

AIDS... uma nova doença?

**Uma cuidadosa análise científica mostra
uma visão totalmente diferente**

William e Claudia Holub

*Life Systems,
Melville, New York*

Este artigo publicado em 1988 pela *American Clinical Products Review*, é um resumo do livrinho “*AIDS...careful scientific scrutiny provides a totaly different view*” contendo uma revisão da literatura publicada sobre AIDS que provoca graves dúvidas e oferece uma hipótese nova para enfrentar a crise da AIDS.

Dr. William Holub é PhD em bioquímica clínica humana e membro do Colégio Americano de Nutrição. Ele é membro de 18 associações científicas de âmbito mundial. Durante 25 anos tem sido ativo como professor universitário, consultor, conselheiro, pesquisador, palestrante e perito convidado para programas de TV e rádio. Ele é autor de mais de 120 artigos e co-autor do livro “*Nutrition... Health in the 80's*.”

Claudia Holub é escritora, educadora, editora de uma revista, representante da *La Leche League* e co-autora do livro “*Nutrition... Health in the 80's*.”

CONTEÚDO

	Página
Interrogações	5
Origens duvidosas da AIDS.....	5
Não o vírus, mas uma confluência de co-fatores?	6
Pode ser que o sexo não esteja envolvido	6
AIDS como conseqüência de um estilo de vida abusivo, excesso de medicamentos e terapias imunossupressivas.....	6
Cocaína e AIDS	7
O HIV provoca AIDS ou é outro oportunista?	7
Realmente existe um teste para AIDS?.....	8
E os hemofílicos e as transfusões?	8
Mulheres, crianças e AIDS	9
AIDS como desnutrição	9
Origem da AIDS.....	9
Uma nova esperança.....	10
Obras de Referências	11

“AIDS” não é uma nova doença

“AIDS” não é uma epidemia mundial

“AIDS” não é gay ou sexualmente transmitida

“AIDS” não é causada pelo HIV ou qualquer micróbio

“AIDS” não reage a nenhuma vacina contra o vírus HIV

“AIDS” não pode ser detectada por um exame de laboratório

“AIDS” é dar um novo nome à doenças antigas

“AIDS” pode ser interrompida e também revertida

“AIDS” é causada por contato excessivo com tóxicos

“AIDS” reflete um estilo de vida profundamente carente

“AIDS” é causada por terapias médicas muito agressivas

“AIDS” é um problema social

Interrogações

Uma análise da literatura científica sobre AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), realizada nesses últimos anos, levanta sérias dúvidas e mostra uma hipótese bem diferente para enfrentar a crise chamada “AIDS”. A AIDS pode, simplesmente, ser o resultado de um estilo de vida em que diversos fatores destroem a saúde e das mudanças que, recentemente, tornaram o atendimento médico mais agressivo e defensivo. Enfrentar a AIDS, neste caso, não significaria buscar a cura, mas a necessidade de uma reavaliação cultural e científica dos conceitos e dos dados existentes na comunidade científica e leiga.

Há inúmeras afirmações a respeito da AIDS, mas poucas são baseadas em dados científicos comprovados. Por isso, a maior parte do conhecimento aceito, na realidade, são perguntas que não foram respondidas — perguntas sobre AIDS que ainda esperam por um esclarecimento científico:

- AIDS é realmente uma doença nova, definida?
- Homossexualidade ou um estilo de vida sexual têm algo a ver com a doença?
- AIDS é sempre fatal?
- AIDS pode ser contraída?
- AIDS pode ser transmitida?
- Algum vírus ou micróbio está realmente implicado?
- AIDS pode ser causada pelo abuso de drogas?
- AIDS pode ser causada pelo abuso de medicamentos?
- Quais fatores, no estilo de vida das vítimas de AIDS, provocam imunossupressão?
- Alguma das terapias usadas aumenta a imunidade?
- Existe um teste para detectar a AIDS?
- Pneumonia por *Pneumocystis carinii* é realmente causa de morte?
- AIDS é realmente uma epidemia?
- Preservativos — ou abstinência sexual — podem prevenir AIDS?
- AIDS teve origem na África?

Se realmente existe uma forma alternativa de responder a estas perguntas, então, a verdadeira natureza da AIDS pode **não** estar no lugar que a mídia sugere.

As origens duvidosas da AIDS

Um exame cuidadoso dos primeiros 100 casos de AIDS mostra claramente que estes indivíduos estavam doentes — mas por razões bem definidas e não por causa de seu estilo de vida sexual.

Assim começou a escalada de casos. Não havia nenhuma **doença nova**, somente um novo nome para uma antiga doença com nova causa.

Às vezes, a ciência médica muda os critérios diagnósticos para uma doença de tal forma que a “velha” doença desaparece, e a incidência de uma “nova” doença aumenta. Um bom exemplo disso aconteceu entre 1955 e 1966, quando o número de casos de poliomielite cresceu na exata medida em que desapareceu uma doença semelhante chamada meningite asséptica ou viral.¹

Originalmente, o diagnóstico de AIDS seguia os seguintes critérios: jovem do sexo masculino, abaixo de 40 anos, com sarcoma de Kaposi e/ou pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PCP), sem motivo para imunossupressão.^{2 a 6} Especificar “ausência de causa aparente para imunossupressão” indica um grave bias, porque está bem documentado que desnutrição, abuso de drogas, doença crônica, depressão, etc., podem causar imunossupressão. Em 1983, os critérios foram ampliados para incluir “qualquer infecção oportunista” e qualquer idade ou sexo.^{7,8} Em 1985, o diagnóstico de AIDS foi atribuído a qualquer infecção, qualquer pneumonia e qualquer problema dos gânglios linfáticos, qualquer teste positivo, em qualquer indivíduo, podia agora ser chamado AIDS, com classificação nova e abrangente que incluía os rótulos AIDS, pré-AIDS e ARC (complexo relacionado a AIDS).⁹ O amplo rótulo AIDS também foi aplicado às doenças infantis.¹⁰ Em setembro de 1987, a nova definição de AIDS incluía todos os critérios mencionados além de outras 31 doenças crônicas e dez linfomas.¹¹ Os CDC, Centros de Controle de Doença, em Atlanta, forneceram diretrizes detalhadas para prevenção, sem qualquer dado para justificar os conselhos.¹²

O rótulo AIDS pode ser aplicado a qualquer pessoa com infecção aguda ou até mesmo assintomática e inchaço constante dos gânglios linfáticos, qualquer doença crônica e patologia neurológica, qualquer infecção secundária, câncer secundário e outras com ou sem teste confirmatório.^{11,13} Segundo os resultados de autópsia, 40 a 60% das causas de morte declaradas são erradas.¹⁴

Mais e mais fatos mostram que AIDS é essencialmente um novo nome, aplicado a uma grande variedade de antigas doenças e que o assim chamado teste de AIDS ou HIV pode ser apenas um teste para doença crônica. Tanto os critérios diagnósticos quanto diversos exames de laboratório, supostamente específicos para AIDS, mostraram correlação muito próxima com: hipogamaglobulinemia, transplantes de medula óssea, tumores malignos, patologias

neuroológicas relacionadas com deficiências nutricionais, miastenia grave, esclerose múltipla, tuberculose, malária, leucemia, 35 outras infecções comuns, a maior parte das doenças auto-imunes (lupo, artrite reumatóide e uma centena de outras doenças), SCID, mononucleose infecciosa e outras.^{15 a 24} Existe até mesmo uma correlação entre hospitalização frequente e AIDS.¹⁷

Não o vírus, mas uma confluência de co-fatores?

