

## ENTREVISTA Luiz Loures

## ‘Se o Brasil manejar Aids entre gays, estará perto do fim da epidemia’

Número 2 do Programa de Aids das Nações Unidas (Unaid), o brasileiro Luiz Loures alerta para a volta do crescimento da doença entre homossexuais e pede a revisão de parâmetros de tratamento no país e no mundo. Em reunião amanhã, no Ministério da Saúde, ele pedirá que o país assuma a dianteira na questão.

ROBERTA JANSEN  
roberta.jansen@oglobo.com.br

O vice-diretor do Programa de Aids das Nações Unidas (Unaid), o brasileiro Luiz Loures, é um homem com uma missão: decretar o fim da epidemia até 2030. Não da Aids, como ele sempre gosta de frisar, mas da epidemia da doença. Para o infectologista, basta olhar para os grandes avanços obtidos tanto na prevenção quanto no tratamento nas últimas décadas. O número de novos casos, para se ter uma ideia, caiu em um milhão em menos de dez anos. E a quantidade de gente em tratamento cresceu exponencialmente no mesmo período. Surpreendentemente, no entanto, a infecção volta a crescer no mundo inteiro entre os homossexuais masculinos — o primeiro grupo a ser atingido em cheio pela doença e também o primeiro a dar uma resposta social ao problema. Segundo Loures, para que sua meta seja cumprida, é preciso repensar as estratégias de combate à Aids.

● **O senhor costuma ser otimista. Acha que até 2030 já poderemos falar no fim da epidemia?**

Eu sou um otimista mesmo. Acho que até 2030 já podemos estar falando em fim da epidemia. Não no fim da Aids, claro. Mas da epidemia. Para isso, no entanto, é preciso haver renovação nas estratégias de combate à doença. É como se a epidemia, de certa forma, estivesse se adaptando aos progressos que fizemos. Então, temos que inovar.

● **De que forma?**

Precisamos mudar a rotina de tratamento, tratar imediatamente a população mais vulnerável. Não esperar a contagem das células CD4 (células do sistema imunológico) cair, mas tratar imediatamente. Já sabemos hoje que o tratamento é importante para a sobrevivência e a qualidade de vida do paciente, mas também como forma de prevenção. Quem se trata não transmite. Felizmente, claro, não temos pessoas morrendo de Aids o tempo todo. Mas, por conta disso, a percepção de risco de um jovem gay hoje não é a mesma dos anos 80 e 90. Então temos que adaptar as estratégias.

● **Há uma tendência global de aumento da doença entre os gays. Por que isso está ocorrendo justamente entre o grupo que primeiro foi mais atingido e que respondeu bem à epidemia nos anos 80?**

Eu não sei. Devolvo a pergunta para você. Falta a inserção do assunto como prioridade para a comunidade gay. E só faz aumentar. Está acontecendo na Europa, nos Estados Unidos, na China e na África. A tendência é ascendente em toda parte. É preciso que o tema seja tratado com a importância que tem. Há muita ênfase no debate sobre o casamento gay e pouca para esta questão.

● **A discussão sobre o casamento gay em várias partes do mundo não é um avanço? Não é um sinal da redução da discriminação?**

É claro que é um avanço. Mas, com toda a discussão que está rolando hoje no mundo, não há evidência da redução da discriminação, pelo me-



Luiz Loures. Vice-diretor do Unaid pede ampliação do tratamento no país

“Com toda a discussão rolando sobre o casamento entre homossexuais, não há indício de redução da discriminação de uma forma mais global”

▶ TRATAMENTO IMEDIATO

ENTENDA A PROPOSTA DO PROGRAMA DE AIDS

O tratamento com o coquetel de drogas antirretrovirais contra a Aids só era ministrado aos pacientes soropositivos que apresentassem uma contagem de células CD4, do sistema imunológico, abaixo dos 300 mil. Este patamar seria um indicativo para o início do tratamento. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alterou esse limite para 500 mil — abrangendo um número bem maior de pessoas recebendo a terapia.

