

Nova classificação para a AIDS

Vicente Amato Neto⁽¹⁾

Rev Med (São Paulo). 1987;67(1):1

Desde que cabalmente identificada, há poucos anos, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) passou a ser alvo de numerosas e intensas especulações científicas. Sem medo de errar, é lícito destacar que raramente ocorreu, até agora, tão expressiva atenção, em pequeno período, no que tange a outros problemas médicos. Com certeza, esse comportamento tem base em gravidade, disseminação crescente e dificuldades quanto ao controle através das medidas coercitivas interpretadas como úteis.

Tais vultosas especulações dizem respeito à etiologia, à epidemiologia, às anormalidades imunológicas e ao diagnóstico laboratorial. Nesse contexto, ficaram também em foco, obviamente, aspectos diferentes dos citados e, entre eles, os de ordem clínica.

Muitos profissionais e, em especial, os que se dedicam às doenças infecciosas aprenderam com certa facilidade a identificar as feições fundamentais da síndrome, resumidas nos itens adiante especificados: a) infecção assintomática pelo HTLV-III/LAV; b) quadro agudo e auto-limitado, semelhante ao da mononucleose infecciosa; c) processos rotulados como LAS (síndrome linfadenopática) e ARC (complexo relacionado com a AIDS), expressos mormente por meio de aumento de volume de linfonodos, diarreia, cansaço, febre e emagrecimento, compondo situações habitualmente interpretadas como pré-AIDS; d) AIDS, que é o estágio evolutivo final, demarcado pela associação de uma ou mais

afecções oportunistas.

Com o intuito de contribuir sob o ponto de vista clínico, mas também para permitir melhores vigilância, notificação, estudos epidemiológicos, prevenção, controle e planejamentos, órgãos diversos, com presteza, prepararam novas classificações da virose desencadeada pelo HTLV-III/LAV, no âmago da qual encontra-se a AIDS. Assim agiram o Exército dos Estados Unidos da América, relativamente a militares, e o Instituto Nacional do Câncer, desse mesmo país. Não obstante, vem tendo maior repercussão a sistematização divulgada pelo "Centers for Diseases Control (CDC)", de Atlanta (Georgia), em virtude das quase sempre acatáveis normas produzidas por essa instituição.

Fazem parte desse elenco quatro grupos, a seguir referidos: I - infecção aguda; II - infecção assintomática; III - linfadenopatia generalizada e persistente; IV - engloba cinco subgrupos (doença constitucional; doença neurológica; doenças infecciosas secundárias (pneumonia pelo *Pneumocystis carinii*, criptosporidiose crônica, toxoplasmose, estrogiloidíase extra-intestinal, isosporíase, candidíase em esôfago, brônquios ou pulmões, criptococose, histoplasmose, infecção por micobactéria atípica, herpes "simplex" mucocutâneo ou disseminado, infecção pelo citomegalovírus, leucoencefalopatia multifocal progressiva e outras não incluídas na definição de AIDS e representadas por leucoplasia "peluda" oral, herpes zoster, bacteremia recorrente por *Salmonella*, nocardiose, tuberculose e candidíase oral; cânceres secundários;

⁽¹⁾ Chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias da FMUSP, Diretor do Serviço de Doenças Transmissíveis do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato da Oliveira", Diretor do Instituto de Medicina Tropical da São Paulo, Superintendente do Hospital das Clínicas da FMUSP.



outras condições, como a pneumonia intersticial linfóide crônica.

Os técnicos do CDC, a propósito desse sistema, destacam que ele configura as conseqüências do HTLV-III/LAV e dos problemas a ele associados, parecendo-me que o rótulo AIDS ficou evitado.

A catalogação que estou comentando afigura-se mais aberta e completa, possibilita inclusão de novos conhecimentos e aparentemente será duradoura. Apesar, porém, de sua origem e da categoria dos profissionais, certamente muito bem pagos, que a produziram, creio que cabem algumas, ponderações críticas acerca delas. Assim, julgo que subdividir bastante é desaconselhável, que convencionar subgrupos não goza de grande importância prática se levarmos em conta isolamento dos enfermos, tratamento e diferentes conotações, que mudanças reiteradas geram indiscutíveis percalços e, acima de

tudo, que não percebo como dispensar apoio laboratorial para efetivar os devidos enquadramentos.

Para áreas subdesenvolvidas, o desiderato é simplificar, sem prejuízo de premissas científicas bem ajustadas. Convém não desprezar, como circunstancia relevante, o fato de que nesses locais inexitem ou são pouco numerosos os laboratórios incumbidos de amparar as tarefas atinentes à saúde pública, dificultando de maneira marcante a feitura dos diagnósticos exigidos.

Vigilância epidemiológica, no Brasil e em nações congêneres, é executada precariamente, como decorrência de vários motivos. Faltam preparo de médicos e de auxiliares correlatos, funcionários e estrutura. Nessa conjuntura, singeleza é, então, imperiosa, almejando-se que enquadramentos como o presentemente analisado por mim não desprezem essa particularidade.

