

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monsonego J, Bosch FX, Coursager P, Cox JT, Franco E, Frazer I. Cervical câncer control, priorities and new directions. *Int J Cancer*. 2004;108:329-33.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ 2011. [2012 mai 16]. Disponível em: [<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>]
3. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence and mortality from cancer of the cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ* 1999;318:904-8.
4. Mattosinho de Castro Ferraz MG, Nicolaou MG, Stavale JN, Fochi J, Castelo A, Dores GB *et al*. Cervical biopsy-based comparisons of a new liquid-based thin-layer preparation with convencional Pap smear. *Diagn Cytopathol* 2004;30:220-6.
5. Hutchinson ML, Isenstein LM, Goodman A, Hurley AA, Douglass KL, Mui KK, *et al*. Homogeneous sampling accounts for the increased diagnostic accuracy using the ThinPrep® Processor. *Am J Clin Pathol* 1994;101:215-9.
6. Beerman H, van Dorst EB, Kuenen-Boumeester V, Hogendoorn PC. Superior performance of liquid-based versus conventional cytology in a population-based cervical cancer screening program. *Gynecol Oncol* 2009;112:572-6.
7. Ronco G, Cuzick J, Pierotti P, Cariaggi MP, Dalla Palma P, Naldoni C, Ghiringhello B, Giorgi-Rossi P, Minucci D, Parisio F, Pojer A, Schiboni ML, Sintoni C, Zorzi M, Segnan N, Confortini M. Accuracy of liquid based versus conventional cytology: overall results of new technologies for cervical cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335(7):1-7.
8. Longatto-Filho A, Pereira SMM, di Loreto C, Utagawa ML, Makabe S, Maeda MYS, Marques JA, Santoro CLF, Castelo A. DCD liquid-based system is more effective than conventional smears to diagnosis of cervical lesions: study in high-risk population with biopsy-based confirmation. *Gynecol Oncol* 2005;97:497-500.
9. Davey E, Barratt A, Irwig L, Chan SF, Macaskill P, Mannes P, Saville AM. Effect of study design and quality on unsatisfactory rates, cytology classifications, and accuracy in liquid-based versus conventional cervical cytology: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(2):414-21.
10. Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):167-77.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 2005: pesquisa nacional por amostra em domicílios. IBGE.
12. Stabile SAB, Evangelista DHR, Talamonte VH, Lippi UG, Lopes RGC. Estudo comparativo dos resultados obtidos pela citologia oncótica cérvico-vaginal convencional e pela citologia em meio líquido. *Einstein*. 2012; 10(4):466-72.
13. Alves VAF, Castelo A, Longatto-Filho A, Vianna MR, Namiyama G, Lorincz A *et al*. Performance of the DNA-Citoliq liquid-based cytology system compared with convencional smear. *Cytopathology* 2006;17:86-93.
14. Girianelli VR, Santos Thuler LC. Evaluation of agreement between conventional and liquid-based cytology in cervical cancer early detection based on analysis of 2,091 smears: experiences at the Brazilian National Cancer Institute. *Diagnostic Cytopathology* 2007;35:545-9.

15. Fregnani JHTG, Scapulatempo C, Haikel RL, Sacchetto T, Campacci N, Mauad EC *et al.* Could alarmingly high rates of negative diagnoses in remote rural áreas be minimized with liquid-based cytology? Preliminar results from the RODEO study team. *Acta Cytologica* 2013;57(1):69-74.
 16. Protocolo do método manual BD SurePath™, Papanicolaou em meio líquido. *In:* BD Prepstain™ System: Guia resumido para treinamento técnico do usuário, 2008.
 17. Alves VAF, Lima MEN, Utagawa ML, Maeda MYS. Programa de controle de qualidade em citologia ginecológica do Instituto Adolfo Lutz: estratégias e análise crítica dos resultados de sua implantação-piloto. *Rev Ass Med Brasil* 1991;37(1):36-42.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura Brasileira para laudos citopatológicos e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
 19. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 8ª ed., 611p.
 20. Fontaine D, Narine N, Naugler C. Unsatisfactory rates vary between cervical cytology samples prepared using ThinPrep and SurePath platforms: a review and meta-analysis. *BMJ Open* 2012;2(2).e000847. doi:10.1136/bmjopen-2012-000847
 21. Harrison WN, Teale AMJ, Jones SP, Mohammed MA. The impact of the introduction of liquid based cytology on the variation in the proportion of inadequate samples between GP practices. *BMC Public Health* 2007;7:191-5.
 22. Beerman H, van Dorst EB, Kuenen-Boumeester V, Hogendoorn PC. Superior performance of liquid-based versus conventional cytology in a population-based cervical cancer screening program. *Gynecol Oncol* 2009;112:572-6.
 23. Siebers AG, Klinkhamer PJ, Arbyn M, Raifu AO, Massuger LF, Bulten J. Cytologic detection of cervical abnormalities using liquid-based compared with conventional cytology: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008;112(6):1327-34.
 24. Schiffman M, Solomon D. Liquid-Based Cytology vs Conventional Cytology in Detecting Cervical Cancer-In reply. *JAMA*. 2010;303(11):1034-5.
-