A proposta de Luiz Loures é que, pelo menos nos casos dos grupos mais vulneráveis (homossexuais masculinos, trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis), o tratamento seja iniciado tão logo o resultado do exame der positivo; sem a necessidade de esperar que a contagem das células de defesa baixe. Estudos recentes mostram que, quanto antes o tratamento for iniciado, mais chances as pessoas têm de ter uma qualidade de vida melhor e uma sobrevivência maior.

Mas não é só. As pessoas que recebem o coquetel têm a carga viral no organismo bastante reduzida (praticamente a zero), o que dificulta muito a transmissão do vírus. Com isso, tende a cair o número de novas infecções. A aposta de Loures é que se os grupos mais vulneráveis receberem tratamento imediato, o impacto geral pode ser muito grande.

nos não entre aqueles sujeitos mais vulneráveis. Na última reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) houve uma proposta de se colocar como um item da agenda a questão da saúde LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros). E não passou. Houve um bloqueio. O casamento gay é um avanço social muito importante. Mas por que não conseguimos também discutir a saúde como um item de agenda da OMS? É um paradoxo.

● **É uma surpresa essa tendência de aumento da epidemia entre os homossexuais?**

Não sei se é surpresa. Talvez nem seja. Os fatores que contribuem para isso continuam existindo e levando a epidemia à frente. Para se ter uma ideia, os países que mais recebem dinheiro internacional para a Aids são os mesmos que criminalizam a relação entre pessoas do mesmo sexo — alguns deles, inclusive, com pena de morte. Meus amigos gays vão me matar por dizer isso, mas a verdade é que precisamos de mais engajamento. Fora isso, eu não tenho outra coisa a fazer a não ser propor uma nova estratégia de tratamento.

● **Inclusive para o Brasil? Há também uma tendência de aumento da doença entre os jovens homossexuais no país?**

Sim. No Brasil, cerca de metade dos novos casos da doença ocorre entre homossexuais jovens. E o país, que foi o pioneiro na universalização do tratamento, tem agora uma nova possibilidade concreta de ser o primeiro país do mundo a decretar o fim da epidemia; se conseguir manejar a questão entre os gays. E isso é uma chance histórica, uma oportunidade única.

● **Qual seria o impacto para o país de passar a tratar imediatamente a população de risco que testasse positivo? O país tem como arcar com isso?**

Isso representaria, no Brasil, umas 100 mil pessoas a mais. Atualmente, cerca de 300 mil recebem o coquetel. O país tem como arcar com isso. Precisamos que o Brasil, mais uma vez, seja pioneiro e que seja o primeiro país do mundo a começar a tratar imediatamente todas as populações vulneráveis. ●

# Pressa perigosa na aprovação de drogas

## FDA permitiu a entrada de remédios no mercado mesmo com poucos testes

CESAR BAIMA  
cesar.baima@oglobo.com.br

A pressa para colocar no mercado novos medicamentos fez a FDA, a agência reguladora de alimentos e remédios dos EUA, aprovar a comercialização de drogas com poucos testes, sob a promessa de estudos posteriores que em grande parte não foi cumprida, revela pesquisa publicada no periódico “JAMA Internal Medicine”. Segundo especialistas, esta rapidez põe em risco não só a saúde dos pacientes como a própria confiança de todo o sistema de saúde no processo que visa garantir a eficácia e segurança destas novas moléculas.

Para realizar o estudo, Thomas J. Moore, do Instituto para Práticas Seguras de Medicação, e Curt D. Furberg, da Escola de Medicina de Wake Forest, focaram-se no tempo de desenvolvimento, testes clínicos, acompanhamento pós comercialização e risco à segurança de 20 drogas aprovadas pela FDA em 2008, quando a maior parte das regras hoje seguidas já estava em vigor. Destas, oito se beneficiaram de novos processos para aprovação rápida, enquanto as restantes seguiram o curso normal da agência.

