

Porque os medicamentos antiviróticos não podem curar a AIDS

*Tim Hand, Ph. D.**

“A infecção pelo HIV por si só não parece oferecer risco, a menos que seja tratada com antiviróticos.”

O AZT, “medicamento nunca antes ministrado a pessoas”¹ está sendo amplamente usado no tratamento da AIDS. Esta prática baseia-se em centenas de estudos que indicam que o medicamento aumenta o nível das células T4, diminui a ação do HIV e retarda o aparecimento das doenças relacionadas à AIDS em portadores do HIV, prolongando assim as suas vidas.² O uso do AZT, quer como terapia quer como profilaxia (“intervenção precoce”), é receitado pelo resto da vida.

A pesquisa Concorde rejeita o AZT e a contagem das células T4

A pesquisa Concorde³ significou uma grande derrota para o AZT. O estudo, de proporções (1749 testados) e duração (mais de 3 anos) sem precedentes, concluiu que o AZT não prolonga a vida dos portadores do HIV. Confirmou, também, estudos anteriores indicando que o medicamento eleva muito pouco a contagem de células T4 e por curto período, sem provocar melhora no estado clínico do paciente. Assim sendo, a pesquisa Concorde levou à decisão de rejeitar a contagem de células T4 como indicador do sucesso do tratamento ou do estado clínico. Essa rejeição foi confirmada por outras pesquisas, de forma explícita^{4 a 8} ou não intencional.⁹

Ironicamente, os dados do Concorde eram similares aos dados de testes rápidos anteriores, que resultaram em relatórios favoráveis ao AZT. O que fez do Concorde um estudo diferente foi, não só o longo tempo de duração, mas também os critérios – ou metas – utilizados para avaliar o AZT: aparecimento de sintomas de AIDS e morte. Os estudos anteriores analisaram os pacientes apenas du-

rante poucos meses e basearam sua avaliação no efeito do AZT sobre a contagem das células T4. Quando os autores do Concorde reanalisaram seus dados, utilizando a contagem de células T4 como critério – em vez de condições clínicas – e um curto período de observação (característico dos estudos anteriores), eles também se “decidiram” a favor do uso do AZT. Concluíram que o AZT produz um aumento temporário na contagem das células T4, porém nenhum benefício clínico de longa duração (maior sobrevida ou menos sintomas).

As lições do estudo Concorde não foram levadas em consideração. O AZT continua a ser a base do tratamento da AIDS e os critérios clínicos continuam ofuscados por substitutos não clínicos. Ainda agora em julho, Volberding, em artigo na *Nature Medicine*, exigiu terapias baseadas somente nos níveis de HIV “independentemente... do estado clínico.” (Uma excelente crítica dos critérios não clínicos da pesquisa da AIDS está na edição de 1 de outubro dos *Annals of Internal Medicine*, p. 605).

Leia os reconhecimentos

A pesquisa Concorde foi financiada, em parte, pelo fabricante do AZT, o laboratório Glaxo-Wellcome (antiga Burroughs-Wellcome até ser incorporada à Glaxo). Isto torna o Concorde excepcional. Quase todas as outras grandes pesquisas (controladas e randomizadas) que apresentaram conclusões dúbidas ou decididamente negativas quanto à eficácia terapêutica ou profilática do AZT, 4 a 8, 10 a 19 foram financiadas por outras fon-

Fonte: *Reappraising AIDS*, vol. 4 n° 9 setembro de 1996, Le Jolla, CA, EUA.

*Tim Hand é professor adjunto da Universidade Oglethorpe em Atlanta, EUA, onde leciona farmacologia comportamental, neurociência e endocrinologia. Há pelo menos 12 anos ele é um “soropositivo saudável.” Atualmente ele está escrevendo um manual com o título “*Drugs, The Brain, and Behavior*.” (Drogas, a mente e o comportamento).

tes e não pela Wellcome. Isso também foi o caso em outros estudos, mostrando que o AZT é imunossupressivo,^{20, 21} não tem capacidade de reduzir os níveis de HIV de forma duradoura^{22 a 24} e que possui propriedades farmacocinéticas que descartam a possibilidade de que possa ter o efeito desejado nos soropositivos.^{25 a 27}

Ausência de benefício clínico é uma coisa: dano real é bem outra. Estudos independentes comprovaram que no caso de soropositivos sem sintomas de AIDS (que recebem AZT como profilático contra a AIDS), o AZT *acelera* o declínio clínico^{4, 10, 11, 12, 17, 19} e *piora* a qualidade de vida,⁶ às vezes provocando a morte antes mesmo de aparecer qualquer manifestação da AIDS.^{10, 28} A população de hemofílicos, que (apesar de soropositivos) gozava de sobrevida recorde antes que a profilaxia da AIDS fosse introduzida, viu essa tendência reverter-se depois de 1987.²⁹ Portanto, a sobrevivência mais longa observada nos aidéticos durante os últimos anos está ocorrendo *apesar* do AZT, não por sua causa.

