

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA  
DO BRASIL (CPDOC)**

Proibida a publicação no todo ou em parte; permitida a citação. A citação deve ser fiel à gravação, com indicação de fonte conforme abaixo.

TANURI, Amilcar. Amilcar Tanuri (depoimento, 2013). Rio de Janeiro, CPDOC/Fundação Getulio Vargas (FGV), (0h 40min).

Esta entrevista foi realizada na vigência do convênio entre UNIVERSITY OF SYDNEY e AUSTRALIAN RESEARCH COUNCIL. É obrigatório o crédito às instituições mencionadas.

**Amilcar Tanuri  
(depoimento, 2013)**

Rio de Janeiro

2022

### ***Ficha Técnica***

***Tipo de entrevista:*** Temática

***Entrevistador(es):*** João Marcelo Ehlert Maia;

***Levantamento de dados:*** João Marcelo Ehlert Maia;

***Pesquisa e elaboração do roteiro:*** João Marcelo Ehlert Maia;

***Técnico de gravação:*** Ninna Carneiro;

***Local:*** Rio de Janeiro - RJ - Brasil;

***Data:*** 18/12/2013 a 18/12/2013

***Duração:*** 0h 40min

Arquivo digital - áudio: 1;

Entrevista realizada no contexto do projeto “Global Arenas of Knowledge”, desenvolvido pelo CPDOC em convênio com a University of Sydney e financiado pelo Australian Research Council, entre agosto de 2013 e dezembro de 2015. O projeto visa, a partir dos depoimentos cedidos, a produção de artigos acadêmicos e paper em congressos.

***Temas:*** África; AIDS(doença); Atividade acadêmica; Atividade profissional; Bolsas de estudo e de pesquisa; Carreira acadêmica; Centros de pesquisa; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Cooperação internacional; Doenças; Farmácia; Formação acadêmica; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ); Medicina; Ministério da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Pesquisa científica e tecnológica; Pós - graduação; Universidade de Columbia; Universidade Federal do Rio de Janeiro;

## *Sumário*

Entrevista: 18/12/2013 Graduação em medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); bolsa de iniciação científica no Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF), na área de genética bacteriana; estágio no laboratório do professor Darcy Fontoura de Almeida; no mestrado trabalhou com Doença de Chagas; em 1984 estágio na Wellcome Foundation, em Londres, onde entrou em contato com virologia; trabalhou com febre aftosa; em 1990 começou trabalhos sobre o Vírus da imunodeficiência humana (HIV); trabalhos sobre o vírus da anemia infecciosa equina; em 1991 iniciou uma ligação com o Center for Disease Control and Prevention (CDC), em Atlanta; em 1995 fez o ano sabático no CDC; em 1994 começou a ajudar o Programa Brasileiro de AIDS, com a doutora Lair Guerra de Macedo; pesquisa conjunta com o CDC sobre a variabilidade genética do vírus no Brasil; especialização para saber como o vírus ficava resistente às drogas; criação de laboratório NB3, no Fundão; em 2003 pediu licença da universidade e foi contratado pelo CDC para fazer parte da campanha mundial da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), feita pelo governo americano para aumentar o número de pacientes tratados na África; em 2003 começou a trabalhar no Global Aids Program e morar em Atlanta; desenvolvimento de laboratório para o diagnóstico das crianças que são nascidas de mãe HIV; fim da licença na UFRJ e volta para o Brasil; em 1997 o laboratório começou a trabalhar com o Ministério da Saúde; convênio entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Fundão para testes de medicação; empréstimos do Banco Mundial para investigação e tratamento de HIV; divulgação em meios não acadêmicos; intercambio com África, através do Pró-África, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); publicação de artigos; research associate da Columbia University; interação internacional; coordenador da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), na área de ciências biológicas e médicas; consultor desde 1996 no programa de AIDS do Ministério da Saúde; controle de qualidade da carga viral; laboratório credenciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS); terapia com Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para prevenir o HIV; pequenas máquinas para teste rápido de carga viral.