Existe consenso entre diversos cientistas de que o HIV, com os anticorpos que ele provoca, não é a causa principal da AIDS, mas que as causas mais importantes são uma série de outros fatores (i.é, desnutrição, vacinação, abuso de drogas, quimioterapia, etc.).^{25 a 30} O consenso se deve à porcentagem muito baixa (cerca de 10%) de pessoas, teoricamente expostas ao vírus, que desenvolvem a AIDS.³¹ Isso confirma o papel de muitos co-fatores que contribuem para a imunossupressão.

Assim, a suscetibilidade pode ser o fator preponderante na AIDS, não os micróbios. Em obras com 224 referências, do Dr. Patrick Donovan e do Dr. Herb Joiner-Bey, muitos fatores de suscetibilidade são descritos, incluindo: infecções simultâneas, uso de antibióticos, desnutrição, intolerância alimentar, síndromes de má absorção, *stress*, fumo, falta de sono e exercício.^{31,32} Este conceito de co-fator é apoiado por muitos cientistas na área de pesquisas sobre AIDS.^{32 a 36} Em geral, a aplicação de derivados do sangue, transfusões, fatores protéicos, etc. provocam imunossupressão gravíssima.³⁵

Pode ser que o sexo não esteja envolvido, embora a sexualidade seja um fator de saúde

Alega-se que a AIDS é sexualmente transmissível. Como prova, é apresentado um estudo em que um grupo de homens com AIDS teve 1100 parceiros durante um período de 10 a 15 anos e um grupo de controle sem AIDS teve 500 parceiros. Resultados do estudo indicam, então, que a promiscuidade sexual causou a transmissão da doença.³⁷ Temos, porém, que fazer uma pergunta óbvia: se um indivíduo procurava tantos parceiros homo ou heterossexuais (tendo, em média, dois parceiros diferentes por semana), talvez seu estilo de vida não favorecia nenhum tipo de relacionamento saudável. De qualquer maneira, estudos posteriores não confirmaram qualquer correlação entre promiscuidade e soropositividade.³⁸ Em um artigo publicado em 1983,³⁹ um gay muito observador observou que uma cultura muito homofóbica criou uma “doença cuja cura exige a volta a todos os estilos que tentaram nos inculcar...”

Outra pesquisa indica o sexo anal como fator. Em uma experiência, esperma introduzido no ânus de um coelho provocou o aparecimento no sangue de anticorpos ao esperma e uma possível imunossupressão.⁴⁰ Esta experiência foi mal conduzida porque os efeitos a longo prazo não foram avaliados, e outras substâncias e outros orifícios (i.é, orais e vaginais) não foram testados. Na realidade, esperma introduzido na vagina tem chance muito maior de provocar resposta imunológica, porque as paredes da vagina são mais permeáveis que as paredes do ânus.

Outro estudo mostrou que maior porcentagem de homossexuais (10,6% versus 0,5%) tinham anticorpos ao HIV quando o sexo anal era praticado.⁴¹ Entretanto, o grupo que praticava sexo anal tinha outras diferenças que poderiam explicar a disparidade, isto é, eles tinham um maior número de parceiros, um histórico mais longo de outras doenças (gonorréia) e, principalmente, um tratamento mais prolongado com medicamentos contra uma série de doenças.

Outros estudos não mostraram anticorpos a esperma em pacientes de AIDS.⁴² Inflamações anais mostraram alguma correlação com anticorpos mas somente em pacientes com tratamento médico crônico.⁴³

Assim, até agora, a evidência científica ligando AIDS à homossexualidade não existe.

AIDS pode ser consequência de um estilo de vida abusivo, seguido de um excesso de medicamentos e terapias imunossupressivos

Dos casos originais de AIDS, mais de 90% foram reconhecidamente de usuários de drogas. Entretanto, diversos remédios comuns e drogas ilegais (Tabela 1) contribuem direta e indiretamente para a imunossupressão através de desnutrição e precário estado de saúde.^{44 a 49}

Tabela 1

Medicamentos comuns e drogas que deprimem a imunidade e estão claramente associados à AIDS:		
Álcool	LSD	Nicotina
Anfetaminas	Maconha	Nitrito de amido
Cloreto de Etila	Mescalina	Nitrito de butila
Cocaína	Metadona	Óxido Nitroso
Heroína	Morfina	Pó de anjo (PCP)

Os nitritos, drogas absorvidas por inalação para aumentar o orgasmo, foram utilizados principalmente por muitos homossexuais e são substâncias fortemente imunossupressivas.^{44,45,48} É interessante que, nas duas cidades em que havia maior incidên-

cia de AIDS, também a utilização de inalantes a base de nitratos era maior.⁴⁴ Estas duas cidades eram Nova Iorque e São Francisco.⁴⁴ O cenário do uso de drogas e AIDS na Europa é muito parecido.^{45,47,49}

O amplo “tratamento” médico de pacientes de AIDS é estranho, considerando que os médicos continuam dizendo que não existe tratamento para AIDS. Este paradoxo é resumido pelo Dr. Peter Mansell: *“Pessoas que você sabe que provavelmente morrerão perguntam o que podem fazer e você é forçado a dizer: não tenho a mínima idéia”*.⁵⁰

A questão de doenças provocadas por medicamentos (iatrogênicas), é um ponto crítico na definição da AIDS. Pode ser o fator principal na mortalidade e morbidade crescente. É também o fator mais documentado neste artigo.^{50 a 78}

Descobriu-se que vítimas do sarcoma de Kaposi que recusavam tratamento tinham uma sobrevida muito maior,⁵⁶ e possivelmente, um medicamento usado para este sintoma específico da AIDS, Mitozantrona, causava o acréscimo de mortes.⁵⁸ Outra droga usada no tratamento de sarcoma de Kaposi, Cetoconazol, causa grave hepatotoxicidade, que é imunossupressiva.

Cocaína e AIDS

Uma substância decisiva que parece ter levado ao aparecimento da AIDS na época é a Cocaína. Quase podíamos rebatizar a síndrome como “Síndrome da deficiência imunológica adquirida pela Cocaína” ou “CAIDS”.