Após a divulgação da pesquisa Concorde e posteriores confirmações, seria de se esperar um dramático afastamento do AZT, tanto como foco das pesquisas (devido ao rigor científico) como na prática médica (devido ao Juramento Hipocrático). Seria até mesmo de se esperar uma melhora na qualidade das pesquisas e relutância em lançar medicamentos prematuramente no mercado.

Em vez disso, o Glaxo-Wellcome continua a promover o AZT com estudos enganosos que banalizam a toxicidade. O Grupo Europeu-Australiano de Colaboração,³¹ por exemplo, afirma que o AZT beneficia soropositivos saudáveis e que “efeitos colaterais clínicos ou hematológicos são raros.” Apoiado pela Fundação Wellcome, esse estudo contém alguns dos erros técnicos e estatísticas mais incríveis que podem ser encontrados na literatura médica. Esse amontoado de asneiras foi denunciado em uma série de cartas hostis dirigidas ao editor do *New England Journal of Medicine* (329:1895 e 330:1758). Na maioria dos campos da ciência, e mesmo na medicina, um estudo tão falho jamais teria passado pelo crivo de uma revisão científica competente.

Mulheres e crianças primeiro

O laboratório Glaxo-Wellcome não só está mantendo o seu mercado consumidor do AZT com estudos enganosos, como também procura expandi-lo penetrando nas maternidades. Connor e outros,³² com apoio da Wellcome, relataram que ao ministrar AZT a gestantes e recém-nascidos (nascidos há poucas horas) diminuem as chances de transmissão do HIV para o feto. Editoriais Orwellianos, na mesma edição do *New England Journal of Medicine* (331:1223), apelam para “um grande esforço a fim de persuadir as mulheres a fazerem o teste do HIV e a convencer as soropositivas a tomarem AZT.”

A possibilidade de a citotoxina prejudicar os fetos não foi abordada. Os dissidentes foram poucos, tímidos e anônimos.³³ Como a maioria dos agentes quimioterapêuticos atinge tecidos cuja divisão celular é muito rápida, são geralmente classificados como “teratogênicos”, i.é, substâncias que causam danos ao feto quando consumidos pela gestante (quimioterápicos são geralmente classificados como teratogênicos no *Physician's Desk Reference*). Sendo o AZT originalmente criado como medicação anti-cancerígena - devido à sua capacidade de interferir com células humanas de crescimento rápido - a pressa com que querem ministrá-lo a gestantes é alarmante. Os médicos estão tão concentrados na utilização do AZT para impedir a transmissão vertical (de mãe para feto) do HIV, que esquecem a teratogenicidade do AZT e até a teratogenicidade da cocaína,³⁴ frequentemente consumida por essas mulheres.

As gestantes, geralmente, são avessas ao consumo de medicamentos. Isto é perfeitamente justo, principalmente se os medicamentos têm ação citotóxica indiscriminada, como é o caso do AZT. Para transpor esse obstáculo, a Glaxo-Wellcome lançou, no ano passado, uma campanha publicitária dirigida às gestantes “para encorajar as soropositivas a submeterem-se ao tratamento com AZT.” (Veja o anúncio publicado na revista *Science* de 4 de agosto, 1995). Isso lembra a campanha publicitária profundamente desonesta, porém extremamente eficaz, da Glaxo-Wellcome dirigida aos homens gay.³⁵ A direção da Glaxo-Wellcome espera, inclusive, tes-

tar combinações do AZT e seu parente químico 3TC em gestantes na África. Nos Estados Unidos, a ineficácia clínica e a toxicidade do AZT para o fígado e a medula óssea não impedem a Burroughs-Wellcome de procurar a dosagem “ótima” do AZT para uso pediátrico em crianças soropositivas.³⁶