*Entrevista: 18/12/2013*

J.M. – Professor Amilcar, obrigado pela sua presença. A gente sempre começa perguntando para todo mundo o início da trajetória acadêmica e, mais especificamente, como essa trajetória se relacionou ao campo de pesquisas de HIV, etc.

A.T. – Bom, eu fiz a minha graduação em medicina, na UFRJ. Desde antes do vestibular me interessava muito a parte científica, então, quando eu entrei na medicina eu fui logo fazer um estágio. Na época já existiam, pelo CNPQ, as bolsas de Iniciação Científica e eu me engajei no Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho na área de genética bacteriana. Logo no primeiro ano de medicina eu comecei a fazer estágio e desde de então eu segui uma área muito mais de pesquisa. Fiquei engajado no laboratório do professor Darcy Fontoura de Almeida e trabalhei com ele nessa área até o fim da minha graduação, em 82. Eu nem segui a parte de residência, já fui direto para pesquisa, fui fazer mestrado, trabalhei no mestrado com Doença de Chagas – trypanosoma cruzi – e logo após a minha defesa de mestrado eu comecei a me interessar pela parte de vírus. Em 84, eu fui para a Inglaterra fazer um estágio na Wellcome Foundation, em Londres, na área de biologia molecular e lá eu comecei a entrar em contato com a virologia. Quando eu voltei comecei a trabalhar com vírus animais, primeiro eu trabalhei com febre aftosa – um certo tempo – e logo depois, em 90, eu comecei a trabalhar com HIV.

J.M. – E o que te levou, especificamente, para o HIV?

A.T. – Acho que foi uma trajetória natural porque eu já vinha trabalhando com um vírus animal parecido com o HIV que é o vírus da anemia infecciosa equina e que afeta os cavalos lá do pantanal – é uma doença transmissível. Aí eu comecei a trabalhar com esse vírus e foi uma combinação de acasos que me levou ao CDC em Atlanta. Talvez, tenha sido mais a questão de orientação, eu orientava um aluno que acabou indo para o CDC e criou uma ponte entre a gente – a divisão de Aids do CDC e o nosso laboratório. Começou em 91, por aí, desde então a gente mantém essa ligação com o CDC. Eu fui fazer o meu sabático em 95, fiquei no CDC em 95 e 96. Antes mesmo de ir, em 94, eu já comecei a ajudar o Programa Brasileiro de Aids, com a doutora Lair Guerra de Macedo.

J.M. - O seu aluno já desenvolvia um doutorado sobre o tema?

A.T. – Desenvolvia um mestrado no tema.

J.M. – Nessa altura o senhor já estava orientando.

A.T. – Já. O meu primeiro trabalho em HIV foi em 95.

J.M. – Depois do sabático.

A.T. – Não, antes um pouco. Eu já tinha publicado em 95 e desde então eu venho publicando na área com uma certa regularidade.

J.M. – Como funcionava essa parceria com o CDC, tinha uma pesquisa conjunta ou era mais episódico?

A.T. – Tinha uma pesquisa conjunta que era estudar a variabilidade genética do vírus no Brasil. Aqui no Brasil circulam variantes do HIV1 diferentes da América do Norte, então a gente fazia esse estudo aqui. Depois eu fui derivando para outras colaborações também, não apenas com o CDC. O embrião foi o CDC, a gente mantém até hoje, mas nós temos colaborações com a Universidade da Califórnia em São Francisco e em Davis. Eu acho que a área de HIV é muito cosmopolita, as cooperações entre grupos é muito intensa e é muito fácil também. Em 94 eu comecei a ir em congressos internacionais, principalmente o congresso de Aids americano ...

J.M. – Que você diria que é o principal?

A.T. – É. Depois tem os pequenos nas nossas áreas. Depois do CDC eu comecei a me especializar muito em saber como que o vírus ficava resistente às drogas, depois eu fui descambiando para outras coisas, como fazer testes com as drogas para ver se o vírus resistia às drogas ou não no laboratório. A gente conseguiu criar no Fundão um laboratório NB3, que é de segurança para poder cultivar o HIV.