Quase tudo que sabemos do uso de cocaína coincide com a “misteriosa” aparição da AIDS. Por exemplo, entre 1970 e 1978, 1 a 4 g por mês eram usados de forma intranasal por usuários de cocaína; entre 1978 e 1982, 1 a 3 g por semana se tornou hábito; por volta de 1982 até hoje, apareceram “crack” e “cocoa base” e o uso continua crescendo.⁸⁰ Entre 1982 e 1984, a pureza da cocaína aumentou e o preço caiu. Se o aumento do uso de cocaína for comparado com o aumento dos casos de AIDS — ano a ano — constatamos uma relação exata e direta.^{80,81} O grupo que faz o maior uso inclui rapazes do Nordeste e do Oeste dos EUA.⁸¹ De 1981 a 1984, o atendimento de emergências relacionadas com cocaína triplicou. Também triplicaram os óbitos relacionados à cocaína.^{81,82} O crack foi introduzido e é amplamente usado desde 1981, principalmente em Nova Iorque e São Francisco⁸³ — as mesmas duas cidades com maior incidência de AIDS.⁸³ O abuso da cocaína contribui para a perda de peso, desnutrição, baixa imunidade, e — como na maioria dos casos é inalada — provoca maior impacto nos pulmões, onde a maioria das vítimas de AIDS têm problemas.^{59,82 a 85} A cocaína foi relacionada à PCP, outra característica importante da AIDS.⁸⁶

O HIV provoca AIDS ou é somente outro oportunista?

Até agora não foi comprovado que o HIV desempenha qualquer papel na causa da AIDS. O HIV é encontrado em qualquer parte do corpo. Foi encontrado em quase todas as partes do mundo. A sua infecciosidade é menor que 3%.⁸⁷ Ele existia muito antes de 1980⁸⁸ e pode ter existido há séculos. Por que, então, foi escolhido como causa da AIDS?

O HIV parece estar presente em toda a parte do corpo (sangue, cérebro, líquido, sêmen, saliva, lágrimas, etc.).^{89 a 95} Portanto, não está relacionado especificamente com as células T, como se alega.^{96,97}

O HIV não apenas parece estar em todas as partes do mundo,^{98 a 102} como parece ser totalmente diferente nos diversos locais⁹⁸ e abranger amplo espectro de vírus distintos.^{101,103} De fato, quanto mais observamos, mais variantes encontramos.¹⁰³

Constantemente, através de toda literatura, é mencionado que outros fatores desempenham um papel na AIDS.^{104,105} Entretanto, esse alerta parece ser ignorado na medida em que aumentam as verbas e a tecnologia para testes do HIV, medicamentos contra o HIV e vacinas contra o HIV — apesar da falta de provas científicas mostrando a validade desses caminhos.

A procura de um vírus não é tarefa fácil. Não podem ser vistos, nem diretamente apontados em qualquer amostra de tecido humano. Na realidade, para toda a pesquisa do vírus é preciso conseguir seu crescimento sobre cultura de tecidos anormais. Nenhuma das descobertas ou resultados podem realmente ser extrapolados aos processos implicados na saúde ou doença humana.⁷⁷ É possível — como acontece com a maioria dos germes cultivados em meio artificial — que os vírus isolados e considerados vírus da AIDS nem mesmo existam nos seres humanos com a síndrome. De fato, os vírus são provavelmente o resultado artificial do processo de repetida transferência de material celular que cresce em ambiente sintético usando nutrientes sintéticos. Germes identificados por culturas em tecidos têm pouca semelhança com os germes originais coletados.¹⁰⁶

Finalmente, para afastar qualquer idéia de que o HIV desempenhe papel na AIDS, o virologo P. Duesberg, em 1987, publicou um extenso estudo (com 278 referências) que claramente mostrou porque o HIV não poderia ser o responsável pela AIDS.¹⁰⁷ Seu estudo indica que o HIV não poderia causar a AIDS, porque:¹⁰⁸

1. A percentagem de portadores sintomáticos é baixa. Varia entre 0 e 5% no grupo de risco do portador, o que sugere um co-fator ou outra causa.

2. O período latente de AIDS é de vários anos, quando normalmente há um período de poucos dias ou semanas para reprodução e efeitos patogênicos e imunológicos diretos.

3. Não existe nenhum gene com função tardia de AIDS, visto que todos os genes virais são essenciais para a reprodução.

4. Níveis extremamente baixos de atuação e infiltração põem em dúvida a necessidade do vírus para causar AIDS ou qualquer outra doença com que é associado.

5. O vírus é inativo ou latente em portadores com e sem AIDS. Por essa razão, ele não é transmitido como agente independente de uma célula.

6. Dizem que os vírus matam células-T, mas os vírus dependem de mitose para reprodução e não destroem células em infecções assintomáticas.

7. Portanto, o vírus da AIDS poderia ser apenas a infecção oportunista mais comum das pessoas sujeitas ao risco de ter AIDS, porque os retrovírus não são citocidas e — diferente da maioria dos vírus — persistem como infecções latentes, não patogênicas.

Realmente existe um teste para AIDS?

Seguindo o histórico dos testes para AIDS, nós nos defrontamos com o pior tipo de ciência imaginável. Uma série de fatores no sangue foram considerados específicos para AIDS, embora nem um único estudo tenha usado controles. Para provar a existência de uma “nova doença”, o teste precisa ser feito num grupo considerado doente de AIDS e em outro grupo com os mesmos sintomas ou doenças (sarcoma de Kaposi, PCP, etc.) que não é considerado doente de AIDS. Dessa forma seria possível mostrar que o teste tem alguma capacidade para distinguir a nova doença. Mas isso nunca foi feito.

No começo da “epidemia” de AIDS, o teste do decréscimo de linfócitos-T era muito usado para fazer o diagnóstico. Este teste não poderia detectar a AIDS porque todas as infecções e outras enfermidades graves provocam esses resultados.^{108,109} Mais tarde, foi demonstrado que essa diminuição de células-T ocorre com a mesma frequência em homossexuais que não são soropositivos.¹¹⁰ Portanto, o teste não é específico para AIDS, mas para qualquer doença.¹¹¹

Outros testes que apareceram tiveram o mesmo fim. Alfatimosina 1, neopterina, betamicroglobulina, anergia, etc. todos eram inicialmente considerados específicos para AIDS. Depois, foi comprovado que são positivos em muitas doenças crônicas como leucemia, miastenia grave (MG), desnutrição, esclerose múltipla, qualquer infecção, abuso de drogas, vacinações e efeito colateral da maioria dos medicamentos.^{15,25,112,113}

O teste hoje disponível está repleto de problemas que o tornam praticamente inútil. Abaixo, apresentamos uma relação de alguns dos problemas mais graves que o teste ELISA, amplamente usado, apresenta. Esse teste mostra somente a presença de grande quantidade de anticorpos no sangue.

