questões de prestígio, como também grandes interesses económicos. O pedido de patente para o teste serológico da sida, apresentada pelo Instituto Pasteur nos EUA, foi mantido em suspenso, enquanto que o mesmo pedido apresentado pelos laboratórios de Gallo foi aprovado no espaço de um ano. Bloqueio idêntico foi feito pela Food and Drug Administration pelo que, ao Instituto Pasteur, só restava apresentar queixa contra o governo dos EUA. Durante o processo judicial ficou demonstrado que os dois vírus eram exactamente iguais. Além disso, Gallo viu-se obrigado a reconhecer que tinha utilizado o LAV antes da descoberta do HTLV-III e que as fotografias de microscopia electrónica que publicara eram partículas do vírus francês. Tudo terminou com a assinatura de um acordo amigável entre o US Department of Health e o Instituto Pasteur, cujos termos foram anunciados numa declaração conjunta feita pelo presidente dos EUA, Ronald Reagan e pelo chefe do governo francês, Jacques Chirac. As honras da patente, a autoria do exame serológico e os direitos financeiros foram divididos em partes iguais. Simultaneamente era elaborada uma versão cronológica dos acontecimentos a qual passaria, no futuro, a ser a “história científica oficial” que as duas partes se comprometiam a não pôr em causa em futuras declarações.

Enquanto se desenrolava este triste episódio, a doença alastrava rapidamente em todo o mundo. Um novo vírus, o HIV-2, era detectado a partir do sangue de um doente da Guiné-Bissau internado no Hospital Egas Moniz em Lisboa: era uma segunda epidemia de sida, diferente da primeira, que alastrava agora no continente africano. Ao mesmo tempo o perfil epidemiológico inicial da doença ia-se alterando, com uma redução de casos nos homossexuais, um aumento moderado nos heterossexuais, e um crescimento explosivo nas populações de toxicodependentes.

Apesar deste cenário pouco optimista, a comunidade científica tinha razões para se sentir orgulhosa. Aquilo que para a sífilis tinha demorado quatro séculos, era agora conseguido nuns escassos cinco anos. A nova doença

tinha sido caracterizada do ponto de vista clínico e epidemiológico. O microrganismo responsável estava identificado, a sua estrutura e o seu ciclo biológico conhecidos. Técnicas laboratoriais sensíveis permitiam a detecção dos indivíduos infectados. E tudo isto era tanto mais notável quanto se sabia tratar-se de um vírus com uma estrutura bioquímica complexa, diferente de tudo aquilo que se conhecia até aí.

Abria-se assim o caminho para a descoberta de terapêuticas eficazes. E elas não tardaram. Em 1987 surge o AZT, primeiro inibidor da transcriptase inversa, capaz de “enganar” o vírus e impedi-lo de fabricar ADN a partir do ARN. Os resultados iniciais foram modestos mas tudo se modificou com a introdução de outro inibidor da transcriptase e, mais tarde, de um inibidor da protease, enzima capaz de fragmentar os polipéptidos em cadeias proteicas que são depois utilizadas na síntese de novos vírus. Com as terapêuticas triplas o prognóstico da sida sofreu uma modificação completa: de doença sub-aguda rapidamente mortal que era, passou a ser uma doença crónica. Entretanto a investigação de novos tipos de drogas tem continuado, nomeadamente as que poderão bloquear a ligação do vírus aos receptores celulares (CD4), e as que irão impedir a integração do ADN do vírus no genoma das células parasitadas. É por isso legítimo esperar, para breve, novos e importantes progressos terapêuticos que poderão eventualmente levar à cura da doença.

Sífilis e sida são dois trágicos episódios da história da Humanidade, separados por cinco séculos. Tanto num como noutro caso, sexo e doença andaram de mãos dadas e, por isso, fizeram renascer terrores ancestrais que são o meio cultural propício ao crescimento descontrolado de maniqueísmos religiosos e de perigosos fundamentalismos. É assim que o espectro de Sodoma e Gomorra pareceu, por duas vezes, querer regressar à cena. Convém, por isso ser prudente e recordar as palavras sensatas do médico francês, Jean-Paul Escande: “A sida não é uma vingança do céu, mas o aparecimento dela demonstra que, quando uma comunidade modifica profundamente os seus hábitos de vida, um certo número de doenças sobrevêm inevitavelmente (...) A sida expandiu-se, não porque foram transgredidos certos tabus sexuais, mas porque foram esquecidas regras e modos de vida que até então haviam concorrido para o estabelecimento dum equilíbrio biológico relativo”.

Não foi exactamente isso que aconteceu sempre que o Homem mudou a sua forma de viver? Quando, por exemplo, deixou de ser caçador nómada para se transformar em agricultor sedentário? Ou quando, mais tarde, abandonou os campos para se tornar cidadão dos grandes agregados urbanos?

### **Bibliografia consultada**

- Atalli J. 1492. Ed. Teorema, 1991  
Gnorgy J. L'Aventure de la Médecine. J.C.Lattès, 1991  
Grmek M. História da Sida. Relógio de Água, 1994  
Rozenbaun W et al. Impact Médecin Hebdo – Les dossiers du praticien – Sida: guide pratique, 1995  
Sousa JG. Impacte social da sífilis. Medicina Interna 1996; 3: 184-192
- Sousa AT. Curso de História da Medicina. Fundação Calouste Gulbenkian, 1981  
Special Report. Defeating AIDS: what will it take. Scientific America 1998; 279: 62-87  
Vincent B. 1492: o Ano Admirável. Livros do Brasil-Lisboa, 1992