J.M. – Em que ano vocês criaram?

A.T. – Isso foi em 96, quando eu voltei.

J.M. – Tinha algum financiamento do CDC ou era basicamente interno?

A.T. – Não, foi brasileiro. O único dinheiro do CDC que o laboratório recebeu – e é muito grande – foi para um trabalho de assistência a África lusófona.

J.M. – Quando começou esse projeto?

A.T. – Começou em dois mil e pouco. Em 2003 eu pedi licença da universidade e fui contratado pelo CDC. Foi o início da campanha mundial de Aids feita pelo governo americano para aumentar o número de pacientes tratados na África, então, no ano de 2003 eu comecei a trabalhar no Global Aids Program e fui morar em Atlanta - fiquei três anos lá.

J.M. – Como era o seu trabalho?

A.T. – Basicamente, eu ficava a maioria do tempo viajando para a África, organizando laboratórios nos países para dar apoio ao tratamento. Trabalhei em vários países: Moçambique, Ruanda, Botswana, África do Sul, Etiópia, Nigéria. Então, eu andei bem lá.

J.M. – Era basicamente o tratamento ou você também ajudava a montar times de pesquisadores?

A.T. – Não, era mais o trabalho assistencial. Em Atlanta eu ficava ajudando a fazer pequenas pesquisas para implantar os tratamentos. Por exemplo, a gente desenvolveu todo um laboratório para o diagnóstico das crianças que são nascidas de mãe HIV; tinha que colher o sangue para fazer o PCR, então, a gente desenvolveu um papel de filtro para guardar o sangue dos meninos que a gente pudesse colher lá no campo. Eu fiz toda aquela validação e a gente ia para o campo aplicar a tecnologia. Foi legal, foi bem interessante. Durou três anos porque a licença na UFRJ cessa depois de dois anos, três. Aí o Reitor pediu para eu tomar a decisão, se eu ficar ou ia voltar.

J.M. – Naquela época era o Aluísio?

A.T. – É. Não era assim tão radical, mas o problema é que a parte política do CDC estava muito ruim na época do Bush.

J.M. – De fundos, essas coisas?

A.T. – Não, eu estou falando de pressão, de troca de direção. Aí eu achei melhor voltar para o Brasil. Voltei em 2006, assumi o laboratório de volta e estou aí.

J.M. – Nesse período no CDC vocês chegaram a receber estudantes? Tinha alguma função de orientação?

A.T. – Não. Eu recebia mais técnicos de laboratório e pesquisadores africanos para treinar.

J.M. – Como parte do projeto, não é?

A.T. – É, do meu job. Eu trabalhava com eles lá em Atlanta, tinha um laboratório e eu recebia eles. E o laboratório ficava basicamente para desenvolver tecnologia para aplicar.

J.M. – Naquela sua primeira estada nos anos 90 ...

A.T. – Ah, eu recebia estudantes.

J.M. – Vocês chegaram a ter algum supervisor ou alguém que foi importante?

A.T. – A minha principal ligação lá era com o Doutor Mark Rayfield, que era um chefe de laboratório - que sempre me conectei; depois o Tom Folks, que veio do Naid e depois foi para o CDC. Foi uma época bem intensa.

J.M. – E vocês publicavam juntos ou não necessariamente?

A.T. – Publicamos muitos trabalhos.

J.M. – Que eram feitos lá no CDC.

A.T. – Aqui também. Parte aqui, parte lá. Eu sempre me pautei para transferir as coisas para o Fundão, então, o nosso laboratório é bem equipado, tem condições de fazer toda a

