

Anexo 1 – Cronologia/ Evolução histórica da infecção VIH/SIDA

Existem diversas teorias acerca da origem exacta do VIH humano e da forma como este se propagou pelo mundo, atingindo o actual estado de epidemia. De acordo com Ventura e Pires (2005), as principais datas são as que em seguida se apresentam.

1930	Crê-se que foi neste ano que ocorreram as primeiras infecções, em África, via transmissão inter-espécies entre chimpanzés e humanos [14]. Julga-se que caçadores africanos de símios terão contraído o vírus, após contacto do sangue de símios com feridas. O vírus ter-se-á então espalhado nas regiões rurais, tendo depois migrado para as cidades africanas na década de 60.
1980	Casos, na altura inexplicáveis, de doenças oportunistas surgem em homossexuais nos Estados Unidos, nas cidades de San Francisco, Los Angeles e Nova Iorque. Foram publicados artigos que associavam a infecção apenas aos homossexuais, afirmando que a doença estaria restrita a este grupo de pessoas, tendo sido por isso ignorada pela comunidade americana em geral.
1981	O Jornal Morbidity and Mortality Weekly Report, da agência epidemiológica federal Americana publica o primeiro anúncio oficial acerca da nova epidemia, sobre a ocorrência de cinco casos graves de pneumonia. Os doentes eram jovens, homossexuais e o diagnóstico era o mesmo para todos eles. A explicação inseria-se no contexto de uma acentuada deficiência imunitária [15].
1982-1983	Notificados ao CDC um total de 452 casos em 1982, e em Novembro de 1983 esse número atingiu os 2803 casos. Aparecem os primeiros casos de transmissão mãe-filho, toxicodependentes e de transfusão de sangue, pelo que a sociedade começa a ganhar consciência da infecção, cuja causa seria seguramente um agente infeccioso, que se transmitia por via sexual e sanguínea. Paralelamente aos casos notificados nos Estados Unidos, foram surgindo situações similares na Europa (Reino Unido, Dinamarca, Bélgica, Alemanha e França) e em países da África Central. Pelo facto de se ter verificado que a doença causava imunodepressão

	<p>profunda foi denominada de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA.</p> <p>Surgem no mês de Outubro, em Portugal, os primeiros casos de infecção por VIH (Mauch, 2009).</p>
1985	<p>Aparece o primeiro teste de diagnóstico serológico da infecção, pela pesquisa de anticorpos. No final deste ano foram notificados à OMS cerca de 20.300 casos provenientes de vários países.</p> <p>Luc Montagnier, do Instituto Pasteur de Paris (França), descobre o LAV (<i>Lymphadenopathy Associated Vírus</i>), e dessa forma o agente causador da doença através do isolamento do vírus num gânglio cervical de um doente. A descoberta do vírus é também atribuída a Robert Gallo, do Instituto de Virologia Humana da Universidade de Maryland (Estados Unidos), que isolou um retrovírus semelhante, e que designou por HTLV – III (Human lymphotropic vírus III), tendo demonstrado que o vírus era realmente o causador da SIDA e não apenas mais uma doença oportunista. O vírus passou então a ser designado pela sigla LAV/HTLV-III (Volderding).</p>
1985	<p>Ministério da Saúde português cria o Grupo de Trabalho da SIDA;</p> <p>Quanto aos primeiros casos de SIDA em Portugal, pensa-se que o vírus terá sido contraído durante a guerra colonial na Guiné-Bissau, nas décadas de 60 e 70.</p>
1986	<p>A Comissão Internacional de Taxonomia Vírica uniformiza a denominação do retrovírus recém-descoberto LAV/HTLV-III para VIH.</p> <p>O CDC propõe pela primeira vez os critérios clínicos que permitem definir os diferentes estadios da infecção e eventos oportunistas associados.</p> <p>O prognóstico dos doentes estava fundamentalmente dependente do tempo decorrido entre a seroconversão e estágio imunológico à data do diagnóstico, sendo que quanto menores as defesas, quantificadas pelo número de células CD4, menor a probabilidade de sobrevivência.</p>

1987	<p>Notificados à ONU 43.880 casos em 91 países.</p> <p>Surge o primeiro medicamento antiretrovívrico para o VIH-1, com base na azidotimidina (AZT; zidovudina), substância que parecia ter acção sobre a transcriptase reversa do VIH.</p>
1989	<p>Um total de 145 países notificou 142.000 casos de SIDA. O número estimado de infectados com o VIH era de 5 a 10 milhões de pessoas.</p> <p>Um estudo demonstrou que a utilização do AZT apresentava benefícios clínicos significativos nos infectados, tal que este tratamento foi alargado a um grupo cada vez maior de doentes. Foi comercializado sob a designação comercial de <i>Retrovir</i>.</p> <p>Em Portugal é determinado que o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge seja o laboratório central de referência no âmbito da SIDA.</p>
1990	<p>Mais de 307.000 casos de SIDA notificados oficialmente à ONU.</p> <p>Surgem novos inibidores da transcriptase reversa (didanosina - ddI, e zalcitabina – ddC – em doentes intolerantes ao AZT).</p> <p>Surge também o conceito de terapia dupla (combinada) no tratamento da infecção, tal que em doentes em estado avançado da doença e com sinais de padrão imunológico desfavorável foi aprovada a utilização simultânea de ddC e AZT).</p> <p>Em Portugal, o Grupo de Trabalho da SIDA passa a designar-se por Comissão Nacional de Luta Contra SIDA.</p>
1993	<p>Autorizada pela FDA a utilização compassiva de uma nova substância, a lamivudina (3TC), embora a sua aprovação só se viesse a verificar em 1995.</p> <p>O número de casos notificados à ONU ascendia aos 985.119. O número estimado de casos de SIDA era superior a 2,5 milhões e o número de infectados pelo VIH superior a 14 milhões de pessoas.</p> <p>Foi actualizada pelo CDC a lista de critérios definidores de SIDA.</p>