Correspondência/Correspondence to:
Daniela Etlinger-Colonelli
Avenida Dr. Arnaldo, 355 – 7º andar
Cerqueira Cesar – São Paulo – Brasil
CEP: 01246-902



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Artigo de opinião

AIDS: uma história pessoal

AIDS: a personal story

Vicente Amato Neto e Jacyr Pasternak*



Dr. Vicente Amato e Dr. Jacyr Pasternak

No início da década de 80 o mundo foi surpreendido com o aparecimento de algo talvez completamente novo, surgindo como doença que ainda não tinha sido descrita e apta atingir uma população específica: os homens que faziam muito sexo com outros homens. Logo se percebeu que não era apanágio só desta população: hemofílicos, indivíduos transfundidos e as primeiras mulheres descritas com a doença, pares sexuais de bissexuais, evidenciaram que se tratava de uma doença transmissível e não ligada a estilo de vida, envolvendo reações imunológicas a esperma ou outros componentes de secreções sexuais, como chegou a ser aventado. Pior ainda, a doença mostrava transmissão vertical, da mãe para o filho.

Os muitos preconceitos contra o estilo de vida de grande parte das vítimas eclodiram

gloriosamente. Se forem consultados os jornais da época – e eles estão disponíveis em arquivos eletrônicos – veremos ilustres próceres culpando os doentes pela doença, fulminando contra a opção sexual pecaminosa, acompanhados por não menos ilustres líderes religiosos, com destaque para pastores evangélicos que por interpretações da Bíblia definiam como certo que a doença era um castigo de Deus ou um sinal do fim dos tempos – a gosto do freguês...

Com nossa respeitável idade fica difícil lembrar o que discutimos na época, mas estamos razoavelmente certos de uma reunião entre nós e outros colegas infectologistas onde friamente analisamos a epidemiologia, percebendo o óbvio: o padrão de disseminação era de uma doença transmissível por sangue e secreções, copiando de certa forma o padrão do vírus B da hepatite. Achamos – e naquele tempo era

*Os autores são professores universitários, com especialização em clínica de doenças infecciosas e parasitárias.

mesmo achismo – que deveria se tratar de um vírus, ainda não conhecido pela humanidade. Seria uma questão de tempo, e pouco tempo, para que fosse identificado. Enquanto isso fomos tratando o que era tratável, as infecções oportunistas.

Passamos um ano diagnosticando infecções que não estávamos acostumados a ver, pelo menos não em homens jovens e aparentemente saudáveis. Aprendemos a tratá-las, mas divisando os pacientes saírem de uma para caírem em outra. Até o aparecimento da aids o padrão de mortalidade como o que ficamos acostumados era o clássico: morre-se muito logo após o nascimento e morre-se quando velho. Mortes em homens jovens eram basicamente por violência, não por doenças infecciosas. Do ponto de vista psicológico a aids foi devastadora especialmente para os nossos residentes, que constatavam pessoas da idade dele, compartilhando a cultura que cada geração vem sofrendo e morrendo. O sofrimento não era só pela doença, mas pelos preconceitos e mitos que a enfermidade tão rapidamente provocou.

Cabe um paralelo histórico. Quando a sífilis chegou na Europa e acometeu maciçamente a população, grande parte dos mitos e preconceitos foram extremamente semelhantes aos que a aids gerou. Naquele tempo ainda não haviam inventado o protestantismo, de modo que coube à Santa Madre Igreja especular sobre a misericórdia divina ou a falta dela em relação à esta terrível moléstia que acometeu reis e papas. Falaram que era o fim dos tempos, que logo viria o juízo final e que os pecadores deveriam se arrepender. Recomendaram a castidade como o melhor preventivo, como fizeram depois com a aids e com o mesmo sucesso.