1. O teste apresenta ampla taxa de resultados falso-positivos (identifica falsamente um paciente como sendo soropositivo quando na verdade não é).^{114,115} Há muitos falso-positivos entre mulheres¹¹⁶ e sua capacidade de confirmar AIDS é menor que 20%.¹¹⁶ Dados mais recentes indicam 97% a 99% de falso-positivos em pessoas que não pertencem aos grupos de risco.^{117 a 122}

2. O teste é positivo em muitos casos de alcoolismo, malária, qualquer doença auto-imune (fator em muitas doenças crônicas), artrite, esclerose múltipla, miastenia grave, lupo e outras 200 doenças.^{122 a 128}

3. O teste mostra falso-positivo se a amostra de sangue é aquecida, congelada, guardada por muito tempo ou não totalmente coagulada.^{123,128} Na realidade, 95% que testam positivo não têm o vírus.¹²⁶

4. O teste Western-Blot, supostamente mais específico, é mais caro e menos sensível, e também apresenta um número elevado de falso-positivos.^{124,125,129}

E os hemofílicos e as transfusões?

Devido às constantes injeções de substâncias que provocam uma resposta imunológica, os hemofílicos sempre correram o risco de sofrer de séria imunossupressão, de contrair infecções e doenças crônicas. Isso não é novidade. Logo, nesse grupo, a “AIDS” também não constitui um fenômeno recente e não pode ser atribuída à contaminação viral. Na antiga Alemanha Oriental, por exemplo, a “AIDS” era praticamente inexistente, embora os hemofílicos usassem muitos produtos importados do “caldeirão da AIDS” (América).¹⁵⁷ Os testes não indicam correlação entre a “AIDS” e a hemofilia.^{156 a 159}

Com relação a transfusões, a situação é praticamente a mesma. Transfusões, assim como vacinas ou a introdução de proteínas “estranhas” no organismo, provocam uma forte reação imunológica. Se esta reação imunológica ocorre em uma pessoa doente, desnutrida ou debilitada, segue-se uma rápida imunossupressão. Portanto, as infecções crônicas observadas após a maioria das transfusões, assim como a subsequente imunossupressão^{162,164 a 167} e a síndrome similar à “AIDS”, devem-se a outros fatores clínicos (medicação, estado nutricional, etc.) e não ao vírus da “AIDS”.^{160 a 168}

Mulheres, crianças e AIDS

Nos primeiros casos relatados, as mulheres foram descritas como “anteriormente sadias”. No entanto, ao examinarmos seu histórico clínico, ficamos surpresos — o que significa “anteriormente sadias”?^{169,170} Essas mulheres tinham longo histórico de uso de drogas, infecções crônicas, anemia, etc. Em outras palavras, ficavam doentes com frequência e eram freqüentemente medicadas — por isso “contraíram AIDS”.^{169,170}

A essa altura, os meios de comunicação também já haviam incutido no público paranóia, medo e até mesmo ira vingativa.¹⁷¹ Conhecemos a clássica história de duas mulheres que receberam transfusões e a quem foi comunicado que pegariam “AIDS” e morreriam.¹⁷² Bem, uma delas continuou com saúde e a medicina chamou-a de “sortuda”, a outra ficou doente e foi tachada de “aidética”.¹⁷² O que aconteceria com você se lhe dissessem (e você acreditasse) que iria morrer e que deveria voltar sempre ao hospital para fazer testes e submeter-se a tratamentos durante anos a fio enquanto esperam — você e a medicina — pelos sinais da “doença fatal”? Debaixo de tamanha tensão, a maioria das pessoas ficaria muito doente. Uma mãe adotiva chegou a confessar que quase deixou o filho morrer porque temia que ele tivesse contraído “AIDS” no hospital.¹⁷³

Nas crianças, a “AIDS” é detectada e tratada da mesma maneira que nos adultos, portanto, o resultado é o mesmo.¹⁷⁴ Porém, o número de crianças supostamente “infectadas” que realmente adoecem de “AIDS” é muito pequeno. Assim, outros fatores foram sugeridos.¹⁷⁴ Para essas crianças, a “terapia” é tão agressiva e letal como para os adultos.¹⁷⁴ Cerca de 90% da suposta “transmissão materna” pode ser explicada porque as mães, na maioria dos casos viciadas em drogas, estavam muito doentes e recebiam medicação antes e depois do parto.¹⁷⁵ Lembre-se, qualquer coisa que agride o organismo da gestante afeta também o feto. Trata-se, portanto, de “transmissão” de doença ou simplesmente de falta de cuidados adequados?

Um estudo de crianças com “AIDS” mostrou a seguinte situação em comparação a um grupo de crianças sem “AIDS”:¹⁷⁶

- 200% mais injeções
- 96% mais vacinas
- 60% mais cirurgias
- 59% mais internações hospitalares
- 31% mais transfusões

Parece que, quanto mais tratamento recebemos, mais ficamos doentes e mais “pegamos AIDS”.

A mídia incute falso pavor ao público quando afirma que amamentar ao peito transmite a doença — embora o único caso citado não fosse comprovado.¹⁷⁷

Outras doenças — como a encefalopatia infantil progressiva — foram interpretadas como sendo “AIDS”. No bebê indicado, a encefalopatia pode ser explicada pelos seguintes dados em seu histórico: alimentação por mamadeira, inflamação do fígado, desnutrição, infecções crônicas e um longo tratamento com valium, SMZ + TM, nistatina e injeções de gamaglobulina.¹⁷⁸

AIDS como desnutrição

...As provas esmagadoras são ignoradas pela mídia e pela comunidade médica (Tabela 2). As anomalias neurológicas recentemente descritas são as mesmas que podemos observar em deficiências nutricionais,²⁰ como desmielinização causada por carência de folato.¹³⁸

Tabela 2

Principais características clínicas de AIDS e de DPC (desnutrição protéico-calórica)^{130 a 137}

- Histórico de perda de peso
- Infecções múltiplas
- Deficiência imunológica
- Aumento do Sarcoma de Kaposi ou linfoma de Burkitt
- Decréscimo da imunidade mediada por células
- Decréscimo da função das células-T
- Baixos níveis de soroalbumina, transferrina, etc.
- Decréscimo de células-T ou taxa invertida
- Decréscimo de resposta *in vitro* de linfoproliferação ao ataque de antígenos
- Decréscimo de linfócitos
- Anemia
- Anergia (nenhuma reação na pele à agressão imunológica)

Origem da AIDS

Um debate estranho apareceu na literatura médica entre 1984 e 1987: cientistas americanos insistiam que a África era a origem do vírus da AIDS, enquanto cientistas africanos não conseguiam confirmar esta declaração.^{134,139 a 147}

