

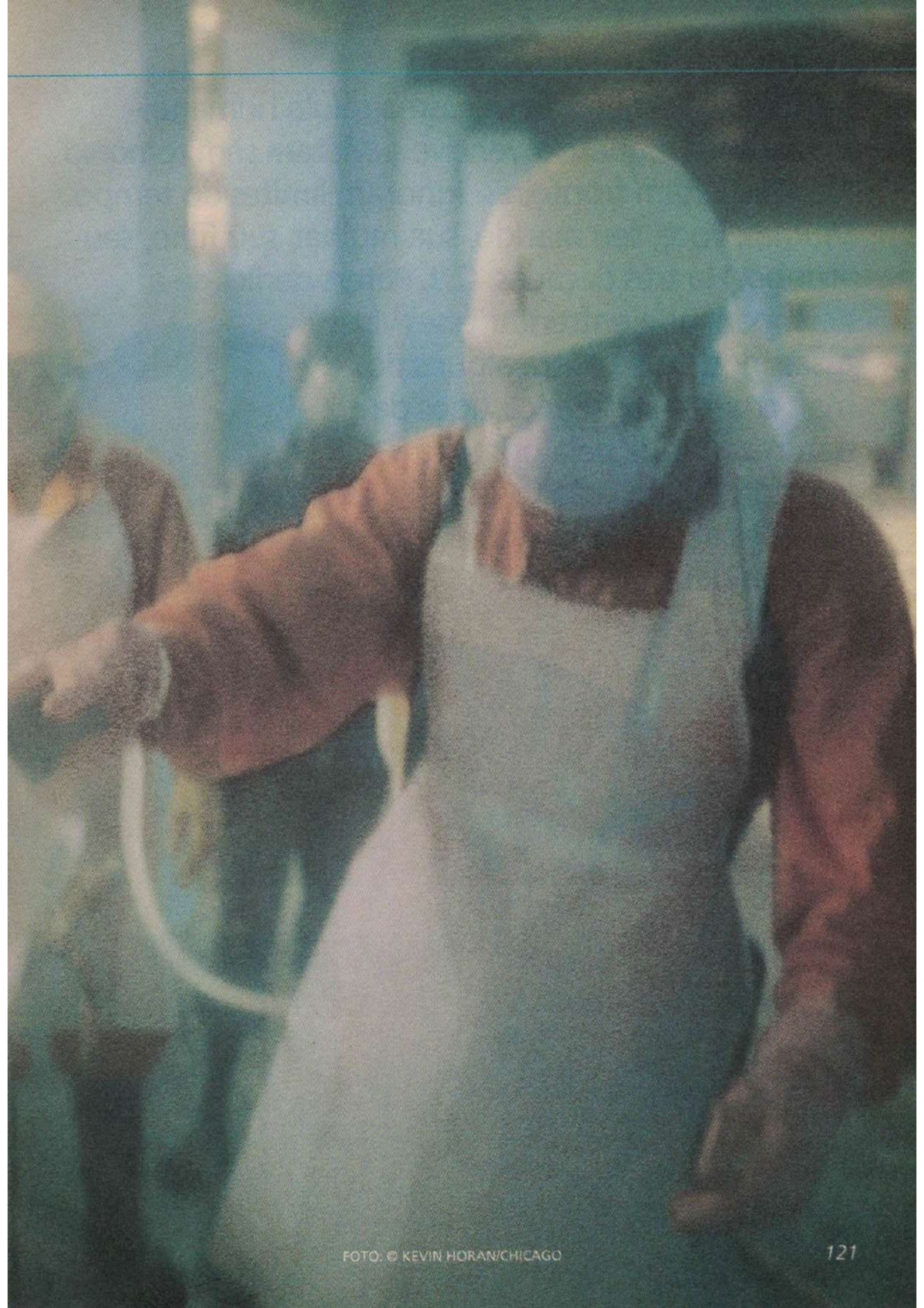
SEÇÃO DE LIVROS

# Caçador de VIRUS

C. J. PETERS E MARK OLSHAKER

*A morte ao alcance das mãos: um agente de saúde do Congo (ex-Zaire) descontamina cuidadosamente uma vítima do vírus Ebola*







Minúsculos – menores que uma célula humana –, implacáveis e quase invencíveis. Matam sem remorso. Não respeitam fronteiras. Ignoram limites do tempo. Vítimas: você, seu marido, sua mulher, seu filho, seu vizinho. Há três décadas, C. J. Peters dedica-se a acompanhar e enfrentar esses vírus assassinos. Luta contra alguns dos mais cruéis e sagazes castigos da natureza. Aqui, pela primeira vez, conta para os leitores de *Seleções* algumas vitórias e trágicas derrotas.

*C. J. Peters*





**L**EMBRO-ME daquela manhã comum de segunda-feira, novembro de 1989. Estava em meu escritório, em Fort Detrick, Maryland, preparando-me para uma reunião, quando Peter Jahrling, pesquisador sênior, veio à minha porta segurando uma pasta de papel aparentemente inofensiva. Pensei que apresentaria alguma desculpa para não ir à reunião.

– C. J., precisa ver isto – disse Jahrling calmamente. Entregou-me a pasta. Nela havia várias fotos oito por dez, tiradas através de um microscópio eletrônico. Eram grandes ampliações de células. No interior delas, algo preocupante: partículas em forma de bastão, algumas curvas na extremidade, como um cajado de pastor, e outras bizarramente retorcidas.

Como chefe da Divisão de Avaliação de Doenças do Instituto de Pesquisa em Doenças Infecciosas do Exército Americano, eu tinha a responsabilidade de distinguir moléstias comuns de moléstias raras. Quando vi as fotos, meu alarme interno começou a soar.

Jahrling esperou um minuto, depois perguntou:

– O que acha que é?

– Parece um *filovirus* – respondi, com apreensão.

O nome vinha do aspecto do vírus, semelhante a filamentos. Só havia dois tipos de *filovirus* conhecidos – Marburg e Ebola – e dos mais fatais existentes na Terra.

– De onde vem tal vírus? – perguntei.

– De Reston, Virgínia.

*Oh, não, pensei.*

Peter explicou que o veterinário da Hazelton Produtos de Pesquisa, companhia que importava macacos para estudos médicos, telefonou depois que alguns animais recém-importados começaram a morrer na quarentena. Apesar de ser comum perder animais recém-importados durante o isolamento, o grupo morreria de forma estranha e horrível, com sangramento interno incessante.

O veterinário pensou estar diante de um caso de febre hemorrágica símia, ou FHS, doença devastadora para certas espécies de macacos, e enviou amostras de tecidos dos animais mortos para nosso laboratório examinar.

Estudando o vírus no microscópio eletrônico, o microscopista, contratado há pouco tempo, Tom Geisbert, encontrou o vírus FHS, mas não foi só isso. Achou algo que parecia o vírus Marburg.

Lembrei-me de que a doença causada por aquele vírus fora relatada em cobaias, numa fábrica de vacinas em Marburg, Alemanha.

– Ligue para John White e veja o que ele pensa – ordenei. White era nosso maior especialista em *filovirus*.

Enquanto isso, não havia mais nada a fazer. Relutando, fui para a reunião. Quando voltei, quis saber a opinião de John White. Ele confirmara o que eu temia: parecia o Ebola.

Senti como se o coração tivesse parado. O Marburg era letal, mas o Ebola era ainda pior. As pessoas sangravam, hediondamente, sem parar,



enquanto os órgãos internos morriam um a um.

E agora o assassino estava solto.