De acordo com a análise dos pesquisadores, as drogas que passaram pelo caminho de aprovação rápida levaram em média 5,1 anos para chegarem às prateleiras das farmácias, contra 7,5 anos das que fizeram o caminho normal. Além disso, sua eficácia e segurança só foi testada em uma média de 104 pacientes,

menos de um quinto da média de 580 pacientes dos testes clínicos das moléculas que seguiram os padrões usuais da FDA. Por fim, 60% dos estudos de eficácia e segurança prometidos já com os comercializados em comercialização não foram completados ou sequer iniciados, apontam.

“Os testes de novas drogas mudaram de uma situação em que a maior parte era realizada antes da aprovação inicial para uma em que muitas drogas inovadoras são aprovadas mais rapidamente depois de um pequeno ensaio clínico em uma população mais limitada de pacientes, sem que outros testes mais extensos tenham sido feitos depois da aprovação”, relatam os pesquisadores. “Nossas descobertas sugerem que esta mudança tornou mais difícil (para os médicos) equilibrar os benefícios e riscos das novas drogas, o que demanda mais avaliações dos padrões e procedimentos para os testes de novos medicamentos”.

RISCO PARA TODO SISTEMA

Já em comentário que acompanha a pesquisa, Daniel Carpenter, da Universidade de Harvard, alerta que, sem uma fiscalização mais próxima dos prometidos estudos posteriores à aprovação para comercialização pela FDA, todo o sistema calçado na atuação da agência pode ruir, com graves consequências para pacientes, médicos e a própria indústria farmacêutica, já que os remédios aprovados em processos apressados têm três a cinco vezes mais chances de acabarem retirados do mercado por razões de segurança.

— Se os requisitos da FDA para novas drogas, tanto antes da comercialização quanto após, forem enfraquecidos, a confiança tanto na eficácia quanto na segurança de remédios com prescrição também ficará enfraquecida — diz Carpenter. —

Não há praticamente nenhum aspecto do sistema de atenção à saúde americano que não dependa da confiança nestes remédios construída com base em evidências, ratificada e policiada pela FDA. ●



Risco. Quanto menos participantes em testes, maior o perigo de complicações

## Agência americana recomenda maior controle na prescrição de analgésicos

### Narcóticos legais mataram 100 mil pessoas nos EUA em dez anos

Na semana passada, a agência americana de Administração de Drogas e Alimentos (FDA, em inglês) recomendou aos médicos maior rigor na prescrição de analgésicos narcóticos.

A iniciativa já é encarada como uma rara vitória de legisladores que denunciavam o mau uso destes medicamentos sobre lobistas financiados por laboratórios.

A medida cumpre uma reivindicação feita pelo médico Ronald J. Dougherty em 1999. À época, ele disse à FDA que, em sua clínica, havia mais viciados em narcóticos legais — que contêm a droga hidrocone — do que em narcóticos ilegais, como a heroína. Este retrato seria o mesmo em todo o país.

Os analgésicos narcóticos, também conhecidos como opioides, já eram as drogas mais prescritas nos EUA, provocando

uma onda de mau uso e vício. Especialistas estimam que mais de 100 mil pessoas morreram na última década por overdose envolvendo estas drogas.

A ampla adoção da hidrocone remete à década de 1970, quando a Administração de Controle de Drogas (DEA) incluiu-a em uma categoria de drogas que sofreria menos restrições para produção e comércio.

QUARENTA ANOS DE DEBATES

Os laboratórios argumentaram com sucesso que a combinação da hidrocone com substâncias como o paracetamol diminuiria o vício da droga e aumentaria sua eficiência.

O uso excessivo de fármacos contendo hidrocone foi constatado poucos anos depois. A DEA, então, começou uma longa investigação para rever a classificação da droga. Seu uso praticamente irrestrito já provocava, por exemplo, milhões de receitas médicas fraudulentas. O debate sobre a ampliação de seu controle agora entra em um novo capítulo. ●