<p>1995</p>	<p>O CDC anunciou que, nos Estados Unidos, a infecção por VIH/SIDA era a principal causa de morte entre os 25 e os 44 anos de idade.</p> <p>Foi demonstrado o benefício da terapêutica antiretroviral dupla vs a monoterapia.</p> <p>Aprovada uma nova substância (saquinavir), um fármaco pertencente a uma nova classe terapêutica – inibidor da protease, considerado mais potente que os inibidores da transcriptase reversa. Estava criada a possibilidade de utilizar a terapêutica tripla.</p>
<p>1996</p>	<p>Aprovada nova substância (nevirapina). Neste ano tornou-se possível quantificar a carga vírica, uma informação importante na determinação do risco de progressão da doença.</p> <p>A terapêutica antiretroviral altamente potente aumentou a sobrevivência dos doentes de tal forma que se chegou a afirmar que a SIDA poderia transformar-se numa doença crónica. Ainda assim, tem-se a consciência de que esta terapêutica está associada a efeitos colaterais e interações medicamentosas, sendo de difícil adesão.</p> <p>A SIDA passa a ser uma doença do ambulatório, em que o internamento hospitalar só se torna necessário em condições particulares de agravamento da situação clínica do doente.</p> <p>A ONUSIDA estimou em 23 milhões o número de infectados pelo VIH, sendo que 3 milhões constituíram novos casos desse ano.</p>
<p>1997</p>	<p>Notificado nos Estados Unidos um decréscimo acentuado no número de mortes por SIDA. Para além da boa notícia para os infectados, surge a preocupação inerente do maior número de pessoas a viver com o vírus.</p> <p>Aquele declínio na mortalidade não se verificou nos países não desenvolvidos ou em desenvolvimento. Essa situação é particularmente complexa na África Subsariana, em alguns países da Ásia e da América Latina, cujo futuro estava (e continua a estar) ameaçado pelo facto da doença afectar a geração em idade activa.</p>

<p>1998</p>	<p>Primeiro ensaio clínico em voluntários humanos para uma vacina.</p> <p>É aprovada mais uma substância para o tratamento da doença – efavirenz.</p> <p>De acordo com o relatório anual da ONU, a SIDA tinha-se tornado na quarta causa de morte a nível mundial...vinte anos após o início da infecção;</p>
<p>1999 – 2003</p>	<p>– Surge um análogo inibidor da transcriptase reversa: o tenofovir. É também aprovado o enfuvirtide (T-20), inibidor da fusão.</p> <p>Resistências aos antiretrovíricos. O desenvolvimento de mecanismos de resistência pelo vírus a determinados fármacos, particularmente em regimes supressivos, limita a durabilidade de um tratamento e as opções futuras, o que apenas pôde ser controlado mediante testes de sensibilidade.</p> <p>Constata-se que a HAART não suprime por completo a replicação viral. O doente pode ter cargas víricas indetectáveis no sangue mas ainda existem vírus nos reservatórios.</p> <p>A adesão à terapêutica revela ser fundamental no sucesso do tratamento. Em relação a outras doenças crónicas, em que uma adesão de 80% é considerada boa, no caso do VIH/SIDA eleva-se para acima de 95% para conseguir alcançar-se o objectivo terapêutico.</p> <p>Crê-se que apenas 7% dos doentes a nível mundial têm acesso a medicamentos retrovíricos. Existe um grande fosso no controlo da epidemia entre os países desenvolvidos dos Estados Unidos e da Europa Ocidental e os países não desenvolvidos. Alguns laboratórios produzem genéricos daqueles medicamentos. Urge apostar na prevenção pois mesmo que todos tivessem acesso à terapêutica a infecção não é eliminada.</p>
<p>2004</p>	<p>Existem cerca de 20 fármacos no mercado, de cinco classes diferentes, proporcionando um tratamento em associação, de forma a impedir ou atrasar o desenvolvimento de resistências.</p>

2005	<p>A infecção VIH/ SIDA é patologia de declaração obrigatória em Portugal;</p> <p>A CNLCS foi extinta e integrada no Alto Comissariado da Saúde. As atribuições da CNLCS são então asseguradas pelo Coordenador Nacional para a Infecção VIH/SIDA;</p>
2006-2008	<p>Em Portugal foram notificados 34.888 casos de infecção VIH/ SIDA. Mais de 85% das grávidas com VIH estavam sob terapêutica antiretroviral e mais de 96% das grávidas tinham feito pelo menos um teste durante a gravidez ou no parto. Tal resultou na diminuição da taxa de incidência na transmissão do VIH da mãe para o filho, abaixo dos 2%.</p> <p>Cerca de 33 milhões de pessoas estão infectadas pelo VIH, em todo o mundo.</p>