## Biografia de um matador

**I**NFELIZMENTE, eu conhecia bem demais o tipo de inimigo que estávamos enfrentando. Os *filovirus* letais apareceram pela primeira vez em 1967, em Marburg, Alemanha, cidade ao norte de Frankfurt. O doutor Gustav Adolph Martini observou que um grupo de pacientes da clínica da Universidade de Marburg apresentava sintomas de gripe. O quadro evoluía para erupções na pele, olhos vermelhos, tontura, náusea, dores abdominais, vômitos e diarreia.

Martini rapidamente concluiu que não era gripe, mas algo que nunca vira antes. Com o passar dos dias, a doença agravou-se. Os corpos das vítimas sangravam por toda a parte. O sangue literalmente vazava pelos vários orifícios, e por qualquer lugar onde houvesse uma abertura cirúrgica. Os pacientes entravam em choque, devido à perda de sangue. Um em cada quatro morria.

Mais pessoas foram admitidas na clínica de Martini com o mesmo quadro. Ele descobriu que todos os enfermos trabalhavam para uma companhia farmacêutica que produzia vacinas. Os três primeiros haviam trabalhado com macacos africanos, importados para uso em pesquisas. Depois, quadros similares ocorreram em Frankfurt e em Belgrado, Iugoslávia – todos aparentemente relacionados a macacos trazidos de Uganda.

Quando o sangue simiano e as amostras de tecido foram examinados pelo laboratório da Universidade de Marburg, cientistas alemães isolaram o vírus. As partículas lembravam pequenos cajados. Era uma nova família de vírus. Ficou conhecido como o vírus Marburg.

Os surtos em Marburg, Frankfurt e Belgrado se extinguíram sozinhos. Do ponto de vista de saúde pública, foi um alívio. Do ponto de vista médico, foi preocupante e desorientador. Ali estava uma doença fatal que podia pular de espécie para espécie, o que significava terrível novidade. Decepcionando a todos, o vírus desapareceu antes que se pudesse saber o bastante a respeito dele.

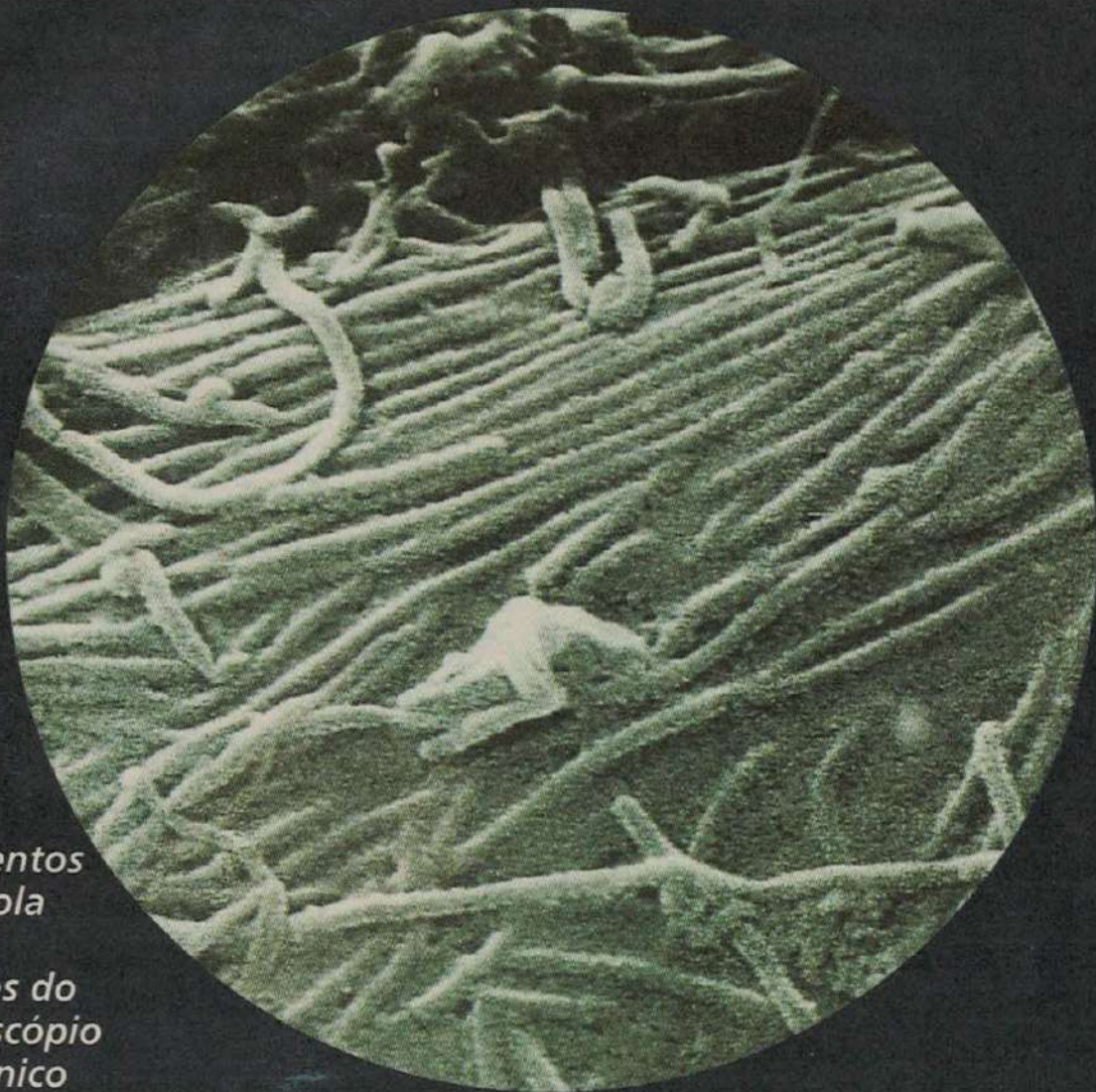
Esse foi o fim da história até fevereiro de 1975, quando o assassino reapareceu. Dois australianos, uma garota de 19 anos e um rapaz de 20, viajavam de carona pelo sul da África. Um dia, o rapaz começou a suar muito e a se queixar de dor muscular. Foi levado ao melhor hospital de Johannesburgo, África do Sul, onde morreu de choque, resultante de hemorragia interna.

Após a morte, a namorada e uma das enfermeiras que trataram dele também ficaram doentes. Através de extraordinários esforços da equipe médica, foram salvas. Os exames laboratoriais do rapaz morto detectaram o vírus Marburg, que depois desapareceu novamente.

Epidemiologistas do mundo inteiro se perguntavam: “Onde ele iria aparecer da próxima vez?”

A resposta veio em 26 de agosto de 1976, quando o professor Mabalo Lo-





*Filamentos do Ebola vistos através do microscópio eletrônico*

kela, 44 anos, foi a um hospital católico no norte do Zaire (atual Congo), queixando-se de febre. Começara a apresentar todos os sintomas clássicos do vírus Marburg, inclusive hemorragia nasal e retal.

Quando seu estado piorou, as enfermeiras tentaram tudo – antibióticos, hidratação, vitaminas. Nada adiantou. Lokela morreu cerca de uma semana depois da primeira febre. Logo ficou claro que o seu não seria o único caso. Outros começaram a vir ao hospital com sintomas parecidos e morreram de forma horrível. O pânico espalhou-se pelas aldeias vizinhas.

Quando uma equipe internacional chegou à área, a doença já se havia espalhado para 16 vilas. Os hospitais encontravam-se abandonados, com muitos dos funcionários mortos. A taxa de mortalidade era aterradora: 88%.

Quase ao mesmo tempo, espalhou-se a notícia de outra epidemia com sintomas semelhantes no sudoeste do Sudão. Ali, 53% dos afetados morreram.