parte in vitro e de cultura. Infelizmente nós não temos animais porque o Brasil não tem um biotério que possa infectar macacos e trabalhar com o vírus. Bom, desde 97 o laboratório começou a trabalhar com o Ministério da Saúde, eu acho que é uma parte importante do laboratório. O nosso laboratório tem dois papéis: um com a parte de ciência e o outro com a parte de programa. Então, estamos sempre ajudando o programa brasileiro, a gente faz todo o controle de qualidade da carga viral dos pacientes todos no Brasil. De 2000 a 2002 eu ajudei a doutora Eloan, de Farmanguinhos, a implementar os genéricos no país. Nós recebíamos a matéria-prima da Eloan e fazíamos os testes para ver se estava funcionando antes dela fazer a medicação. Então, nós testamos mais de 500 ou 600 lotes de medicação antiviral. Deu um impulso danado porque fez-se um convênio entre a Fiocruz e o Fundão, nós recebemos uma boa verba e deu para ampliar o laboratório, hoje a gente tem um laboratório bem maior e a gente deve a essas colaborações. O Ministério da Saúde sempre apoiou o laboratório. É gozado, não é? Na educação o grosso do laboratório é bancado pelo Ministério da Saúde.

J.M. – Nos anos 90, meados dos anos 90, boa parte das verbas, inclusive de pesquisa, eram mais do Ministério da Saúde do que de agências clássicas, como o CNPQ, Finep?

A.T. – Na minha área sempre foi. O programa de Aids sempre foi bem privilegiado com empréstimos do Banco Mundial. Não sei se você lembra, nós tivemos mais de cinco empréstimos do Banco Mundial desde 94 até hoje, são vinte anos de empréstimos. Nunca teve isso, o Banco Mundial nunca renovou tantos empréstimos para uma área de um país, mas o HIV ficou como uma menina dos olhos porque foi sempre bem avaliado. Dentro desses empréstimos tinha uma porcentagem que ia para pesquisa.

J.M. – Não era só tratamento.

A.T. – Não, eles obrigavam ter uma área de investigação. Então, não podemos reclamar de nada. Desde 96 o laboratório sempre foi de vento em popa, foi bem, publicou bem na área, fizemos várias coisas. Daqui para frente também tem vários desafios na área de HIV-Aids para serem vencidos, não é? O principal agora é que todo mundo está querendo curar realmente a doença, tentar uma terapia para a cura e o laboratório está trabalhando nisso também.

J.M. – Uma coisa que a gente sempre pergunta também é se para além da pesquisa e da atividade em políticas públicas você tem alguma atividade, por exemplo, de divulgação científica ou uma preocupação de escrever em outros meios que não sejam acadêmicos?

A.T. – Eu sempre escrevi para a Ciência Hoje, para O Globo – eles sempre me fazem referência – e a Globo News – sempre perguntam, no Dia Mundial da Aids eu dei uma

entrevista. Recentemente a gente ganhou uma verba da Faperj para divulgação em educação DST-Aids nas escolas de ensino médio do estado. Vamos começar o projeto no ano que vem em sete escolas aonde a gente vai fazer o treinamento dos professores, depois os professores treinados vão passar os cursos para os alunos e selecionarão dez alunos para fazer estágio no laboratório, os melhores das sete maiores escolas daqui: Caju, Penha, a parte ali da Zona Norte.

J.M. – No caso do laboratório, vocês tem alguma iniciativa específica, como um blog?

A.T. – Não. A gente nunca conseguiu montar, seria legal. Vamos tentar fazer agora um homepage melhor do laboratório, com discussão e tal.

J.M. – Individualmente você também não tem?

A.T. – Não. Olha, realmente é muita coisa. Tem quarenta pessoas no laboratório, eu tenho que ver alguém que possa fazer isso para mim. Eu só fico alimentando.

J.M. – Você chega a seguir algum colega que tenha mais facilidade midiática? Você conhece alguém que tenha?

A.T. – Tem uma amiga minha na USP que tem, a Lígia Pereira. Ela tem um blog de ciência, mas não de HIV.

J.M. – E lá fora, não tem?

A.T. – Não, assim diretamente, não.

J.M. – Ok. Sobre os estudantes, vocês tem algum programa regular de sanduíche, de intercâmbio?

A.T. – Temos. A gente tem utilizado muito o Ciência Sem Fronteira do governo. Temos mandado estudantes para São Francisco; para a Madison; para Montpellier, na França; Paris, Instituto Pasteur; vários lugares nos Estados Unidos também; mandamos também para Atlanta, obviamente; e para Nova York.