Felizmente, vivíamos numa época com muito melhores recursos que a do Renascimento. A descoberta da etiologia da sífilis demorou quase 500 anos para ser feita, enquanto que a do HIV sobreveio em menos de 4. Acompanhamos a controvérsia sobre quem realmente definiu o HIV como agente. Na verdade isto tem muito pouca importância, a não ser para o Montagnier e o Gallo: se não fossem os grupos deles outros o fariam, visto que já temos tecnologia, equipamentos e algo mais importante: o método científico. Por incrível que possa parecer, o raciocínio científico ainda não é bem compreendido pelo grande público. Tal fato explica anomalias como as dos muitos que consideram Darwin falso, a terra plana, a existência de extra terrestres que sequestram de vez em quando um ou outro humano, vacinas causando autismo e muitas outras bobagens. Tememos que para muita gente ciência seja confundida com mágica. Aliás Carl Sagan observava que para pessoas totalmente ignorantes ciência e mágica são praticamente a mesma coisa. Pior ainda quando criaturas com formação biológica especularam sem a menor base, acerca de formas de transmissão dos pacientes para a população geral. Lembramos, por exemplo, a veiculação por insetos hematófagos, assustando ainda mais a população para uma coisa que simplesmente não existe.

Nos entusiasmos quando o vírus foi descoberto e, ainda mais, quando apenas um ano depois apareceu um teste para dizer quem estava infectado. Neste caso o exame provou ser um bom expediente laboratorial, com sensibilidade e especificidade altas, que em novas versões tornaram-se mais elevadas. Além disso tivemos a ilusão de imaginar que uma vez o vírus cultivado e disponível, a

vacina estaria logo disponível. Doce engano: estamos esperando por ela até hoje. Na mesma data o primeiro remédio eficiente apareceu – uma droga que havia sido testada contra a leucemia, sem grande resultado e mostrou eficiência contra o HIV. Numa era anterior à Agência Nacional de Vigilância Sanitária a ajuda chegou rapidamente para nossos pacientes, embora cara, e percebemos que quem a tomava regularmente melhorava, não só evitando as infecções oportunistas como também o quadro de emagrecimento ou caquexia, quase sempre ligado à virose. Não demorou muito para percebermos que o AZT era na melhor das hipóteses um auxílio mais ou menos, controlando o mal por algum tempo e, depois, começava tudo de novo.

Não precisamos recapitular a rápida descoberta de novos medicamentos de duas classes inicialmente, os inibidores da transcriptase reversa e os inibidores do vírus por outro mecanismo. O uso de várias drogas concomitantemente mostrou-se capaz de melhor controle da doença. Conjeturávamos encontrar, como se conhece em todas as doenças infecciosas, portadores assintomáticos – e os revelamos em grande quantidade. Infelizmente, ao contrário do que há em outras moléstias, eles iam perdendo as células CD4 gradualmente e chegavam a adoecer; uma minoria se mantinha por muito tempo sem queda da imunidade, mas não parecia haver segurança definitiva e era mais uma questão do tempo de declínio.

Estudos epidemiológicos demonstraram a extensão do problema na África e no Caribe, onde grande parte da população estava contaminada. Também entre os hemofílicos que tomavam concentrados de plasma obtidos de múltiplos doadores a infecção era extremamente comum. Projeções catastróficas

que colocavam toda humanidade ou pelo menos toda a humanidade residente na África e no Caribe como futuramente varrida da face do planeta.

O Brasil já tinha o Sistema único de Saúde (SUS) e a doutrina de que o governo deveria ser o responsável por toda atenção na área da saúde, incluindo atender, diagnosticar e fornecer remédios para o tratamento de qualquer doença – aids também. Isto foi objeto de muita controvérsia porque alguns acharam inadequado que toda comunidade fosse taxada para tratar um grupo populacional específico. Pedimos licença para reproduzir algo que ouvimos, mas não vamos falar de quem:” então eles se divertem, e é a gente que paga?” Aqui julgamos elemento importante, a solidariedade do povo brasileiro, aliada à ação incansável, constante e efetiva de alguns de nossos profissionais em saúde, como a doutora Lair e o doutor Paulo Teixeira. Não faremos uma lista completa porque seria enorme e teria muitas omissões injustas. Nas conferências internacionais sobre aids o Brasil defendia a tese do tratamento gratuito para os doentes, o que certamente não era o consenso mundial. Lembramos que num dos primeiros eventos dessa natureza, a doutora Lair no final montou uma verdadeira escola de samba e saiu desfilando a favor do tratamento público, gratuito, para surpresa do povo do hemisfério norte, pouco acostumado com este tipo de manifestação.

Retrospectivamente este foi um dos maiores acertos da nossa saúde pública, como o ex-presidente norte-americano Bill Clinton declarou no New York Times. Se é propiciado diagnóstico sem oferecer acolhida, não se consegue nada. Até pelo contrário, o diagnóstico que pode levar à estigmatização da