Amostras de sangue e tecidos das vítimas de ambas as epidemias foram enviadas aos melhores laboratórios do mundo. Quando os resultados ficaram prontos, a comunidade científica descobriu um novo matador, que os epi-



demiologistas chamaram de Ebola, devido a um afluente do rio Congo, que corre no local onde a doença foi detectada pela primeira vez.

Um pequeno surto, porém mortal, ocorreu mais uma vez no Sudão, em 1979. Os pesquisadores surgiram com nova designação para a família: *filovirus*. Agora, havia três tipos: Marburg, Ebola Zaire e Ebola Sudão.

Os profissionais de saúde estavam desamparados. Não havia cura nem tratamento. A única esperança das autoridades era que os surtos fossem geograficamente contidos e desaparecessem sozinhos. Se um único indivíduo contaminado pegasse um avião, poderia espalhar o vírus para outras partes do mundo. As implicações seriam terríveis.

O desejo da comunidade de saúde tornou-se realidade. O Ebola sumiu durante uma década.

### Nova praga?

O ÚLTIMO lugar em que esperava vê-lo seria perto de mim, naquela segunda-feira de novembro. Se era realmente o Ebola, podíamos estar enfrentando algo nunca experimentado desde as grandes pragas da Idade Média. Pensava nisso quando fechei a porta do escritório e olhei as fotos de Tom Geisbert. Tentei reunir meus pensamentos e filtrar a estática emocional.

A pergunta-chave era: “Quem já pode estar infectado?” Nas instalações da Reston provavelmente havia pessoas que lidavam com os maca-

cos, como as de Marburg, correndo risco de contrair a doença e contagiar outras.

Minha mente disparou. Precisávamos saber quantos veterinários haviam tratado dos macacos, para onde tinham enviado as outras amostras de laboratório, e que técnicos os ajudaram.

E se o vírus se espalhasse, de uma jaula para outra, através do ar, e não por contato direto? Era uma possibilidade. Se acontecesse no mundo lá fora, seria um problema sério. “Quero este material no Nível Quatro, imediatamente”, ordenei a Peter.

Nos laboratórios de Fort Detrick existiam quatro níveis de exames biológicos, dependendo do potencial de ameaça à vida humana. O mais baixo era o Nível Um, para organismos que não causam doenças. O mais alto, o Quatro, para vírus mortais. Naquele mundo, as pessoas trabalhavam com agentes biológicos mortais, para os quais não há tratamento nem cura.

Virtualmente, todos os organismos ou toxinas que estudamos em Fort Detrick podem atacar pessoas pelo ar. Nossa primeira linha de defesa era controlar a circulação. As salas onde trabalhávamos tinham pressão negativa. Isto significava que o ar era puxado para dentro, e que qualquer microrganismo transportado seria puxado por dutos, que filtrariam as partículas perigosas.

Além disso, há duas maneiras de proteger alguém que trabalha com um vírus infeccioso transmissível através do ar. A grosso modo, uma forma é “pôr o vírus num saco”, e a outra é



“pôr o caçador de vírus num saco”. Nossos laboratórios oferecem ambas as opções.

No primeiro método, as viroses são seladas dentro de herméticos armários de aço inoxidável. Permanentemente atadas à entrada há luvas especiais, que nos permitem alcançar o interior, bem como pegar com segurança o que está no armário.

Já no segundo caso, põe-se uma capa plástica flexível para trabalhar com o material perigoso, no laboratório de Nível Quatro. Antes de mais nada, tem-se de tirar as roupas. Depois, vestir uma jaqueta estéril e luvas cirúrgicas. Por cima de tudo, um jaleco comprido, simplesmente chamado de jaleco azul. Ainda, luvas externas são presas à roupa com fita, para vedar qualquer espaço possível entre os punhos e as mãos. Por último, o capuz.

Só depois de examinar e reexaminar a vestimenta para ver se há rasgões ou aberturas, é possível entrar no laboratório de Nível Quatro.

Lá dentro, o capuz é conectado a um tipo de mangueira de ar suspensa. A princípio, o som que se ouve é o estrondo do ar filtrado correndo. Pode ser difícil conversar com o parceiro. Se tiver de falar, pode interromper momentaneamente o fornecimento de ar; uma experiência claustrofóbica.

Tive um dos dois únicos laboratórios de Nível Quatro dos Estados Unidos. Por isso, sei que manusear micróbios fatais dessa maneira é complicado. Qualquer deslize pode ser o fim. É também trabalho árduo, exaustivo. Poucas pessoas podem fazê-lo por mais de três horas seguidas.

Depois que as amostras de macacos foram para o laboratório de Nível Quatro, eu sabia que era necessário alertar as autoridades. Meus colegas e eu visitamos nosso chefe, general Phil Russell, virologista do Comando de Pesquisa e Desenvolvimento Médico do Exército dos EUA, uma das pessoas mais brilhantes e capazes com quem já tinha trabalhado.

– General – disse, asperamente – acho que isolamos o vírus Ebola em um macaco na quarentena em Reston, Virgínia. Não havia por que usar subterfúgios com a pessoa que decidiria o que fazer.

– Quem lhe disse? – perguntou ele.

– Ninguém – respondi.

Achei que primeiro devíamos ter uma estratégia coerente. Fizemos planos, e a reunião terminou com o general encarregando-me da operação. *Uma honra dúbia*, pensei.

Começamos a ligar para as pessoas imediatamente. A lista era enorme: do Centro de Controle de Doenças e do Departamento de Agricultura dos EUA, ao Serviço de Caça e Pesca, e ao Departamento de Saúde do Estado da Virgínia.

Peter ligou para o veterinário em Reston e avisou que não se tratava apenas de febre hemorrágica símia nas amostras enviadas, mas também de séria ameaça à saúde pública. Os funcionários precisavam ser extremamente cuidadosos com os animais infectados.

Lá, a situação piorava. A doença se espalhou. Além dos animais mortos em isolamento na Sala F-29, outros macacos tinham morrido na Sala H. O lugar tornara-se zona de risco,



**Armadura moderna  
contra um secular  
inimigo: proteção  
contra os germes  
mortais em ambiente  
de segurança máxima**



potencialmente mortífera como o hospital no Congo (ex-Zaire).

### **Marco zero**

**P**OUCO DEPOIS que a notícia se espalhou, recebemos uma ligação do veterinário da Hazelton querendo saber se sacrificaríamos os outros 69 macacos

infectados na Sala H. Concordei, mas antes de mandar um de meus funcionários para uma armadilha em potencial, precisava examinar o campo de batalha.

Os macacos ficavam no pavilhão de um andar, num pequeno parque industrial. Ao lado, havia uma creche; em frente, um McDonald's e um Taco Bell. *Temos um bando de crianças e*



Os macacos, selvagens e fortes para seu tamanho, eram rápidos e possuíam caninos longos e afiados. Podíamos esperar que iniciassem uma luta feroz. Alguns se encontravam indiferentes ou completamente imóveis. Não gostei.

Na manhã seguinte, bem cedo, meu grupo e eu fomos para o prédio. Chegamos em *vans* carregadas com “uniformes espaciais” de cor laranja, usados para trabalho de risco externo e, como reserva de emergência, unidades de isolamento que usaríamos para esconder alguém que desse o azar de ser infectado.

Sabia que trabalhar num espaço estreito com roupas de risco seria difícil e perigoso. Elas ficavam ainda mais volumosas pelo fato de cada um de nós ter de carregar a própria unidade de suprimento de ar. Ao contrário do laboratório de Nível Quatro, cuidadosamente destituído de objetos pontiagudos que pudessem rasgar as roupas, cada sala de macacos era cheia de riscos, considerando-se os animais, as quinas e os ganchos.