J.M. – Vocês recebem também?

A.T. – Recebemos regularmente estudantes da África, não só a lusófona. Por exemplo, eu já orientei dois doutorados aqui.

J.M. – Eles fazem integral aqui?

A.T. – É, fazem. E um no mestrado.

J.M. – É algum programa específico brasileiro?

A.T. – Capes. Essa menina de mestrado foi o [Eduardo Mondlane]<sup>1</sup> mesmo que fez. Eu recebi mais uma de Angola, recebi os pesquisadores de Ruanda, da Nigéria, de Botswana

---

<sup>1</sup> O mais próximo. OBS: o nome refere-se a Universidade Eduardo Mondlane, em Moçambique.



(mas era curto período). Fora os de Moçambique e Angola, que eram programas longos, os outros eram treinamentos de dois meses. Fizeram teses com amostras deles, com perguntas do país deles. Foi uma experiência legal. Agora a gente está publicando os artigos do pessoal de Moçambique, dessa safra que veio de Moçambique. Nós tentamos mantê-los ligados a gente ...

J.M. – Como funciona isso?

A.T. – Tem o Pró-África do CNPQ. Quando acontece o Pró-África eu sempre ganho porque tem um baita histórico. Então esse projeto tem financiado a vida deles. E serve também para mandar os alunos para lá. A gente recebe eles aqui e manda daqui para lá.

J.M. – Há um algum projeto coletivo envolvendo os professores?

A.T. – Tem. Em Moçambique a gente tem uma colaboração intensa com o Instituto Nacional de Saúde, visando estudar os vírus que circulam lá e que são resistentes contra o coquetel e também durante a terapia. E em Angola com o Instituto Nacional de Saúde Pública, a gente faz uma colaboração na área com diagnósticos de crianças com HIV2 (lá tem o HIV2), a gente ajuda eles na área de diagnóstico e de análise dos vírus.

J.M. – O financiamento é do Pró-África, basicamente brasileiro?

A.T. – Não. Angola é o CDC. Moçambique tem dois financiamentos: esse de ajuda aos laboratoristas de laboratório comum (que é basicamente CDC); e esse do Instituto Nacional, que vai para o pessoal mais científico, fica para o Brasil (é CNPQ, basicamente e, as vezes, dinheiro deles mesmo que eles conseguem via financiamento internacional para bancar a vinda deles para cá). Eles fazem um tipo de rodízio, quando eles podem enviam o pessoal para cá e, as vezes, a gente paga a estadia; e para ir para lá, geralmente o Pró-África tem pago (é uma verba muito boa, uma iniciativa excelente porque ajuda muito a interação).

J.M. – Indo para a parte das suas publicações, no caso dos artigos: você tem alguma estratégia específica de publicação? As publicações do laboratório, conjuntas, são para as revistas top (internacionais) ou vocês tem a preocupação de publicar aqui no Brasil alguma coisa?

A.T. – Antigamente eu mirava muito só nas internacionais, mas recentemente eu tenho mandado artigos para as revistas brasileiras também. Quando a pesquisa é totalmente inovadora a gente busca internacional, mas quando é a primeira vez no Brasil que consegue alguma coisa, a gente põe nas nacionais. Por exemplo, a gente começou a trabalhar agora com uma ferramenta de edição genômica, ou seja, a gente pode pegar o linfócito humano e tratar com uma enzima que vai no núcleo e corta o gene do CCL5,

então, transforma o linfócito humano resistente ao HIV. Isso já foi feito lá fora, mas foi feito em 2012 (publicou na Science), então, nós fizemos aqui, repetimos, mas agora a gente já está com uma ideia nova, de delivery desse material e aí a gente publicou na revista da Sociedade Brasileira de Genética. Então tem esse tipo de coisa, quer dizer, a gente nunca iria conseguir publicar numa revista internacional porque eles iam ver que não tinha novidade, não é? A gente adicionou uma novidade pequena (como analisar as células modificadas e tal), mas eles não iriam aceitar, para cá aceitaram. Para o laboratório é importante mostrar que está na fronteira do trabalho.