Não havia qualquer teste positivo significativo^{140,143,145,146} e os testes positivos tinham forte correlação com DPC,¹³⁷ malária,¹⁴¹ linfoma de Burkitt e outras doenças relacionadas a desnutrição crônica.^{145,148} Essas correlações são suficientes para explicar a alta taxa de falso-positivos.^{141,148} Mesmo o sarcoma de Kaposi representa uma doença diferente com poucas reações positivas de AIDS.^{134,135} Também havia correlação entre AIDS e hospitalização freqüente e tratamento com medicina alopática.^{139,140,142,143,145}

Muita informação errada tem sido divulgada sobre AIDS na África. Após uma viagem de seis semanas, visitando 26 cidades e povoados em 16 países

abaixo do Saara, o médico Félix Konotey-Ahulu, do Cromwell, Hospital de Londres, observou que as declarações da imprensa eram muito exageradas.¹⁴⁹ Ele afirmou: “Africanos e europeus inteligentes se perguntam: Por que a mídia universal parece ter conspirado com alguns cientistas para se tornar gratuitamente tão extravagante com a mentira?... Este exagero jornalístico se mostrou muito dispendioso... Africanos em além-mar sofreram agressão racial... o turismo sofreu injustamente... e apareceu uma tensão entre médicos brancos que trabalham na África... muitos brancos com grande afeição pela África... estão ainda mais revoltados com os efeitos da mídia mundial sobre aquele continente”. E os preconceitos raciais relacionados à AIDS na África estão também atingindo os negros nos EUA.^{150 a 152}

As únicas doenças realmente endêmicas na África são desnutrição, degradação ambiental, pobreza, falta de higiene e práticas sexuais insalubres.³⁵

Uma nova esperança no cenário da AIDS

Apresentamos uma nova hipótese para a situação da AIDS. Mostramos que a AIDS pode ser reflexo de grave ação pouco científica exercida sobre problemas sociais, culturais e médicos que aumentavam nos últimos anos. Talvez não estejamos enfrentando uma “nova epidemia fatal” e sim antigos problemas como preconceito, estilo de vida abusivo, técnicas médicas excessivamente agressivas, ganância, omissão frente aos pacientes desnutridos e tratamento desumano, racismo, paranóia cultural, jornalismo sensacionalista, exploração médica, *stress*, pesquisa médica míope com conclusões não-científicas e anedóticas. Estas são acusações pesadas, mas o apoio científico para modelos alternativos¹⁵³ e enfoques alternativos^{32,33,37,154,155} já existem. É hora de submeter a AIDS a séria revisão científica, começando de novo. Somente assim poderemos encontrar respostas para nossas perguntas sobre AIDS e evitar a “crise”.

Obras de Referência

1. *Los Angeles County Health Index: Morbidity and Mortality: Reportable Diseases*, set 1967 p 47
2. GOTTLIEB M S e outros, "Pneumocystis pneumonia, Los Angeles" *MMWR* 30: 250 (1981)
3. FREIDMAN-KIEN A e outros, "Kaposi's sarcoma and penumocystis pneumonia among homosexual men — New York City and California" *MMWR* 30: 305 (1981)
4. FREIDMAN S M e outros, "Follow-up on Kaposi's sarcoma and pneumocystis pneumonia" *MMWR* 30: 409 (1981)
5. HYMES K B e outros, "Kaposi's sarcoma in homossexual men: A report of eight cases" *Lancet*, set 19, 1981 p 598
6. BRENNAN R O e DURACK D T, "Gay compromise syndrome" *Lancet*, dez 12, 1981 p 1338
7. Editorial "Acquired immune deficiency syndrome" no *Lancet*, jan 22, 1983 p 162
8. AMMANN A I, "Is there an acquired immune deficiency syndrome in infants and children?" *J Pediatr* 72: 430 (1983)
9. Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting — United States. *MMWR* 34: 373 (1985)
10. Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. *MMWR* 36: 225 (1987)
11. CDC, Revision of the surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 36 supl n° 1S (1987)
12. CDC, Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR* 36 supl n° 2S (1987)
13. SELIK R M e outros, "CDC's definition of AIDS" *N Eng J Med* 315: 761 (1986)
14. KIRCHER T e outros, "Autopsy as a measure of accuracy of the death certificate" *N Eng J Med* 313 (20): 1263 (1985)
15. MILLER J A, "Immunity syndrome: New test, new ideas" *Science News* 123: 197 (1983)
16. "Research News. Human T-cell leukemia virus linked to AIDS" *Science* 220: 806 (1983)
17. BRUN-VEZINET F e outros, "Prevalence of antibodies to lymphadenopathy-associated retrovirus in African patients with AIDS" *Science* 226: 453 (1984)
18. MARX J L, "Indications of a new virus in MS patients" *Science* 230: 1028 (1985)
19. PRENTICE R L e outros, "Evaluating HTLV-III antibody tests" *Lancet*, ago 1985 p 274
20. PETITO C K e outros, "Vacuolar myelopathy pathologically resembling subacute combined degeneration in patients with the acquired immunodeficiency syndrome" *N Eng J Med* 312: 874 (1985)
21. WEITBERG A B e outros, "Dysplastid carcinoid tumor and AIDS-related complex" *N Eng J Med* 314: 1455 (1986)
22. GOLD J E e outros, "Lupus anticoagulant and AIDS" *N Eng J Med* 314: 1252 (1986)
23. VILMER E e outros, "Screening for lymphadenopathy/AIDS virus in bone marrow transplant recipients" *N Eng J Med* 314: 1252 (1986)
24. WEBSTER A D B e outros, "Isolation of retroviruses from two patients with 'comon variable' hypogammaglobuliemia" *Lancet*, mar 15, 1986 p 581
25. COOPER M D e BUCKLEY R H, "Developmental immunology and the immunodeficiency diseases" *JAMA* 248: 2658 (1982)
26. VALLE S e outros, "Diversity of clinical spectrum of HTLV-III infection" *Lancet*, fev 9, 1985 p 301
27. COOPER D A e outros, "Acute AIDS retrovirus infection" *Lancet*, mar 9, 1985 p 537
28. SCHWARTZ K e outros, "Immunologic changes in lymphadenopathy virus positive and negative symptomless male homosexuals: Two years of obsevation" *Lancet*, out 12, 1985 p 831
29. WACHTER H e outros, "Are conditions linked with T-cells stimulation necessary for progressive HTLV-III infection?" *Lancet*, jan 11, 1986 p 97
30. WEBER J N, "Three-year prospective study of HTLV-III / LAV infection in homosexual men" *Lancet*, mai 24, 1986 p 1179
31. DONOVAN P M e JOINER-BEY H, *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (John Bastyr College Publications, Seattle, WA, set 10, 1986)
32. DONOVAN P M e outros, "AIDS: A profile of susceptibility" *Holistic Medicine*, mai/jun 1987 p 12
33. ROSCH P J, "AIDS victims: Stressed out?" *Science News*, 403 (1987)
34. QUITTELL L M e outros, "Pneumocystis carinii pneumonia in infants given adrenocorticotrophic hormone for infantile spasms" *J Pediatr* 110 (6): 901 (1987)
35. BROWN R K, "AIDS: A perspective" *American Clinical Productus Review* 6 (11): 44 (1987)
36. FALOONA G R, "Current pharmacological agents used in experimental antiviral and immune modulating treatments for AIDS" *American Clinical Products Review* 6 (11): 20 (1987)
37. MARX J L, "New disease baffles medical community" *Science* 217: 618 (1982)
38. CALABRESE L H e outros, "Lack of correlation between promiscuity and seropositivity to HTLV-III from a low-incidence area for AIDS" *N Eng J Med* 312: 1256 (1985)
39. LIEBERSON J, "Anatomy of an epidemic" *The New York Review of Books* 3: 17 (1983)
40. RICHARDS J M e outros, "Rectal insemination modifies immune responses in rabbits" *Science* 224: 390 (1984)
41. KINGSLEY L A e outros, "Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals" *Lancet*, fev 14, 1987 p 345
42. RODMAN T C e outros, "Naturally occuring antibodies reactive with sperm proteins: Apparent deficiency in AIDS sera" *Science* 228: 1211 (1985)