Enquanto nos aprontávamos para ir, Nancy Jaax alertou-nos sobre segurança. “Acompanhe o estado da roupa e das luvas; suas e de todo mundo. Se sujar de sangue, lave imediatamente. Se houver um rasgão e o sangue entrar, pode ser um grande problema.” Mesmo que o animal não tivesse o Ebola, teria o Herpes B, também fatal para seres humanos. Depois, ela mostrou como pôr vários metros de fita extra enrolados nas pernas, caso fosse preciso fazer um reparo de emergência nas vestes.

*duas lanchonetes bem no marco zero, pensei.*

A patologista veterinária Nancy Jaax, uma de minhas maiores especialistas em biossegurança, acompanhava-me. Encontramos os animais em longas salas, de três metros de largura, em duas filas de jaulas viradas umas para as outras. No meio, havia um corredor de menos de um metro.



Jaax era uma das poucas pessoas mais cuidadosas do que eu – e por um bom motivo. Uma vez, em 1983, rasgara a luva externa quando manuseava o Ebola. Horrorizada, verificou se a luva cirúrgica interna ainda estava intacta. Parecia inteira mas, para ter certeza, lentamente a encheu de água. Nem uma gota escapou. Ela não fora infectada.

As instruções continuaram. “Os macacos eram lutadores”, disse. “Se enfiarem os caninos em vocês, provavelmente terão de se despedir de quem amam pela janela da sala de isolamento.”

Quando os macacos nos viram entrando com roupas volumosas, ficaram loucos. Batiam nas jaulas e gritavam a plenos pulmões.

Para minimizar o risco, foram designadas duas pessoas para cada animal. Uma pegava um dispositivo especial e prendia o animal na jaula, enquanto a outra lhe injetava um anestésico geral. Quando o animal ficava inconsciente, dávamos droga para eutanásia.

Logo que cada macaco morria, pegávamos amostras dos tecidos e as lacrávamos em frascos plásticos. O corpo do animal era ensacado três vezes e posto numa caixa de segurança. Eu odiava ter de matá-los; todos odiávamos. Mas não havia escolha. Se os deixássemos viver, estariam condenados a mortes horrendas e, inevitavelmente, contagiariam outros, ameaçando mais vidas.

Enquanto trabalhávamos, Jaax levou os quatro primeiros corpos de volta a Detrick. Paramentou-se e examinou-os na segurança do Nível Quatro. Encontrou sinais do vírus Ebola

nos animais, evidência confirmada por testes posteriores. Agora sabia, sem sombra de dúvida, que o vírus começara a espalhar-se pelo prédio. Mais preocupante foi a notícia de que três dos funcionários que lidavam com os animais em Reston tinham anticorpos Ebola no sangue.

Estava claro que o vírus se difundira além das áreas de quarentena. A companhia teria de eliminar os macacos restantes, bem como descontaminar o prédio. Era decisão difícil, que levou a um apelo que nunca esquecerei. O veterinário da Hazelton disse que a companhia queria passar o prédio – e todo o risco – para nós.

“De jeito nenhum!”, foi minha primeira reação. Não aceitaria responsabilidade por um possível surto de Ebola. Porém meu chefe, o general Russell, tomou a frente e decidiu. Tínhamos de voltar.

Então, na madrugada de terça-feira, 5 de dezembro, entramos novamente no prédio dos macacos. Desta vez, para eliminar os quase 400 existentes no pavilhão.

Se matar centenas de animais inteligentes não representava uma tarefa agradável para nenhum de nós, era especialmente repugnante para os veterinários da equipe, dedicados a salvar a vida animal. No entanto, havia muitos fatores em jogo para deixá-los viver.

Quando chegamos ao prédio, rapidamente pusemos nossos capuzes e roupas, e os lacramos de forma hermética. Mesmo no frio, fazia calor dentro da roupa. Logo, todos andavam para lá e para cá, confusamente.

Dentro do lugar se instalou o caos.



Um grupo de veterinários alimentou os animais; depois começamos. A matança durou quatro exaustivos dias, reque-rendo que trabalhássemos praticamente sem parar. Como antes, estávamos em grupos de dois. Tudo ia bem, até que um macaco se soltou da jaula e se perdeu no prédio. Ter um animal raivo-so, possivelmente infectado, correndo entre nós era assustador. Durante várias tensas horas, perseguimos com bastante cuidado o animal, até prendê-lo de novo na jaula e matá-lo.

Para nossa alegria, ninguém foi ferido por uma das agulhas letais, nem mordido ou arranhado. Afinal, em 18 de dezembro, com o prédio vazio, estávamos prontos para dar prosseguimen-to à etapa final de descontaminação. Esvaziariamos o prédio e matariamos todos os microrganismos vivos.

Para tanto, espalhamos cerca de 40 frigideiras elétricas pela estrutura, der-ramamos uma mistura de formaldeído e água em cada uma, e as ligamos a cro-nômetros. Aquecida, a mistura produ-ziria gás formaldeído mortífero. Depois de afixarmos os cronômetros, vedamos todas as passagens do prédio com fita, e saímos. Ao final do dia, os organismos vivos que estavam lá dentro haviam morrido.

Os tratadores de animais de Reston que tinham desenvolvido anticorpos Ebola não ficaram doentes nem morre-ram. Por quê? Não sabíamos. As espé-cies Zaire e Reston do Ebola eram ge-neticamente quase iguais. A Reston era uma espécie que afetava animais, não pessoas.

Ficamos aliviados em saber as boas-novas. Mas, para mim, a tragédia do pa-

vilhão de macacos ainda não havia aca-bado. Conseguíamos rastrear os vírus de volta a uma companhia de criação de animais nas Filipinas, porém só até ali. Eu me perguntava: esta espécie sai-ra de lá para a África ou o vírus se tor-nara fenômeno mundial? Também sa-bia que as viroses estão continuamente evoluindo. A próxima versão que che-gasse aos Estados Unidos poderia não ser tão benigna.

Senti-me gratificado por nossa capa-cidade de analisar com rapidez o que acontecera, além de reagir e conter o vírus de forma eficaz e segura. Tinha consciência de que nunca poderíamos baixar a guarda. Nosso pior pesadelo acabara, mas apenas por algum tempo.

### **Pontos críticos**

**M**INHA VIAGEM à zona crí-tica começou num lugar bastante atípico: os cam-pos de petróleo do oeste do Texas. Vim ao mundo como Clarence James Peters Jr. – embora a maioria dos meus amigos me chame de C. J. ou de Pete – na cidade petroleira de Mid-land. Naqueles dias, havia dois tipos de pessoas em Midland, Texas: os milioná-rios, e os que, de uma forma ou de ou-tra, os serviam. Minha família pertenc-ia ao último grupo. Clarence James trabalhava numa oficina de carros.

Mesmo quando nos mudamos para Odessa, a 12 quilômetros, o petróleo fa-zia parte de nossas vidas. Era onde os perfuradores moravam.

A infância naquele local foi memo-rável. Passava lânguidos verões na fa-zenda de meus avós e, por ser filho



único, ficava sempre perto de meus pais. Mamãe e eu tínhamos ligação particularmente forte, o que fez de sua doença a experiência mais triste de minha infância.

Quando fui para o ginásio, foi diagnosticado câncer em seu pulmão. Meu pai e eu passamos dolorosos anos tentando ajudá-la a combater a enfermidade. Lembro-me do quanto ele tentou nos apoiar emocionalmente, enquanto assumia cada vez mais responsabilidades domésticas e financeiras, lutando para pagar com seu limitado salário vultosas despesas causadas pela saúde dela.