A inércia prevalece: uma cacofonia de novos antiviróticos

Embora a integridade científica indique o afastamento do AZT, os pesquisadores da AIDS continuam firmemente ligados à catastrófica abordagem do “ataque ao HIV” e estão inundando um mercado voraz e pouco seletivo com uma nova geração de “antiviróticos” semelhantes ao AZT. São eles o ddC, ddI, 3TC e d4T, que podem ser ministrados isoladamente ou em combinação.³⁷ Como no caso do AZT, os estudos mais otimistas sobre os novos antiviróticos são de curta duração (menos de seis meses) e concentrados em metas obsoletas, como contagem de CD4 e carga viral*, em vez da ausência de doenças a longo prazo.^{38 a 41} O otimismo também é rotineiro quando o autor de um artigo é, ao mesmo tempo, detentor de patentes governamentais para os medicamentos examinados.^{38, 40, 42} Metas irrelevantes, tempo de acompanhamento insuficiente e apoio financeiro da indústria que produz o medicamento também contaminam os relatórios excessivamente entusiásticos sobre os inibidores de protease recentemente publicados.^{43 a 45}

Os dados mostram que os novos antiviróticos, similares ao AZT, são altamente tóxicos e totalmente inúteis para protelar o declínio clínico.^{46 a 51} Jablonowski,⁴⁸ por exemplo, constatou que o tempo de sobrevivência para pacientes recebendo ddI era ainda menor do que para aqueles que tomavam o AZT. Assim como o AZT, os novos antiviróticos eventualmente podem “evitar a AIDS” provocando “a morte sem antes aparecer um evento definidor de AIDS.” No entanto, os médicos estão sempre mudando os pacientes para um ou mais dos novos medicamentos quando o

AZT “falha”. Novas *combinações* não testadas de medicamentos são procuradas com afinco.^{39, 52, 53} O provável resultado a longo prazo desses estudos já está previsto em um estudo combinado⁵⁴ em que a sobrevivência era mais prolongada entre aqueles pacientes que receberam pouquíssimo ou *nenhum* medicamento antivirótico. (Esse estudo é excepcional, por comparar um novo antivirótico com um placebo, em vez de compará-lo a outro medicamento).

Como os primeiros testes com o AZT, os testes com os novos antiviróticos são exercícios transparentes e cínicos destinados a legitimação desses medicamentos.** Procura-se em vão por qualquer consideração para com o assombroso histórico desses compostos. David Ho⁵⁵ no desejo de “golpear o HIV cedo e forte”, compara a rápida detecção do HIV e imediata terapia com combinações de antiviróticos com a detecção prematura e tratamento imediato do câncer de mama. Tais comentários poderiam ser encarados com mais seriedade se os clínicos envolvidos com o tratamento da AIDS tivessem acumulado o histórico daqueles que tratam do câncer de mama.

O que áreas estagnadas da medicina têm em comum

A trágica situação da pesquisa no tratamento da AIDS não é única. Quando comparada com outras áreas marcadas pela falta de progresso – alcoolismo e abuso de drogas – as semelhanças são espantosas.^{56, 57}

- ◆ Apoio e financiamento abundante por parte do público.
- ◆ O índice de sucesso do tratamento é baixo ou impossível de verificar, mas parece ser alto porque é inflacionado por altas taxas de desistência, metas não válidas e curto tempo de observação.
- ◆ Apego obstinado a formas de tratamento fracassadas.
- ◆ Pesquisa conduzida a partir de hipóteses etiológicas fracas, irrefutáveis ou que retornam sempre ao ponto de partida.

* O teste de “carga viral” não encontra nenhum vírus, mas apenas partículas de material genético que podem ser de um vírus ou não. Portanto, a carga viral é uma nova técnica sem sentido. (“Viral Load of Crap”, Paul Philpott e Christine Johnson em *Reappraising AIDS* vol 4 n° 10, outubro de 1996).

** O fabricante não é mencionado ou citado apenas como fornecedor do medicamento e de um placebo correspondente.

- ◆ Comunidade científica ampla, com treinamento limitado, que é sustentada por um sistema “paraprofissional”* de suporte e tratamento (líderes de grupos de apoio, “conselheiros”, “educadores” e outros) ainda maior.
- ◆ Pacientes vulneráveis, desesperados e desinformados demais para serem dissuadidos por uma ciência inepta, profissionais mal credenciados, conflitos de interesse e tratamentos fracassados. Presas fáceis de provas fracas e relato de fatos isolados, consideram *qualquer* medicação melhor do que nada.