43. FRAZIER I H e outros, "Association between anorectal dysplasia, human papillomavirus, and human immunodeficiency virus infection in homosexual men" *Lancet*, set 20, 1986 p 657
44. LEVINE A S, "The epidemic of acquired immune dysfunction in homosexual men and its sequelae — opportunistic infections, Kaposi's sarcoma, and other malignancies: An update and interpretation" *Cancer Treat Rep* 66: 1391 (1982)
45. GERSTOFT J e outros, "Severe acquired immune deficiency in European homosexual men" *Br Med J* 285: 17 (1982)
46. MORSE G, "Angel dust clobbers immune cells" *Science News* 126: 6 (1984)
47. BARTON S E e outros, "HTLV-III antibody in prostitutes" *Lancet*, dez 21 / 28, 1985, p 1424
48. MATHUR-WASH U e outros, "Follow-up at 4fi years on homosexual men with generalized lymphadenopathy" *N Engl J Med* 313 :1542 (1985)
49. GRADILONE A e outros, "HTLV-I and HIV infection in drug addicts in Italy" *Lancet*, set 27, 1986 p 753
50. SELIGMANN J e outros, "The AIDS epidemic: The search for a cure" *Newsweek*, abr 18, 1983 p 74
51. MEYER P R e outros, "Altered distribution of T-lymphocyte subpopulations in lymph nodes from patients with acquired immune deficiency-like syndrome and hemophilia" *J Pediatr* 103: 407 (1983)
52. RAO C P e outros, "Pneumocystic carinii pneumonitis in patients with hypogammaglobulinemia and intact T cel immunity" *J Pediatr* 103: 410 (1983)
53. LANE H C e outros, "Partial immune reconstitution in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome" *N Eng J Med* 311: 1099 (1984)
54. MARX J L, "A virus by any other name..." *Science* 227: 1449 (1985)
55. SHAFER R W e outros, "Possible risk of steroid ministration in patients at risk for AIDS" *Lancet*, abr 20, 1985 p 934
56. LEVY E M e outros, "Patients with Kaposi's sarcoma who opt for no treatment" *Lancet*, jul 27, 1985 p 223
57. THOMAS C S e outros, "HTLV-III and psychiatric disturbance" *Lancet*, ago 17, 1985 p 395
58. KAPLAN L e VOLBERDING P A, "Failure (and danger) of Mitozantrone in AIDS-related Kaposi's sarcoma" *Lancet*, ago 17, 1985 p 396
59. KIMBROUGH R D, "Vacuolar myelopathy in patients with the acquired immunodeficiency syndrome" *N Eng J Med* 313: 827 (1985)
60. 1985 STD treatment guidelines. *MMWR* supl 34 (1985)
61. "Daisy chains: Cyclosporine link" *Science News* 128: 263 (1985)
62. SILBERNER J, "AIDS announcement raises questions" *Science News* 128: 293 (1985)
63. CARNE C A e outros, "Acute encephalopathy coincident with seroconversion for anti HTLV-III" *Lancet*, nov 30, 1985 p 1206
64. HOLLANDER H e outros, "Extrapyramidal sytoms in AIDS patients given low-dose metoclopramide or chlorpromazine" *Lancet*, nov 23, 1985 p 1186
65. "Co-trimoxazole resistance" *Lancet*, fev 15, 1986 p 364
66. ZIMMERMAN D, "AIDS: New optimism from the lab" *Newsday*, mar 4, 1986 p 1
67. YARCHOAN R e outros, "Administration of 3'-azido-3'-deoxythymidine, an inhibitor of HTLV-III / LAV replication, to patients with AIDS or AIDS-related complex" *Lancet*, mar 15, 1986 p 575
68. BOWDEN F J e outros, "Serum trimethoprim and sulphamethoxazole levels in AIDS" *Lancet*, abr 12, 1986 p 853
69. GAYLARDE P M e SARKANY I, "Co-trimoxazole in AIDS" *Lancet*, mai 24, 1986 p 1218
70. TEICH S A e outros, "Toxic keratopathy associated with Suramin therapy" *N Eng J Med* 314: 1455 (1986)
71. WYRICK B, "Major test of 6 AIDS drugs near" *Newsday*, july 12, 1986 p 7
72. "AIDS from our correspondents" *Lancet*, jul 12, 1986 p 51
73. STEHR-GREEN J K e HELMMICK C G, "Pentamidine and renal toxicity" *N Eng J Med* 313: 694 (1985)
74. SILBERNER J, "AIDS drug: Not cure, but hope" *Science News* 130: 196 (1986)
75. WEYMOUTH L A e outros, "Isolation of human immunodeficiency virus and serum neutralizing antibody" *Lancet*, nov 15, 1986 p 1158
76. HAGLER D N e FRAME P T, "Azidothymidine neurotoxicity" *Lancet*, dez 13, 1986 p 1392
77. DERMER G B, "Human cancer research" *Science* 221: 318 (1983)
78. REDFIELD R R e outros, "Disseminated vaccinia in a military recruit with human immunodeficiency virus (HIV) disease" *N Eng J Med* 316: 673 (1987)
79. TABOR E, "Hepatotoxicity of Ketoconazole in men and in patients under 50" *N Eng J Med* 316: 1606 (1987)
80. CREGLER L I e MARK H, "Medical complications of cocaine abuse" *N Eng J Med* 315: 1495 (1986)
81. "Cocaine: Effects of epidemic now hitting home in US" *The Nation's Health*, out/nov 1985 p 1
82. SILBERNER J, "Cocaine cardiology: Problems, mysteries" *Science News* 131: 69 (1987)
83. NEGRON E e SLATELLA M, "Crack" *Newsday*, abr 6, 1986 p 5
84. SPIHLER V, "Cocaine and metabolities" *Clin Chem News*, jul 1986 p 24
85. Editorial "Crack" no *Lancet*, nov 7, 1987 p 1061
86. "Cocaine use: Disturbing signs" *Science News* 128: 293 (1985)
87. MOSS A R, "What proportion of HTLV-III antibody positives will proceed to AIDS?" *Lancet*, jul 27, 1985 p 223
88. SILBERNER J, "AIDS: Casual contact exonerated" *Science News* 128: 213 (1985)
89. GROOPMAN J E e outros, "HTLV-III in saliva of people with AIDS-related complex and homosexual men at risk for AIDS" *Science News* 226: 447 (1984)
90. BERNARD D Z e outros, "HTLV-III in cells cultured from semen of two patients with AIDS" *Science News* 226: 449 (1984)
91. HO D D e outros, "HTLV-III in the semen and blood of a healthy homosexual man" *Science News* 226: 451 (1984)