Os médicos tentaram vários tratamentos e operações, mas nada adiantou. Aos poucos ela piorava e, no meu segundo ano de ginásio, morreu. Nunca senti tanta perda e solidão.

No ano em que se foi, outra mulher importante entrou em minha vida. Foi Willie Filleman, a professora de biologia. Mulher instável, com o hábito de empurrar os óculos para cima da testa, teve profunda influência sobre meu futuro.

Como professora, era rígida. Não tinha pena de reprovar quem não fosse bom, e isso me apavorava. Eu suava tanto durante as provas que a tinta preta no alto das bancadas do laboratório saía em minhas mãos, manchando o papel.

Apesar da dificuldade, ela nos ensinou a adorar biologia, e eu me esforçava para ser bom. Um dia – não sei o que me deu coragem – fui até ela e perguntei:

– Como se conhece o tipo sanguíneo?

– Quer aprender a conhecer? – parecia satisfeita. – Há um rapaz no laboratório do hospital disposto a contratar um ou dois alunos. Vá falar com ele.

O homem era o técnico-chefe do hospital. Devido à indicação da professora Filleman, preenchi a vaga. Para um garoto de ginásio, era o máximo. Se desempenhasse bem as tarefas, estaria ajudando alguém doente. Também era diferente de trabalhar em perfuração de petróleo, o único outro emprego de meio expediente em Odessa. E quanto mais aprendia, mais gostava.

No verão seguinte, fui escolhido para um programa de ciências na Universidade Rice, Houston. Experimentei a vida universitária, sem gastar um centavo de meu pai – o que foi muito importante, pois ainda estávamos tentando pagar as despesas médicas de mamãe. Como resultado, decidi ir para a universidade e me formar em química.

Foi em Rice que percebi o desejo de ser médico. Estou convencido de que as sementes foram plantadas durante a longa doença de minha mãe, quando tive enorme contato com médicos. O fato de vê-los trabalhando exerceu grande impacto sobre mim.

Para o curso de medicina, escolhi a Universidade Johns Hopkins, em Baltimore. Aprendi, durante a residência no Texas, que sentia grande interesse por doenças infecciosas. Por isso, inscrevi-me no Serviço de Saúde Pública dos EUA (PHS, do inglês *Public Health Service*), e fui para o Instituto Nacional de Saúde (NIH, do inglês *National Institutes of Health*), onde eram feitas as melhores pesquisas do ramo. Eu não tinha, em tal momento, nenhuma idéia



de que aquele seria o começo de longa carreira no serviço público. Anos depois, ainda estaria trabalhando para o governo, no Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, do inglês *Centers for Disease Control and Prevention*).

O PHS foi criado em 1798. Sua missão é combater doenças com o mesmo tipo de recurso usado para combater um inimigo humano.

Há muito eu ouvia, fascinado, histórias de médicos que salvavam milhares de vidas com trabalho de detetive. Uma delas era a do médico John Snow, do século 19, que traçou a rota de certa epidemia de cólera em Londres a uma única bomba d'água. Ele interrompeu o surto da doença convencendo as autoridades a remover a manivela da bomba. Outra, foi a brilhante lógica e experimentação dedutiva de Walter Reed, que descobriu como os mosquitos transmitiam a febre amarela.

Nos anos 60, não havia muitos médicos interessados em enfermidades infecciosas. Naqueles dias, não era considerada uma especialidade *sexy*. Com o uso em larga escala de antibióticos e o progresso nas vacinas, muitas pessoas previram o fim das epidemias. Mesmo com minha inexperiência médica, achava isso um pouco presunçoso. O quanto eu estava certo, logo descobriria.

### Mártir da ciência

**O** PHS enviou-me para a Unidade de Pesquisa da América Central do NIH, mais conhecida como Maru (do inglês *Middle America Research Unit*).

Baseada na zona do canal do Panamá, a Maru tratava de algumas das mais letais doenças infecciosas conhecidas pela medicina da época.

Mal começara meu primeiro contrato de trabalho, em fevereiro de 1971, quando houve um surto de febre virulenta em Cochabamba, Bolívia. As pessoas ficavam doentes e morriam. Parecia a febre hemorrágica boliviana. Isto era incomum, principalmente porque os casos anteriores de febre tinham ocorrido na planície do país, e Cochabamba, terceira maior cidade da Bolívia, estava localizada no alto dos Andes.

Outra característica curiosa era a maneira como a febre se espalhava. Em outras epidemias da febre boliviana, a doença viera de roedores domésticos contaminados. Como era transmitida por animais e não por pessoas, os médicos e enfermeiras que tratavam das vítimas estavam relativamente seguros.

Mas o elemento mais ameaçador desse surto era que a doença se movia rápido de pessoa para pessoa. Tal fato sugeria que talvez ela se espalhasse como a gripe, através do ar.

A crise alcançou o auge quando um paciente que havia chegado ao hospital gravemente enfermo, com febre hemorrágica viral, infectou duas enfermeiras antes de morrer. As apostas sempre crescem quando uma doença misteriosa se alastra num hospital. Se o local faz com que as pessoas fiquem doentes, o fator medo aumenta.

Como era o único médico da Maru disponível, perguntaram-me se queria descobrir qual era a doença. Meu juvenil senso de invencibilidade falou alto.



Nunca pensei – como deveria – que podia estar me expondo à morte.

Esperando-me no aeroporto, perto de Cochabamba, estavam um representante do Ministério da Saúde da Bolívia e um sujeito alto, magro e curvado. Para minha surpresa, reconheci-o. Era Bob LeBow, ex-colega de faculdade. Bob viera à Bolívia como médico. Confiável e tranqüilo, era a pessoa ideal para se trabalhar naquelas circunstâncias.

LeBow explicou que o surto começara quando uma estudante de enfermagem local visitou a família na planície. De volta a Cochabamba, não se sentiu bem e foi internada no Hospital Elizabeth Seton. Duas semanas depois, morreu, com sangramento interno que parecia ser proveniente de febre hemorrágica.

Menos de um mês depois da morte da jovem, o pai e a tia, de 33 anos, ficaram doentes e morreram.

Os dois casos seguintes realmente me assustaram. Duas enfermeiras foram contaminadas pela estudante. A primeira tinha 29 anos e cuidara da paciente; ela morreu da febre um mês depois. A segunda enfermeira nem sequer tocou a moça, apenas ficou em pé no quarto, olhando. Felizmente, recuperou-se.

Bob e eu examinamos a situação. A cidade estava em pânico. Uma epidemia como nunca tinham visto antes. E já havia matado quatro pessoas. Precisávamos descobrir o que era – e rápido.

A primeira providência foi coletar amostras de sangue de todos os que tinham sido expostos. Até que as tivéssemos analisado, não havia nada a fazer, a não ser tentar evitar um possível

sexto caso: doutor Donato Aguilar, patologista, 32 anos, do Hospital Elizabeth Seton.

Um dos melhores amigos de Aguilar, um jovem urologista, contou-me a história de cortar o coração. Aguilar fora amigo da enfermeira morta. O urologista, que freqüentara a faculdade com Donato, ofereceu-se para ajudá-lo na necrópsia. Não queria que o amigo passasse sozinho pela experiência emocional de cortar alguém conhecido.

Depois de abrir a cavidade abdominal, Aguilar levantou um órgão para que o outro médico pudesse cortar o tecido que o prendia. Mas, quando o urologista começou a usar o bisturi, acidentalmente cortou a luva de borracha de Donato, ferindo-lhe o dedo.

De imediato, Aguilar estancou o sangue e mergulhou o dedo no formaldeído para esterilizar a abertura. Sabia que era uma exposição direta. Havia contraído o vírus fatal.