Talvez haja mecanismos psicológicos similares que motivam as pessoas a tomarem tanto antiviróticos como psicotrópicos. Com ambos os tipos de medicamentos, há uma recompensa imediata e de curta duração (aumento da contagem de CD4; o “pique”) seguida de punição lenta, difusa e difícil de detectar (declínio físico; a “queda”) que, paradoxalmente, leva ao consumo cada vez maior.

Sobreviventes por longo prazo evitam medicamentos antiviróticos

Embora soropositivos saudáveis, cuja condição “não evolui”, sejam considerados raros e sortudos, é possível que sejam bem mais numerosos do que os doentes e moribundos. Os sobreviventes por longo prazo são o novo tema nas publicações e muitos comentaristas parecem perplexos por esses felizardos terem tão pouco em comum. Entretanto, uma leitura cuidadosa revela que eles têm um fator crucial em comum. Relatórios esporádicos,^{58, 59} assim como numerosos estudos científicos^{60 a 68} (as referências incluem trabalhos dos laboratórios de Anthony Fauci, principal pesquisador governamental do HIV e de David Ho) revelam que a maioria desses sobreviventes evitam os antiviróticos. É preciso procurar bem para descobrir isso: o fato é mencionado de passagem nas seções de Métodos e nunca nos títulos, resumos ou debates mais visí-

veis. O editorial de David Baltimore sobre dois desses estudos⁶⁹ nem ao menos mencionou que os sobreviventes evitam os antiviróticos. *Nenhum* desses estudos foi financiado por um laboratório farmacêutico.

É interessante, que quase todos esses estudos sugerem um papel de proteção para as células T8 e/ou fagócitos naturais nos sobreviventes saudáveis. Muitos destacam a importância de manter a imunidade através das células em vez de “golpear o HIV.” (A propósito, muitos desses estudos mostram que a carga viral nas pessoas em que a doença não evolui varia bastante e se sobrepõe à dos pacientes em que a doença evolui. Logo, o *simples fato* de alguém estar infectado pelo vírus HIV parece constituir pouco risco, a menos que a pessoa seja tratada com antiviróticos).

A procura de novas drogas anti-AIDS de *qualquer* tipo pode ser um caminho errado – assim como a procura de medicamentos para curar a dependência de drogas.** Como para as dependências, o papel correto da medicina pode estar no tratamento das *seqüelas* do problema e não no tratamento do problema propriamente dito (por exemplo, tratar a cirrose do fígado, mas não o “alcooolismo”; tratar a toxoplasmose, mas não a “infecção pelo HIV”, a causa imaginária da AIDS). Precisamos de “anti-medicamentos” e não de novas “curas.” Em vez de sobrecarregar os adicticos com antiviróticos, antidepressivos, hormônios, ervas chinesas e inibidores da protease, por que não *evitamos* simplesmente as drogas, inclusive o álcool e o fumo? Por que não *evitamos* a desnutrição e a falta de sono reparador?

Porém, não é provável que essa orientação, para que se *evitem os riscos*, seja bem aceita. A tendência de pesquisadores e clínicos é rejeitá-la, porque diminui a sua importância e porque o desenvolvimento de novos medicamentos sustenta o sistema de pesquisa da AIDS. O público tampouco vai gostar de *evitar os riscos*, porque as pessoas, de modo

* “Paraprofissionais” bem intencionadas, mas com pouco conhecimento científico, têm grande influência nas decisões sobre o tratamento. Consideram sua própria experiência atual ou anterior com a doença como treinamento suficiente. Sua reação à discordância científica honesta é freqüentemente autoritária (“*Vocês estão simplesmente rejeitando*”). Estão “ocupados demais salvando vidas” para se envolverem nas discussões dos cientistas.

** Peele⁵⁷ e Fingarette⁵⁶ dão a entender que – para quem deseja vencer a dependência de drogas e alcoolismo – as práticas médicas estabelecidas mais causam danos do que ajudam. A cura espontânea é possível, e até provável, sem tratamento psiquiátrico ou farmacológico.

geral, duvidam do poder de recuperação do organismo e estão totalmente condicionadas a resolver seus problemas de saúde na farmácia. A noção de uma “cura” mágica tem forte apelo para a imaginação, embora provavelmente seja tão falha no caso da AIDS quanto no caso da dependência de drogas.