J.M. – Quais seriam as principais revistas da área aqui no Brasil que você nomearia?

A.T. – Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Brazilian Journal of Medical and Biological Research ...

J.M. – Essa é em inglês, não é?

A.T. – Todas são em inglês.

J.M. – Inclusive a Memórias?

A.T. – Todas. E a revista da Sociedade Brasileira de Genética, que agora mudou o nome para GMB (Genetics and Molecular Biology; é brasileira). Então são essas três na área que eu classificaria para publicar. Elas são quali A2 eu acho. Uma é quali B porque o impacto é menor. Mas eu acho que não deve ligar muito para isso. Tem revistas que tem impacto baixo, mas são muito lidas na nossa área, mesmo as internacionais. Como, por exemplo, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, o impacto é 4, mas é uma revista super lida. Então, as vezes vale mais a pena publicar nela do que numa revista com 10 de impacto, mas que não é necessariamente tão lida pela turma da área.

J.M. – Você tem alguma rotina, como entrar sempre num banco de dados, ler determinado periódico sempre que sai ou algum serviço que informa?

A.T. – Eu tenho o Alerted. No Pubmed você também pode fazer isso (eu uso muito o Pubmed). Eu também sou research associate da Columbia University, eles tem uma baita biblioteca virtual e eu tenho acesso, é uma das grandes vantagens de ser associado lá da Columbia University. Quanto a minha posição lá, eu fico no gabinete do diretor de Saúde Pública e fico ajudando eles nos programas na África. Às vezes eu viajo por eles e tal, sou mais um assessor, um consultor não é?

J.M. – Essa sua participação em corpos editoriais te rende muitos pedidos de parecer, esse tipo de coisa?

A.T. – Nossa Senhora!

J.M. - Mais do que você consegue dar conta?

A.T. – É. Eu tenho que rejeitar alguns. Mas, em média uns 4 ou 5 por mês. É um trabalho danado.

J.M. – Nacionais e estrangeiras?

A.T. – A maioria estrangeira (Plos), várias.

J.M. - Toda essa nova dinâmica de publicações na ciência brasileira não deve ter pegado tanto para você porque você já tinha uma produção enorme antes disso, mas você sentiu essa pressão, seus orientandos?

A.T. – Sempre tem essa pressão, não é? Os alunos tem chegado muito crus na área de escrever: redação científica e inglês. Embora eles consigam ler os artigos em inglês, escrever é um outro problema.

J.M. – Você está falando mais no nível de doutorado e mestrado?

A.T. – É. Porque para sair no doutorado formado eu exijo que a pessoa consiga escrever os artigos de A a Z, mas nem sempre é muito fácil.

J.M. – É parte do requisito da diplomação ter submetido ou aprovado?

A.T. – Aprovado, no doutorado aprovado.

J.M. – Um ou dois?

A.T. – Um pelo menos. Eu acho pouco. Mas eu acho também que essa pressão para publicação é muito selvagem. Às vezes você força a sair trabalhos que não estão no ideal de maturação. Então, eu acho que tem que ser bem balanceado. Queira ou não queira, os maiores currículos brasileiros são os que tem interação com o pessoal de fora, não é? Então, muitos trabalhos são de colaboração e você vai subindo o seu currículo. A política do laboratório é publicar, não se pode fugir disso. Mas eu não gosto de ficar neurótico com isso. Eu gosto de repetir uma vez, duas, para ver se funciona. Às vezes eu mando para um amigo meu lá fora para ver se funciona. Eu sou meio criterioso com a reprodutibilidade dos dados. Mas tem funcionado bem, o laboratório vem num ritmo bom de publicação.

J.M. – Você chegou a ter algum posto de consultoria ou assessoria no governo brasileiro?

A.T. – Eu sou coordenador da Faperj, na área de ciências biológicas e médicas; eu sou consultor desde 96 no programa de Aids do Ministério da Saúde (nomeado pelo Ministro, no Diário Oficial). Mas, assim, cargo mesmo eu nunca exerci.