Quatro dias depois, caiu doente com febre. Fecharam todo o hospital e o removeram para um quarto particular.

Quando vi Donato pela primeira vez, encontrava-se consciente e lúcido, porém muito nervoso. Sentia fortíssimas dores musculares, estava bastante sensível e não agüentava os lençóis tocando-lhe a pele. Eu não podia imaginar seu estado mental. Ele já vira a amiga morrer, de forma terrível, da doença que agora certamente havia contraído.

*Uma pessoa sobreviveu, pensei. Donato é jovem e forte. Se é possível vencer a doença, ele conseguirá.*

Durante dias, minha única preocu-



pação era mantê-lo vivo. Entretanto, no início da segunda semana, Aguilar sangrava por qualquer parte. Havia sangue na urina, hemorragia na gengiva e até sob a pele. Onde quer que o examinássemos, sangrava. Tinha sínco-

pes e começou a apresentar problemas respiratórios. Bob e eu percebemos que devíamos ventilá-lo de imediato.

Pôr um tubo respiratório na garganta de um paciente não é tão simples como nesses programas médicos da TV.

## Próximo mês

# O nascimento da cura



Todos os recursos médicos haviam sido tentados, todas as possibilidades de transplante exploradas. Somente eles e uma criança que ainda não nascera podiam dar à filha doente a última esperança.

Fique de olho nestes e outros artigos selecionados e condensados com o que há de melhor para sua leitura.

### PAIXÃO PELA LEITURA

Os pais podem ajudar os filhos a criar e aproveitar a paixão duradoura pela leitura.

### DEUS ESTÁ OUVINDO?

Qual o verdadeiro poder das orações? Coincidência? Sorte? Ou milagre divino?

### VIZINHOS DIFÍCEIS

Conheça as melhores dicas para resolver desavenças e evitar brigas entre vizinhos.



Principalmente porque Bob e eu não tínhamos prática e o paciente estava contaminado por um vírus mortal.

Enquanto debatíamos como fazê-lo sem nos infectar, surgiu um anestesista amigo de Aguilar.

Ele ofereceu-se para ajudar. Quando o avisamos de que podia ser perigoso, respondeu: "Não me importa o risco. Somos amigos."

Ele entubou o amigo com sucesso, e este pôde respirar de novo. Infelizmente, a batalha foi perdida. Logo depois, tive de avisar à esposa que Donato falecera.

Foi declarado morto às 23h25min de domingo, 7 de março. Comecei a autópsia à 00h15min. Precisávamos dos

órgãos – o baço em particular – para isolar as viroses que estavam matando pessoas. Eu sabia que isso nos daria a mais conclusiva evidência de todas.

Terminei cerca de três horas da manhã, exausto. Ficara acordado dia e noite, mas tinha o que precisava para identificar o matador: *Machupo*, o vírus que causa a febre hemorrágica boliviana. Agora sabíamos como combater a doença: transmitido por roedores, o Machupo pode ser contido por métodos eficazes de controle de pestes. A morte de Donato não aconteceu em vão – ele nos ajudara a resolver o mistério, mas, ainda assim, não era consolo.

A perda de Donato foi um momento definitivo em minha vida. To-

## Garanta que Seleções o acompanhará!

**PARA MUDAR SEU ENDEREÇO:** Escreva para a nossa Central de Atendimento 60 dias antes de sua mudança. Cole sua etiqueta de endereçamento, com o endereço antigo, na área azul, ou simplesmente preencha os campos abaixo:

CÓDIGO DO ASSINANTE	<input type="text"/>
NOME COMPLETO	<input type="text"/>
CEP ANTIGO	<input type="text"/>

Envie este cupom para Reader's Digest  
Caixa Postal 13.750 - CEP 20217.970 - RJ

**NOVO ENDEREÇO**

RUA/Nº	<input type="text"/>
CIDADE	<input type="text"/>
CEP	<input type="text"/>
ESTADO	<input type="text"/>
TEL	<input type="text"/>

MUDANÇA DE  
**ENDEREÇO?**



dos os epidemiologistas com quem falei lembram-se do episódio nitidamente. Hoje, considero Donato Aguilar um dos mártires que deram a vida pela ciência.

## A morte espreita o oeste

**N**EM TODAS as epidemias são resolvidas com facilidade. Um de meus maiores desafios como caçador de vírus veio nos anos 90, depois de já ocupar a chefia da Divisão de Agentes Patogênicos Especiais no CDC.

Começou em maio de 1993, nos planaltos do sudoeste americano.

Um dia, uma jovem Navajo, de 21 anos, acordou com terrível dor de cabeça e febre. Dez dias depois, teve falta de ar. De repente, desmaiou. Horas mais tarde, foi declarada morta. O diagnóstico clínico foi síndrome de angústia respiratória adulta. Não fazia sentido. Ninguém tinha pista do que a havia matado.

Para aumentar o mistério da morte rápida, havia o fato de que ela apresentava excelente preparo físico, pois liderava a equipe de corrida da escola de índios de Santa Fé, Novo México.

Cinco dias depois, o noivo – corredor de 19 anos, nacionalmente conhecido – estava a caminho do funeral, quando desmaiou e morreu da mesma forma.

Uma semana após a morte da mulher Navajo, o irmão e a cunhada desenvolveram sintomas semelhantes. Ambos ficaram à morte, durante dias, até conseguirem se recuperar.

Era o tipo de acontecimento que

aterroriza qualquer médico astuto, e Bruce Tempest era um deles. Quando uma das vítimas veio à sua clínica em Gallup, Novo México, Tempest percebeu que algo estranho estava ocorrendo. Começou a falar com outros médicos, depois notificou às autoridades. Os responsáveis começaram a verificar a área, e logo descobriram uma série de mortes, ou quase mortes, inexplicáveis, com os mesmos indícios.

Os dados chegaram ao conhecimento do epidemiologista do Serviço de Saúde Indígena local, doutor James Cheek. Cherokee de 35 anos, Cheek era um médico bastante perspicaz. Chegara recentemente ao Novo México, depois de passar dois anos no CDC de Atlanta.

Como as mortes eram repentinas e envolviam os pulmões, Cheek primeiro suspeitou de que as vítimas tivessem inalado algum tipo de veneno. Os dois mais indicados eram o fosgênio e a fosfina, compostos químicos que produzem tais sintomas com muita rapidez. O gás fosgênio é usado apenas industrialmente nos Estados Unidos. A fosfina, Cheek sabia, era usada para eliminar coiotes.

Então, ele decidiu visitar o *trailer* onde morava um dos doentes. Não havia fosfina, e desde a morte da vítima, o lugar fora esvaziado. Entre os poucos itens remanescentes, descobriu fezes de ratos.

Sem usar máscara ou luvas, Cheek coletou amostras de tudo o que viu, inclusive das fezes no chão. Como não havia evidência de veneno, ligou para o CDC.

Logo os relatórios médicos chega-



ram à minha mesa. Descreviam pacientes que sofriam de febre, mialgia e prostração. Mialgia é uma dor muscular profunda, tão brutal que as vítimas da dengue chamam a doença de febre quebra-ossos. E a prostração? Geralmente significa sentir-se mal, mas desconfio que aqueles bravos índios devem ter-se sentido *realmente* mal, a ponto de procurar uma clínica.

Notei que o examinador médico do estado encontrou os pulmões dos dois corredores tão encharcados, que pesavam o dobro do normal. No estágio avançado da doença, o fluido de sangue, aparentemente, passou para o tecido pulmonar leve, tornando-o inchado e pesado. O plasma sangüíneo acumulou-se na cavidade peitoral, tornando a respiração das vítimas cada vez mais difícil – até ficarem sufocadas.