Alternativas para “atacar as causas”

“Novas normas fisiológicas não são equivalentes às normas existentes antes do aparecimento da doença, (confirmando) o fato fundamental de que a vida não reconhece a reversibilidade. Mas, se a vida não admite a volta ao estado antigo, ela admite reparos que são realmente inovações fisiológicas... (Saúde) não é mais do que a capacidade de instituir novas normas biológicas. Significa a possibilidade de alguém adoecer e se recuperar.

Nenbuma cura é uma volta à inocência biológica. Curar-se significa receber novas normas de vida.”

Georges Canguilhem,
“The Normal and the Pathological”
 (O Normal e o Patológico).

As pesquisas querem encontrar uma cura e não admitem qualquer meio termo entre a cura e a morte (tal como uma adaptação à AIDS – “a instituição de novas normas biológicas”). A palavra *remissão* não se encontra na literatura sobre a AIDS, muito menos a palavra *recuperação*. O efeito de tal visão sobre pacientes submetidos ao tratamento vitalício com citotóxicos não pode ser bom.

Constatando que o enfoque de “ataque às causas” era infrutífero, alguns pacientes com AIDS e ativistas⁷⁰ abandonaram o estabelecimento da AIDS e aliaram-se a médicos pesquisadores independentes.^{71, 72} Livres do carreirismo oportunista e da inércia bovina da ortodoxia que envolve a AIDS, esses pesquisadores já se haviam concentrado no fortalecimento da imunidade e na manutenção de contagens elevadas de células T8 (citotóxicas) e fagócitos muito antes que esses temas entrassem na moda na literatura médica. Essa abordagem tem por objetivo estabelecer uma nova norma fisiológica (contagens elevadas de células T8 e fagócitos costumam ser consi-

deradas anormais). Não se procura restaurar um estado pré-AIDS ou pré-infecção, como acontece no caso dos tratamentos das infecções bacterianas com antibióticos. A eficácia^{71, 72} e o fundamento teórico^{12, 73 a 76} dessa abordagem têm base científica, mas não é provável que venha a ser financiada e pesquisada em testes clínicos, porque não é uma novidade e, não pode ser patenteada.

Seria uma espécie de justiça poética se esses e outros “loucos” sem qualquer verba do governo, sem apoio dos gigantes da indústria farmacêutica, e sem acesso automático ao jornal *New York Times*, sobrevivessem à AIDS por suas próprias técnicas, enquanto os cada vez mais irrelevantes, auto-aprovadores e super financiados “sábios” da instituição AIDS continuassem vagando como sonâmbulos de uma fórmula anti-HIV para outra.

Obras de referência

1. YARCHOAN R et al. *Lancet* 1(8481): 575 (1986)
2. McLEOD G X, HAMMER S M, *Ann Int Med* 117: 487 (1992)
3. Concorde Coordinating Committee. *Lancet* 343: 871 (1994)
4. POZNANSKY M C et al. *BMJ* 311: 156 (1995)
5. CHOI S et al. *Ann Int Med* 118: 674 (1993)
6. LENDERKING W R et al. *N Engl J Med* 330: 738 (1994)
7. MNNUCCI P M et al. *Brit J Haematol* 86: 174 (1994)
8. GOLDMAN A I et al. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviroe* 11: 161 (1996)
9. FISCHL MA et al. *Ann Int Med* 122: 24 (1995)
10. HAMILTON J D et al. *N Engl J Med* 326: 437 (1992)
11. DOURNON E et al. *Lancet* 2(8623): 1297 (1988)
12. BINDELS P J E et al. *J Infect Dis* 172: 97 (1995)
13. LUNDGREN J D et al. *JAMA* 271: 1088 (1994)
14. LOVEDAY C et al. *Lancet* 345: 820 (1995)
15. ODDONE E et al. *BMJ* 307:1322 (1993)
16. ROOS M T L et al. *J Infect Dis* 171: 531 (1995)
17. GOEDERT J J et al. *Lancet* 344 (8925): 791 (1994)
18. VOLBERDING P A et al. *N Engl J Med* 333: 401 (1995)