Comentário

Vicente Tapajós M. Coelho Pereira (Departamento de Moléstias Infecciosas/FMUSP)

Jonathan Mann, hoje falecido, foi um dos grandes epidemiologistas da infecção pelo HIV. Dividiu a história da epidemia em fases. Na primeira, antecedendo 1981, entende que a doença já existia, mas não era conhecida, reconhecida nem nomeada. Chama esta fase de fase do “silêncio”. A fase seguinte é por ele chamada de fase de “mobilização inicial” e vai de 1981 a 1986. Nesta fase as sociedades começaram a entrar em contato com a idéia da infecção/doença e suas particularidades. Em 1981 descreveu-se a doença e em 1983 descreveu-se o agente etiológico, na época conhecido como HTLVIII/LAV. Descrevem-se as formas de transmissão da infecção e, com certa miopia, atribui-se a epidemiologia da infecção a quatro “grupos de risco”, os quatro agás (homossexuais, heroinômanos, haitianos e hemofílicos). Em 1986, começa a fase de “mobilização geral”, onde começa a haver campanhas preventivas, respostas sociais mais organizadas e mesmo conferências internacionais para compartilhar o conhecimento científico sobre o assunto. É nesta transição da fase de mobilização inicial para a fase de mobilização geral que este artigo é publicado, em 1987.

Muita, mas muita coisa mesmo mudou de lá para cá. A começar pela nomenclatura do agente etiológico da infecção. Gallo havia chamado o vírus de HTLVIII por acreditar tratar-se de um terceiro vírus entre os HTLVs, causadores de linfoproliferações neoplásicas e neuropatias. Hoje sabemos que o vírus causador da aids não é um HTLV, não causa linfoproliferação (ao contrário, causa depleção linfocitária), apesar de ser, sim, neurotrópico. Um novo gênero foi-lhe atribuído, o HIV.

Em relação às classificações clínicas da infecção pelo HIV/aids, tema central do artigo, também operaram-se mudanças grandes. Continua-se falando de infecção aguda pelo HIV, sim, ou síndrome retroviral aguda, como primeira manifestação nosológica da infecção por este vírus. Depois, segue-se uma fase de soropositividade, assintomática ou mesmo sintomática. Sim, há soropositivos sintomáticos, que não têm aids. São os que têm sintomas como a linfadenopatia generalizada persistente (PGL) ou sintomas mais sombrios, como a monilíase oral (MO) e a leucoplaquia cabeluda (OHL). A PGL é um tipo de sintoma que não carrega prognóstico, ou seja, não informa quão próximo de ter aids o paciente está. Já sintomas constitucionais, ou mesmo a MO e a OHL são prognósticos, mostrando a iminência do desenvolvimento de uma condição definidora de aids. Assim, se levarmos em conta a classificação apontada no artigo pelo Professor Vicente Amato Neto, percebe-se, agora, que não há sentido em separar o subgrupo II do subgrupo III, já que não há diferenças prognósticas claras entre eles. Assim, já se começa a entender porque a classificação discutida no artigo já se encontra abandonada e obsoleta. O subgrupo IV, na referida classificação, abarca pacientes que atualmente seriam considerados soropositivos sintomáticos (os com sintomas constitucionais) ao lado de pacientes com aids (portadores de doença neurológica HIV-induzida, doença infecciosa oportunista ou neoplásica).



Amato-Neto, V. Nova classificação para AIDS.

Guardadas estas questões históricas, é importante mostrar como os últimos três parágrafos são lúcidos: eles emitem opiniões e juízos críticos que são extremamente sensatos e coerentes e que, com o passar dos anos, mostraram-se acertadíssimos. De fato, é impensável não usar o laboratório para ajudar na classificação dos estágios da infecção pelo HIV. Desde 1993, pelo menos, a definição de aids do CDC americano incorporou o número de células CD4 como definidor de aids. Assim, por aquela definição, um paciente assintomático, sem doenças oportunistas, mas com CD4 menor que 200 teria aids, por definição. Hoje, no Brasil, com vistas à definição de caso para notificação, o número definidor é 350 ou menos

Vamos também ver um fato que se configurou extremamente importante nos anos seguintes a esse artigo: a clínica descrita no artigo ignora por completo as questões ginecológicas associadas a aids: é como se se recusasse a idéia de que a infecção atingisse as mulheres (apesar de elas estarem sendo duramente atingidas na década de 80). As manifestações ginecológicas, como as leucorréias por cândida, as lesões HPV relacionadas e as doenças inflamatórias pélvicas, foram acrescentadas recentemente às condições clínicas das pacientes soropositivas (como o carcinoma in situ de colo de útero) e das pacientes com aids (o carcinoma invasivo de colo uterino é condição definidora de aids, como o sarcoma de Kaposi).