Notícias sobre a misteriosa doença espalharam-se bem rápido. Todos os povos do oeste começaram a se preocupar que os filhos, pais, cônjuges – as pessoas de quem mais gostavam no mundo – estivessem contaminados. De repente, queixas relativamente inócuas, como dor de cabeça, febre e dores no corpo, tornaram-se motivo de grande preocupação. O Centro Médico Indígena de Gallup, Novo México, examinava, diariamente, quatro vezes mais pacientes do que antes.

### Trabalho de detetive médico

**A**LGUMAS semanas após o conhecimento da primeira morte pela doença misteriosa encontrei 19 grandes es-

pecialistas do Centro Nacional de Doenças Infecciosas. Sabíamos que era preciso agir rápido. Vidas estavam em jogo. Como detetives médicos, tínhamos de começar do mesmo ponto que os detetives de homicídios: os corpos das vítimas.

Resumimos o que sabíamos. Todos os pacientes eram jovens, em geral índios americanos, principalmente residentes rurais, e morriam com os pulmões cheios de fluido. Algum desses fatores era significativo?

A parte indígena da história tornara-se importante. A mídia começou a chamar a doença de gripe Navajo. Ouvíamos relatos de Navajos sendo expulsos, como leprosos, de lojas e restaurantes. Uma escola em Los Angeles cancelou uma visita de 27 correspondentes Navajos.

Minha sensação era de que ser indígena era accidental. O mais significativo, eu achava, era que muitas das vítimas viviam em áreas rurais. Isto sugeria a possibilidade de que um animal transmitisse a doença às pessoas.

A reação dos pulmões era desorientadora. O sintoma é comum em pessoas com infecções bacterianas, ou em idosos. Não é o que se espera encontrar em pessoas jovens, saudáveis e, certamente, não em atletas.

No íntimo, achava que havia algum veneno por trás daquilo, mas se fosse uma virose, suspeitaria de *arenavirus*. Comum em áreas rurais, era transmitido por animais.

Porém, os sintomas das vítimas não eram exatamente os de *arenavirus*. Um deles que não combinava, em particular, era o imenso número de células



brancas do sangue, parte do mecanismo de defesa do corpo. Eu só conhecia um tipo de vírus que provocava, com regularidade, essa contagem de células brancas: *hantavirus*.

Havia problemas com esta hipótese também. As hantaviroses eram comumente encontradas na Ásia e na Europa, e não nos Estados Unidos. Também, a doença sempre atacava os rins, não os pulmões.

Uma última e perturbadora pergunta devia ser feita: *Podíamos estar diante de uma doença nova, por inteiro?*

Quanto mais ouvíamos falar em novos casos, mais preocupados ficávamos. Horas depois da reunião, tínhamos uma equipe de investigadores num avião para Albuquerque. Tão logo a equipe aterrissou, encontrou-se com autoridades de saúde e médicos que haviam cuidado dos pacientes. Eles planejavam entrevistar os sobreviventes e suas famílias, e rever fichas e registros de todas as vítimas.

Entretanto, medo e desconfiança iam rapidamente envenenando a atmosfera. Podiam complicar o trabalho de nossa equipe, na localização da fonte da doença. Na tradição dos Navajos, há um período de luto que dura quatro dias após a morte, até que as almas dos mortos tenham feito a jornada ao outro mundo. Isso não impedia a imprensa de tentar entrevistar famílias enlutadas ou de publicar detalhes sobre registros médicos confidenciais. Os intrusos ameaçavam arruinar a investigação, uma vez que nosso pessoal precisava fazer o mesmo tipo difícil de perguntas.

Para complicar, muitos Navajos fica-

vam bastante desconfortáveis com a idéia de fazer autópsias, pois outra crença tradicional afirma que lesar um corpo faz com que a alma do morto assombre os vivos.

Ainda bem que tínhamos do nosso lado a liderança e a habilidade diplomática do Serviço de Saúde Indígena e do Conselho de Nação dos Navajos. Eles ajudaram a concluir uma investigação médica com a qual todos concordamos. A chave para tanto foi a informação. Para obtê-la, mantivemos bocas fechadas e ouvidos abertos.

Com os anos, aprendi que talvez o maior talento de qualquer bom detetive médico seja a capacidade de escutar. Entre as pessoas mais importantes a ouvir, logo descobrimos, estavam os curandeiros da tribo.

Eles não apenas eram atentos observadores da natureza, mas também possuíam forte tradição de história oral. E contaram a nossos investigadores uma história fascinante e, definitivamente, inestimável.

Seus antepassados já tinham visto a peste antes, insistiam. Sempre chegava quando havia uma safra excepcional, longa e rica de pinhão. Isso só aconteceria três vezes nos últimos cem anos. Em geral, as grandes sementes comestíveis da árvore – também chamada pinha – só aparecem alguns meses no ano. Porém, nos três casos, elas cresceram praticamente o ano todo.

Com o grande número de pinhas, os curandeiros observaram, sempre havia aumento da população de ratos que as comiam. A resposta ao quebra-cabeças ainda não estava clara, mas pelo menos começávamos a juntar as peças.



## Cascos de zebra

**E**NQUANTO nossa equipe coletava informações, eu estava de volta ao CDC para dirigir a outra parte da operação, estudando os milhares de amostras de tecidos das vítimas. Estava convencido de que, em algum lugar naquela montanha de dados, havia pista para o que deixava as pessoas doentes.

Mantinha a equipe trabalhando sem parar, pedindo-lhes que testassem as amostras contra tudo o que podíamos imaginar – vírus, bactérias, até venenos. Então, tarde da noite, em 3 de junho, fui visitar os técnicos para ver como ia o trabalho. Eles haviam gasto dias, examinando as amostras de sangue dos pacientes, e procurando alguma semelhança com o banco de vírus que tínhamos arquivado.

Ainda sem querer abandonar uma de minhas primeiras suspeitas, pedi a uma técnica que fizesse testes para *arenavirus*. Solicitei depois informações acerca dos resultados.

– Negativos – respondeu.

Então, perguntei sobre minha outra suspeita, *hantavirus*.

– Positivo.

Corri para a outra técnica, que fazia uma bateria de provas diferentes. Perguntei se havia checado *hantavirus*.

– Ainda não – respondeu.

– Certo – disse eu –, mas faça-o assim que puder.

Na manhã seguinte, o resultado estava em minha mesa: positivo para *hantavirus*.

A única dúvida agora era: *seria possível?* Mais comum na Ásia, o *hantavi-*

*rus* não era um micróbio esperado na América do Norte. Eu me lembrava de um velho adágio da medicina, algo assim: *Coisas incomuns não acontecem. Portanto, quando ouvir falar em cascos de zebras, pense em cavalos, não em zebras.* Mas no momento parecia que tínhamos o equivalente médico a zebras.

Eu sabia que fora o exército americano o primeiro a ter conhecimento dos *hantavirus*, durante a Guerra da Coreia. Tipicamente, seus sintomas são febre alta, dores no corpo, fraqueza e insuficiência renal. Mais de 2.500 soldados americanos adoeceram e 121 morreram entre 1950 e 1953.

Também sabia que, como tantas doenças “novas”, o *hantavirus* na verdade já existia há algum tempo. Os chineses haviam descrito uma enfermidade semelhante em 960 DC; cientistas o observaram na Rússia em 1913, e pesquisadores japoneses e russos o qualificaram como um surto similar ocorrido na Manchúria e na Sibéria, na década de 30. Só em 1978 um pesquisador coreano e um americano finalmente isolaram o vírus. Chamarão de vírus Hantaan, por causa do rio Hantaan, perto do qual foi identificado. (Como os países e as cidades não gostam de ser associados a uma doença, os vírus geralmente recebem nomes de acidentes geográficos.)