J.M. – Secretaria de Saúde também não?

A.T. – Não, não. Sempre procurei ficar na academia.

J.M. – Certo. Na Abia, alguma coisa?

A.T. – Não. Eu ajudo o pessoal e tal, mas eu acho que eu ajudo mais no laboratório, até com esses programas que a gente tem feito de controle de qualidade, essas coisas.

J.M. – Você continua fazendo esse controle de qualidade da carga viral?

A.T. – Continuo.

J.M. – Eu fiquei curioso, você poderia descrever como faz isso?

A.T. – Por exemplo, tem dois controles que a gente faz lá: carga viral para o Ministério e para os bancos de sangue (o NAT). Então a gente cria uma amostra artificial com uma carga de vírus determinada, nós temos 96 laboratórios fazendo carga viral, a gente quer saber se todos determinam na mesma concentração. A gente faz numa carga média, alta e baixa e depois faz uma estatística e vê quais os laboratórios que estão fora da média, estes tem que ser retreinados (a maquinaria é avaliada e tal). Dessa maneira você controla a qualidade da rede. Então, quem fizer a carga viral no Norte é a mesma coisa que fazer no Sul, entendeu? Se não começa a bagunçar tudo também, não é? Porque as decisões clínicas são baseadas naquilo. Na rede do Ministério são 96 laboratórios com a carga viral, 94 para CD4 e 23 fazem genotipagem para resistência do vírus aos coquetéis.

J.M. – Esses todos são do SUS?

A.T. – Tudo do SUS. Por isso que eu digo que a Aids é um bicho um pouco diferente na estrutura do Ministério. Eles tem um pouco de ciúmes porque acham que é um Ministério separado – o Ministério da Aids. Esse último governo foi muito radical nisso, na tentativa de enquadrar, até porque também teve uma queda na qualidade e deu uma confusão aí.

J.M. – Eu ouvi algo similar ontem na outra entrevista.

A.T. – É, eles enquadraram no Ministério.

J.M. – Bom, só para terminar: já que você entrou no papo contemporâneo, gostaria que você pudesse sintetizar qual o estado do campo de pesquisa do HIV hoje no Brasil em relação ao campo de pesquisa internacional. Pode começar dizendo quais seriam os principais centros de pesquisa?

A.T. – Os principais centros de pesquisa em Aids no Brasil estão localizados nas grandes capitais. Eu diria: Rio de Janeiro (obviamente) e São Paulo são os grandes centros. O interior de São Paulo ainda é um pouco incipiente, a capital que é a principal, Unifesp e USP são os dois grandes, Adolfo Lutz também é importante. No Rio de Janeiro, a UFRJ e Manguinhos (Fiocruz). Minas, a UFMG tem um centro médio. Nada mais do que isso, então, fica muito concentrado. Ribeirão Preto tem um garoto muito bom em pesquisa (um núcleo pequeno); Botucatu também tem. Aí vem Paraná, muito incipiente. Santa Catarina,

também muito incipiente. Rio Grande do Sul já tem grupos. Recife e Bahia. Recife tem alguns pesquisadores muito relevantes e Bahia também.

J.M. – E em relação aos ... não vamos falar em relação aos americanos, mas em relação aos outros países de renda média (indianos e chineses, por exemplo) em termos de pesquisa?

A.T. – A gente está bem, nossa! Em HIV a China deu um salto. Em tudo, não é? Eles tem muitos trabalhos, de maior alto nível do que os nossos, eu acho (já estão distanciando da gente). A Índia não. A África do Sul também não, estão no mesmo páreo. Na América do Sul só a gente é o top mesmo.

J.M. – Você disse que recebe muitos africanos, mas vocês também recebem sul-americanos?

A.T. – Agora a gente vai começar a receber porque o laboratório foi credenciado pela OMS como centro de referência, então, a gente vai receber o pessoal da América do Sul para treinamento – Colômbia, Paraguai, Uruguai. A gente está tentando fazer um survey de resistência na América do Sul e esses países (Paraguai e Bolívia) vão fazer os testes lá no laboratório. Eles não tem laboratório para fazer, então eles usam o nosso. A realidade na América do Sul é bem ... tirando a Argentina, Brasil e Colômbia (o Peru é razoável), o resto não tem condições.