19. SIMBERKOFF M S et al. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviroe* 11: 142 (1996)
20. HEAGY W et al. *J Clin Investigation* 87: 1916 (1991)
21. TINDALL B et al. *AIDS* 7: 127 (1993)
22. MOLINA J M et al. *AIDS* 8: 27 (1994)
23. RUFFAULT A et al. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviroe* 9: 247 (1995)
24. HENRARD D R et al. *JAMA* 274: 554 (1995)
25. ZHOU X et al. *AIDS Res Hum Retroviruses* 12: 229 (1996)
26. JACOBSSON B et al. *AIDS Res Hum Retroviruses* 11: 805 (1995)
27. ANTONELLI G et al. *AIDS Res Hum Retroviruses* 12: 223 (1996)
28. CREAGH-KIRK T et al. *JAMA* 260: 3009 (1988)
29. DUESBERG P H, *Genetica* 95: 51 (1995)
30. OSMOND D et al. *JAMA* 271: 1083 (1994)
31. COOPER D A et al. *N Engl J Med* 329: 297 (1993)
32. CONNOR E M et al. *N Engl J Med* 331: 1173 (1994)
33. Anônimo, *Lancet* 344: 207 (1994)
34. PLESSINGER M A e WOODS J R, *Clin Obstet Gynecol* 36: 267 (1993)
35. LAURITSEN J, *N Y Native* 403 (7 jan 1991)
36. BRADY MT et al. *J Infect Dis* 173: 1097 (1996)
37. MITSUYA H e YARCHOAN R, *Textbook of AIDS Medicine*, BRODER S, MENGAN T C e BOLOGNESI D (Eds.) Cap. 47, Williams & Wilkins (1994)
38. YARCHOAN R et al. *Lancet* 336: 526 (1990)
39. LARDER B A et al. *Science* 269: 696 (1995)
40. AOKI-SEI S et al. *AIDS Res Hum Retroviruses* 8: 1263 (1992)
41. VAN LEEUWEN R et al. *J Infect Dis* 171: 1166 (1995)
42. NGUYEN B Y et al. *J Infect Dis* 171: 1180 (1995)
43. DANNER S A et al. *N Engl J Med* 333: 1528 (1996)
44. MARKOWITZ M et al. *N Engl J Med* 333: 1534 (1996)
45. KELLEHER A D et al. *J Infect Dis* 173: 321 (1996)
46. BOZZETTE S A et al. *JAMA* 273: 295 (1995)
47. WAINBERG M A et al. *AIDS* 9: 351 (1995)
48. JABLONOWSKI H et al. *AIDS* 9: 463 (1995)
49. SIMPSON D M e TAGLIATE M *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviroe* 9: 153 (1995)
50. SHAFER R W et al. *J Infect Dis* 172: 70 (1995)
51. SCHUURMAN R et al. *J Infect Dis* 171: 1411 (1995)
52. Veja o número inteiro de *J Infect Dis* mar 1995
53. Veja *AIDS* 8, Supl 4 (1994)
54. GOLDSTEIN G et al. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviroe* 8: 279 (1995)
55. HO D, *N Eng J Med* 333: 450, Editorial (1995)
56. FINGARETTE H, "Heavy Drinking", Univ of California Press (1988)
57. PEELE S, "The Diseasing of America", Houghton Mifflin (1989)
58. CALLEN M, *Surviving AIDS*, Harper-Collins (1990)
59. GORMAN C, *Time*, 22 mar p 49 (1993)
60. CAO Y et al. *N Engl J Med* 332: 201 (1995)
61. PANTALEO G et al. *N Engl J Med* 332: 209 (1995)
62. BUCHBINDER S P et al. *AIDS* 8: 1123 (1994)
63. MUNOZA et al. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviroe* 8: 496 (1995)
64. HOOVER D R et al. *AIDS* 9: 145 (1995)
65. HOGERVORST E et al. *J Infect Dis* 171: 811 (1995)
66. GARBAGLIA A R et al. *AIDS* 10: 17 (1996)
67. HARRER T et al. *AIDS Res Hum Retroviruses* 12: 585 (1996)
68. MONTEFIORI D C et al. *J Infect Dis* 173: 60 (1996)
69. BALTIMORE D, *N Engl J Med* 332: 259, Editorial (1995)
70. CAULFIELD C R e GOLDBERG B, "The Anarchist AIDS Medical Formulary", North Atlantic Books (1993)
71. STRICKER R B et al. *J Amer Acad Dermatol* 31: 462 (1994)
72. EPSTEIN W L e STRIKER R B, *Am J Contact Dermatitis* 8: 117 (1995)
73. SHEARER G M e CLERICI M, *Technol Rev*, junho p 23 (1995)
74. DETELS R et al. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retroviroe* 7: 1263 (1994)
75. DOLAN M J et al. *J Inf Dis* 172: 79 (1995)
76. LEVY J A, *Lancet* 345: 1619 (1995)