Os resultados do teste levaram-me e a meus companheiros cientistas a um dilema. Nos Estados Unidos nunca houvera registro de surto de *hantavirus*. Então, quais as chances de um vírus da Ásia vir parar numa região a milhares de quilômetros de distância?



Cuidadosamente, mostrei os resultados aos colegas. A reação foi cética: *hantavirus* causa problemas nos rins, não problemas respiratórios; e não deveria aparecer nos Estados Unidos.

Era imperiosa a rápida resolução do problema. Havia mortos, e a doença não apresentava sinais de desaparecimento. Eu sabia que virologistas moleculares podiam seqüenciar o código genético de um vírus, identificando-o como a impressão digital de uma pessoa. É a ferramenta mais precisa que temos em nosso arsenal de estudos. Com alguma sorte e muita habilidade, poderíamos obter a informação genética que identificaria definitivamente o vírus.

Nosso ás no assunto era Stuart Nichol, chefe da biologia molecular. Havia poucos, se houvesse, virologistas moleculares melhores. Além disso, Stuart era meticuloso. O que encontrasse seria conclusivo. E ele achou evidência definitiva de que havia *hantavirus* no tecido das vítimas do oeste. Porém, era um tipo diverso, nunca visto antes. *Não era de espantar que os sintomas fossem diferentes*, pensei.

Por fim, chamamos a doença de síndrome pulmonar de *hantavirus*, para distinguir da hantavirose que afetava os rins. Assim que tivemos certeza de que se tratava de *hantavirus*, soube-mos como era transmitido. A doença é transmitida por roedores através de urina e fezes, misturadas a poeira, quando tocadas e inaladas.

Ao chegarmos a esta conclusão, também percebemos que Jim Cheek, que nunca desenvolvera a doença, ti-

vera imensa sorte de sobreviver ao exame do *trailer* da vítima.

Meu primeiro instinto foi gritar “bingo!” Em vez disso, pedi a todos que fizessem os testes mais uma vez. Era preciso ter certeza. Se estivéssemos errados, a confusão seria terrível, e o dano à credibilidade do CDC, enorme.

Mostramos os resultados dos testes a especialistas na doença, que disseram: “Parece *hantavirus*.” Foi quando o anunciamos ao mundo.

O passo seguinte foi tratar a doença. Como os vírus, ao contrário das bactérias, não reagem a antibióticos, tomamos outras medidas. Utilizamos a única arma médica disponível – uma droga antivirótica experimental chamada ribavirina.

Também era necessário controlar a fonte. Um grupo formado pelo CDC, a Nação de Navajos, o Serviço de Saúde Indígena, e caçadores de animais, protegidos com máscaras, óculos, luvas e capas, enfrentou calor de mais de 40 graus e foi a todos os lugares onde tinham sido relatados casos de doença ou morte.

Eles pegaram os roedores e coiotes que puderam. Não apenas descobriram o *hantavirus*, mas também concluíram que o camundongo comum, bonitinho como aparece num filme de Disney, era o maior transmissor. Os curandeiros Navajos estavam certos.

Usando combinação de pesticidas e injeções de ribavirina, gradualmente, o número de casos diminuiu. Com a ajuda do CDC, os departamentos de saúde do estado distribuíram panfletos, cartazes e vídeos, mostrando como



evitar a contaminação. E, com o que aprendemos dos idosos Navajos, sabíamos que no futuro poderíamos alertar as pessoas contra infestações de roedores.

Em novembro de 1993, tivemos uma reunião em Albuquerque, onde formalmente anunciamos o isolamento do vírus. Logo descobrimos que nossa idéia de chamar a nova doença de vírus dos Quatro Cantos – devido à área do surto, encontro de quatro estados – causava preocupação. Os Navajos se opunham porque a área estava associada à sua reserva.

Preparei nova lista de outros possíveis nomes e a enviei à diretora de saúde de Nação de Navajos. Ela não respondeu à carta. Parecia uma indicação de que as sugestões não foram bem-vindas.

Enfim, comuniquei-me com a diretora de saúde e disse: “Preciso registrar o vírus, e para isso tenho de lhe dar um nome. O que acha de vírus do Canyon Muerto?” Era um acidente geográfico perto do lugar onde as primeiras pessoas haviam morrido. Ela explicou que a aprovação teria que vir do Conselho de Nação de Navajos.

Assim, em janeiro de 1994, submetemos o nome: Canyon Muerto. E em pouquíssimo tempo começou a confusão novamente. O Serviço do Parque Nacional não gostou, tendo em vista o fato de existir um lugar chamado Canyon del Muerto no Arizona: a associação com um vírus mortal podia ser ruim para o turismo. Grupos de nativos americanos também não gostaram, pois Canyon del Muerto fora o local de um massacre Navajo.

Depois de estudar outras possibilidades, pensamos num nome com o qual todos pudessem conviver. O Conselho de Nação de Navajos aprovou-o com unanimidade.

O nome? *Sin Nombre*, ou o vírus Sem Nome. Para o assassino sem nome.

COMO TUDO O MAIS em saúde pública, a guerra contra esses inimigos microscópicos não acabou. Se minha carreira de 30 anos como caçador de vírus me ensinou algo, foi que sempre há curvas perigosas e fatais quando menos esperamos. Ganhamos terreno, mas a natureza sempre parece se adaptar. E assim as batalhas continuam.



### ***Azeitonas preciosas***

NUM SÁBADO, QUANDO ÉRAMOS namorados, meu marido e eu convidamos alguns amigos para uma sessão de vídeo e pizza na casa da mãe dele. Quando a pizza chegou, ele insistiu em que o acompanhasse à cozinha para ajudar a servir. Abrindo a caixa, vi uma mensagem escrita com azeitonas pretas: ‘Desiree, você quer se casar comigo?’ No lugar do pingo do i em meu nome havia uma reluzente aliança de brilhantes.

Desiree Martinez





# ENTRE ASPAS

A música é uma revelação superior à filosofia.

Beethoven

Sentir falta de algo para se sentir importante é praticamente a maior desgraça que um homem pode ter.

Arthur E. Morgan

Sempre acreditei que as dificuldades desaparecem quando são enfrentadas com firmeza.

Isaac Asimov, Foundation (Doubleday)

Um verdadeiro amigo é aquele que desculpa nossas falhas e tolera nosso sucesso.

Doug Larson, United Feature Syndicate

Uma linguagem diferente é uma visão da vida diferente.

Federico Fellini, citado por Mary Cantwell em *New York Times*

Tenho um pedido a fazer: que nunca possa usar a minha razão contra a verdade.

Elie Wiesel, citando a oração de um rabino hassídico

Felicidade é mostrar a uma criança aquilo que uma vez nos deu prazer; descobrir o prazer dessa criança adicionado ao nosso.

J. B. Priestley

O verdadeiro amor não tem dono; ambos os parceiros obedecem.

Alejandro Casona, em *Los árboles mueren de pie*

O problema de se morar sozinho é que é sempre a nossa vez de lavar a louça.

Al Bernstein, em *National Enquirer*

Embora seja difícil encontrar um original, é fácil reconhecê-lo.

John L. Mason, *An enemy called average* (Honor Books)

A bondade é mais importante que a sabedoria, e ter a noção disto é o princípio da sabedoria.

Dr. Theodore Isaac Rubin, *One to one* (Viking Penguin)

Creio na prática da prudência, pelo menos uma vez a cada dois ou três anos.

Molly Ivins

Qualquer pessoa desprovida de senso de humor está à mercê de todos.

William Rotsler