J.M. – A agenda de pesquisa para os próximos anos é essa que você tinha falado?

A.T. – Eu acho que tem várias. Uma é a cura do vírus; não a cura total, mas deixar a pessoa sem o coquetel e bem. Sem os efeitos colaterais que levam a doenças não relacionadas a Aids, que são: câncer, doenças cardíacas (é o que está matando mais os pacientes hoje, não é a Aids). Agora também tem a nova terapia para prevenir a doença, que se chama Prep (eles querem expandir). Tem a parte de vacina, que é sempre uma agenda, mas está cada vez mais distante porque os testes não tem sido muito animadores, então, essa área ainda vai ter muito trabalho de pesquisa. E também simplificar os tratamentos, inclusive, eu ouvi dizer que o pessoal já está testando com sucesso uma nanopartícula com as drogas, que você vai tomar intramuscular uma vez por mês.

J.M. – Esse tratamento tem problema de aderência?

A.T. – Tem. Agora o Brasil vai sair com uma pílula por dia (nosso ‘a tripla’, não é?), o que já vai ser um grande avanço, três em um. Lá fora já tem, aqui vai começar a sair. Isso tudo já ajuda muito o tratamento. 80% de quem está tomando o coquetel está sem vírus no sangue, a gente considera isso um sucesso (20% estão por aí, mas nesse caso tem muita gente relacionada à falta de adesão). Nós estamos com 240 mil em tratamento, com as

novas determinações a gente vai incorporar uns 70 mil no ano que vem, então, vamos para 320 mil ou 350, depende. Quer dizer, vai dar um challenge violento na nossa rede. Enfim, o SUS que já estava meio ... porque a gente começou a entrar na teoria do SUS, de ir descentralizando os pacientes, não no serviço especializado. Então, é outro problema nosso local.

J.M. – Local que você diz é ...

A.T. – No Brasil. A gente vai ter que começar a tratar pacientes em locais que não estavam com a gente ... a gente vai ter que ter um esforço de treinamento violento porque eles vão cair na rede geral do SUS.

J.M. – Sim. Não nos centros específicos.

A.T. – Antes tinha 450 clínicas especializadas que passavam medicação, esse número vai ter que dobrar ou triplicar, não sei.

J.M. – Para incorporar essas pessoas.

A.T. – É. Então, isso é um desafio. Tecnológico também, essa nanopartícula é uma coisa legal. Já inventaram máquinas pequenininhas que você pode botar na clínica para fazer carga viral, CD4, se chama point of care. Isso vai dar um impacto violento no tratamento. Por exemplo, você recebe o paciente na própria clínica, faz teste rápido, se for positivo você já faz o CD4, a carga viral, planeja e já pode começar a tratar.

J.M. – Isso são perspectivas ...

A.T. – Não, estão próximas. A gente levou essas máquinas de CD4 para a Amazônia. A gente vai avaliar no laboratório essa de carga viral, eles fazem a reação num chip (uma máquina alemã). É bem interessante. Coisas que a gente fazia com milhares de coisas, agora tudo está embutido em chipzinho, não é? Faz o PCR, faz a detecção e dá a carga viral. Se a gente conseguir realmente avaliar e for boa, se a gente conseguir implementar isso na Amazônia, interior do Brasil, isso vai dar um impacto ...

J.M. – Brutal, não é?

A.T. – Nos subúrbios, até aqui no Rio. Por exemplo, um cara lá em Nova Iguaçu para ter a carga viral dele demora três semanas, quatro, agora você já vai ver e tomar a decisão ali na hora; se tem que trocar de medicação, se tem que ... então é bem legal, nessa parte a gente talvez tenha frutos rápido.

J.M. – Bom, professor, a gente já correu todo o roteiro. Eu posso interromper aqui?

A.T. – Pode.

[FIM DO DEPOIMENTO]