92. BENNETT D D e outros, "Like sheep virus, AIDS virus infects brain" *Science News* 127: 22 (1985)
93. HO D D e outros, "Isolation of HTLV-III from cerebrospinal fluids and neural tissues of patients with neurologic syndromes related to the acquired immuno-deficiency syndrome" *N Eng J Med* 313: 1493 (1985)
94. RESNICK L e outros, "Intra blood-brain barrier synthesis of HTLV-III specific IgG in patients with neurologic symptoms associated with AIDS or AIDS-related complex" *N Eng J Med* 313: 1498 (1985)
95. BARNES D M, "AIDS-related brain damage unexplained" *Research News*, mai 30, 1986 p 1091
96. POPOVIC M e outros, "Alteration of T-cell functions by infection with HTLV-I or HTLV-II" *Science* 226: 459 (1984)
97. BERNSTEIN L J e outros, "Defective humoral immunity in pediatric acquired immune deficiency syndrome" *J Pediatr* 107: 352 (1985)
98. BENN S e outros, "Genomic heterogeneity of AIDS retro-viral isolates from North America and Zaire" *Science* 230: 949 (1985)
99. VOLSKY D J e outros, "Antibodies to HTLV-III in Venezuelan patients with acute malarial infections" *N Eng J Med* 314: 647 (1986)
100. RODRIGUEZ L e outros, "Antibodies to HTLV-III / LAV among aboriginal Amazonian Indians in Venezuela" *Lancet*, mar 6, 1986 p 648.
101. DUSCHEK J, "HTLV-III virus: Themes and variations" *Science News* 220: 119 (1985)
102. GONZALES J P e outros, "True HIV-I infection in pygmy" *Lancet*, jun 27, 1987 p 1499
103. MARX J L, "Probing the AIDS virus and its relatives" *Science* 236: 1523 (1987)
104. MARX J L, "How the HTLV's might cause cancer" *Science* 225: 398 (1984)
105. MARX J L, "More progress on the HTLV family" *Science* 227: 156 (1985)
106. MITSUYA H e outros, "Transformation and cytopathogenic effect in an immune human T-cell clone infected by HTLV-I" *Science* 223: 1293 (1984)
107. DUESBERG P H, "Retroviruses as carcinogens and pathogens: Expectations and reality" *Cancer Res.* 47: 1199 (1987)
108. LITWIN S D, "Impaired immunity: A view of current stigmata and disease evaluation" *Bull N Y Acad Med* 57: 617 (1981)
109. GRIECO M H, "Infections in the abnormal host" *Introduction to the Abnormal Host and Complicating Infections* (M H Grieco Ed, New York, 1980) pp 1 a 10
110. KAPLAN J E e outros, "HTLV-III viremia in homosexual men with generalized lymphadenopathy" *N Eng J Med* 312: 1572 (1985)
111. SOMMA C e outros, "Abnormal helper: Supressor T-cell ratio in the staff of a pediatric hospital" *N Eng J Med* 312: 1573 (1985)
112. OATES K K e outros, "Thymosin alpha 1 as a marker of the acquired immune deficiency syndrome" *Laboratory Management*, abr 1984 p 21
113. HEERING P e ARNING M, "Neopterin and beta-2-micro-globulin as markers for AIDS" *Lancet*, jan 31, 1986 p 281
114. GRUNNET N e outros, "Photometric readings of anti-HTLV-III ELISA kits" *Lancet*, dez 7, 1985 p 1302
115. HUNTER J B e MENITOVE J E, "HLA antibodies detected by ELISA HTLV-III antibody kits" *Lancet*, ago 17, 1985 p 397
116. SILBERNER J, "AIDS blood test: Qualified success" *Science News* 128: 84 (1985)
117. MENDELSON R S, "AIDS: Linkage to smallpox vaccine...condoms aren't foolproof...tests aren't reliable" *The People's Doctor* 11 (8): 1 (1987)
118. NAVAS-VIHRACHOFF K T, "AIDS and the ordinary woman. How much do we really want to know?" *Newsday*, ago 2, 1987
119. LEVINSON S S e DENYA G A, "Human immunodeficiency virus and AIDS" *J Immunoassay* 10 (2): 103 (1987)
120. SIVAK S L e WORMSER G P, "Predictive value of a screening test for antibodies to HTLV-III" *Am J Clin Pathol* 85: 700 (1986)
121. BARNES D M, "New questions about AIDS test accuracy" *Science* 238: 884 (1987)
122. COULIS P A e outros, "Peptide-based immunodiagnosis of retrovirus infections" *Am Clin Prod Rev* 6 (11): 34 (1987)
123. PAPSIDERO L D e outros, "Acquired immune deficiency syndrome: Detection of viral exposure and infection" *Am Clin Prod Rev* 5 (10): 17 (1986)
124. LEVINSON S S e DENYS G A, "AIDS methods" *Clin Chem News*, dez 1986 p 8
125. SAAG M S e BRITZ J, "Asymptomatic blood donor with a false positive HTLV-III Western blot" *N Eng J Med* 314, 118 (1986)
126. SILBERNER J, "AIDS blood screens: Chapters 2 and 3" *Science News* 130: 56 (1986)
127. MICHAÏL-MERIANOU V e outros, "False-positive HTLV-III antibody tests in multitransfused patients with thalassemia" *Lancet*, mar 22, 1986 p 678
128. RONALDS C J e outros, "Anti-HIV testing on urgent specimens" *Lancet*, fev 7, 1987 p 323
129. KLEMENS B M e PAUKER S G, "Screening for HIV: Can we afford the false positive rate?" *N Eng J Med* 317 (4): 238 (1987)
130. REINHERZ E L e ROSEN F S, "New concepts in immunodeficiency" *Am J Med* 71: 511 (1981)
131. GRAY R H, "Similarities between AIDS and PCM" *Am J Public Health* 73: 1332 (1984)
132. CULLITON B J, "Five firms with the right stuff" *Science* 225: 1129 (1984)
133. CULLITON B J, "Crash development of AIDS test near goal" *Science* 225: 1128 (1984)
134. BIGGAR R J e outros, "Kaposi's sarcoma in Zaire is not associated with HTLV-III infection" *N Eng J Med* 311: 1051 (1984)
135. SELIGMANN M e outros, "AIDS — An immunologic reevaluation" *N Eng J Med* 311: 1286 (1984)
136. KALYANARAMAN V S e outros, "Antibodies to the core protein of lymphadenopathy virus (LAV) in patients with AIDS" *Science* 225: 321 (1984)

137. LESBORDES J L e outros, "Malnutrition and HIV infection in children in the central African republic" *Lancet*, ago 9, 1986 p 337
138. SMITH I e outros, "Folate deficiency and demyelination in AIDS" *Lancet*, jul 25, 1987
139. SAXINGER W C e outros, "Evidence for exposure to HTLV-III in Uganda before 1973" *Science* 227: 1036 (1985)
140. LYONS S F e outros, "Lack of evidence of HTLV-III endemicity in southern Africa" *N Eng J Med* 312: 1257 (1985)
141. BISSAR R J e outros, "ELISA HTLV retrovirus antibody reactivity associated with malaria and immune complexes in healthy Africans" *Lancet*, set 7, 1985 p 520
142. SERWADDA D e outros, "Slim disease: A new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection" *Lancet*, out 19, 1985 p 849
143. HUNSMAN G e outros, "HTLV positivity in Africans" *Lancet*, out 26, 1985 p 952
144. NORMAN C, "Politics and science clash on African AIDS" *Science* 230: 1140 (1985)
145. WILLIAMS C K O, "AIDS and cancer in Nigerians" *Lancet*, jan 4, 1986 p 36
146. BRUN-VEZINET F e outros, "Lack of evidence for human or simian T-lymphotropic viruses Type III infection in pygmies" *Lancet*, abr 12, 1986 p 854
147. CARSWELL J W e outros, "How long has the AIDS virus been in Uganda?" *Lancet*, mai 24, 1986 p 1217
148. SHER R e outros, "Seroepidemiology of human immunodeficiency virus in Africa from 1970 to 1974" *N Eng J Med* 317 (7): 450 (1987)
149. KONETEEY-AHULU F I D, "AIDS in Africa: Misinformation and disinformation" *Lancet*, jul 25, 1987
150. "AIDS and minorities" *Newsday*, ago 9, 1987 p 15
151. ZINMAN D, "Death rates from AIDS found to vary" *Newsday*, nov 19, 1987 p 15
152. WATSON B C, "Myth of the black teenage pregnancy epidemic" *Newsday*, dez 7, 1987 p 56
153. COLEN B D, "AIDS: A view above the fray" *Newsday*, out 13, 1987 p 8
154. RAPPOPORT J, "AIDS patients are surviving by seeking their own treatments" *Easy Reader*, set 10, 1987 p 21
155. GREGORY S J e LEONARDO B, "Conquering AIDS Now!" (Warner Books, 1987)
156. WEINTRAUB P S e outros, "Immunologic abnormalities in patients with hemophilia" *A J Pediatr* 103: 692 (1983)
157. PETER J B e WOLDE-MARIAN W, "AIDS: Putting the puzzle together" *Diag Med*, fev 1984 p 1
158. TSOUKAS C e outros, "Association of HTLV-III antibodies and cellular immune status of hemophiliacs" *New Eng J Med* 311: 1514 (1984)
159. "Changing patterns of acquired immunodeficiency syndrome in hemophilia patients — United States." *MMWR* 34: 241 (1985)
160. JAFFE H W e outros, "Transfusion associated AIDS: serological evidence of human T-cell leukemia virus infection of donors" *Science* 223: 1309 (1984)
161. COWAN M J e outros, "Maternal transmission of acquired immune deficiency syndrome" *Pediatrics* 73: 382 (1984)
162. SHEARER G M e LEVY R B, "Blood transfusion and susceptibility to AIDS" *N Eng J Med* 310: 1601 (1984)
163. WOODRUFF M F A e VAN ROOD J J, "Possible implications of the effect of blood transfusion on allograft survival" *Lancet* 1: 1201 (1983)
164. KLATZMAN D e outros, "Selective tropism of lymphadenopathy associated virus (LAV) for helper-inducer T-lymphocytes" *Science* 225: 59 (1984)
165. MONTAGNIER L e outros, "Adaptation of lymphadenopathy associated virus (LAV) to replication in EBV-transformed B lymphoblastoid cell lines" *Science* 225: 63 (1984)
166. LAURENCE J e MAYER L, "Immunoregulatory lymphokines of T Hybridomas from AIDS patients: constitutive and inducible suppressor factors" *Science* 225: 66 (1984)
167. FEORINO P M e outros, "Lymphadenopathy associated virus infection of blood donor - recipient pair with acquired immunodeficiency syndrome" *Science* 225: 69 (1984)
168. KAPLAN J e outros, "Transfusion-induced immunologic abnormalities not related to AIDS virus" *N Eng J Med* 313: 1227 (1985)
169. MANSUR H, "Opportunistic infection in previously healthy women" *Ann Intern Med* 97: 533 (1982)
170. GREENE J B, "Mycobacterium avium-intracellulare: A cause disseminated life-threatening infection in homosexuals and drug abusers" *Ann Intern Med* 97: 539 (1982)
171. SUMMERFIELD D, "AIDS: Dilemmas for the psychiatric patient" *Lancet*, jul 12, 1986 p 112
172. TIMNICK L, "Tracking a source of AIDS" *Newsday*, mar 27, 1984 p II/3
173. HENLEY W L, "Failure to thrive due to fear of AIDS" *Lancet*, jul 12, 1986 p 112
174. SHANNON K M e AMMANN A J, "Acquired immune deficiency syndrome in childhood" *J Pediatr* 106: 332 (1985)
175. CHURCH J A e outros, "New scarlet letter(s), pediatric AIDS" *Pediatrics* 77: 423 (1986)
176. MANN J M e outros, "Risk factors for human immunodeficiency virus seropositivity among children 1-24 months old in Kinshasa, Zaire" *Lancet*, set 20, 1986 p 654
177. SENTURIA Y D e outros, "Breast-feeding and HIV infection" *Lancet*, ago 15, 1987
178. DAVIS S L e outros, "Acquired immune deficiency syndrome presenting as progressive infantile encephalopathy" *J Pediatr*, 110 (6): 884 (1987)

Para mais informações no Brasil

TAPS, Temas Atuais na Promoção da Saúde
Caixa Postal 20396, CEP 04041-990, São Paulo, SP
Tel.: (011) 572 0466 Fax: (011) 572 0465

*Um engano não se torna verdade
por meio de ampla divulgação,
nem a verdade se torna um engano
porque ninguém a enxerga.*

M. K. Gandhi