

Análise retrospectiva do internamento dos doentes com infecção VIH Experiência de um Hospital Distrital#

PATIENTS WITH HIV INFECTION IN A DISTRICT HOSPITAL

Joana Sá*, Mário Parreira**, Cristina Lobato***,
Paula Custódio****, José Poças*****

Resumo

Os autores apresentam uma análise retrospectiva do internamento dos doentes com infecção VIH, de Janeiro de 1992 a Junho de 1995, num serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital. Foram analisados os seguintes parâmetros: número de doentes e internamentos, ano e tempo de internamento, complicações oportunistas (número e método diagnóstico), resultado final, orientação pós-alta, e distribuição por sexo, idade, etnia, tipo de vírus infectante, grupo de risco e estadiamento.

Dos resultados obtidos destacam-se os seguintes: foram internados 61 doentes, tendo sido observados 134 internamentos, cuja distribuição anual foi de 20 em 1992, 35 em 1993, 60 em 1994 e 19 no 1º semestre de 1995. Encontraram-se 57% de toxicodependentes e a infecção oportunista mais frequente foi a tuberculose. Nas 202 complicações oportunistas observadas, o diagnóstico de certeza foi obtido em 47,6% dos casos. Observou-se uma média de internamento de 15,8 dias e 10% de mortalidade, tendo 94% dos doentes sido encaminhados para Consulta Externa de Infecciologia do mesmo Hospital. Procura-se enquadrar os resultados à luz do contexto socioeconómico particular destes doentes, compará-los com outras casuísticas nacionais e, de alguma forma também, com o próprio serviço de Medicina em que se inseriram.

Os autores concluem que a infecção VIH constitui cada vez mais causa importante de interna-

mento, mesmo em Hospitais Distritais e em serviços de Medicina Interna.

Palavras chave: VIH, Medicina Interna, hospital distrital

Abstract

The authors present a retrospective analysis of HIV infected patients treated in an Internal Medicine Ward, from January 1992 to June 1995. The following parameters were analysed: number of admissions per patient, time of permanence in the hospital, opportunistic complications, final outcome, medical counselling at leaving and distribution according to sex, age, ethnic, infectious virus, risk group and staging.

From the results one can highlight the following: 61 patients were admitted, with a total of 134 admissions: 20 in 1992, 35 in 1993, 60 in 1994 and 19 during the first semester of 1995. 57% of the patients were drugs addicts and the most frequent opportunistic infection was tuberculosis. Of the 202 opportunistic complications observed, we could reach an accurate diagnosis in 47,6% of the cases. The average time of permanence in the hospital was 15,8 days. Mortality was 10% and 94% of the patients were sent to the outpatient clinic of Infectious Diseases. The authors tried to match the results with the social and economical situation, comparing them with other national casuistry.

The authors conclusion is that the HIV infection is more and more an important reason of admission, even in District Hospitals and in Internal Medicine Wards.

Key words: HIV, Internal Medicine, district hospital

Introdução

Desde que a pandemia VIH/SIDA foi descrita pela primeira vez nos EUA pelo CDC, até 30/06/95 já foram declarados à OMS em todo o Mundo 1.169.811 casos de SIDA, estimando-se em 18,5 milhões os adultos e em 1,5 milhões as crianças infectados com o VIH, desde final dos anos 70 ao início dos anos 80¹. Dados acumulados até 30/09/95, apontam para 154.624 casos de SIDA na Região Europeia da OMS², estando registados em Portugal, até 31/12/95, segundo a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, 2919 casos³.

O primeiro caso descrito em Portugal foi diagnosticado em 1983, no Serviço de Medicina II do Hospital de Santa Maria⁴. Desde então, o aumento crescente de casos levou a que a inicial canalização de doentes com infecção VIH, para serviços de Infecciologia passasse a ser também para serviços de Medicina Interna, à semelhança do que acontece em todo o mundo⁵. O distrito de Se-

*Interna do Internato Complementar de Medicina Interna

**Assistente Eventual de Medicina Interna

***Interna do Internato Complementar de Gastroenterologia

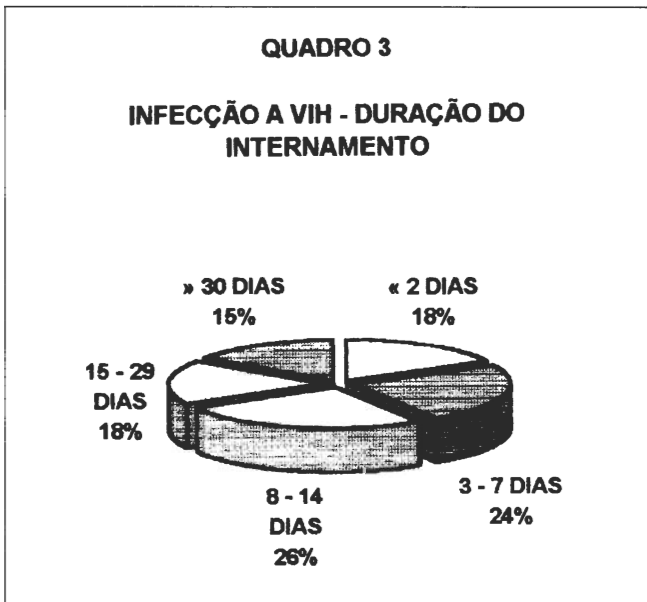
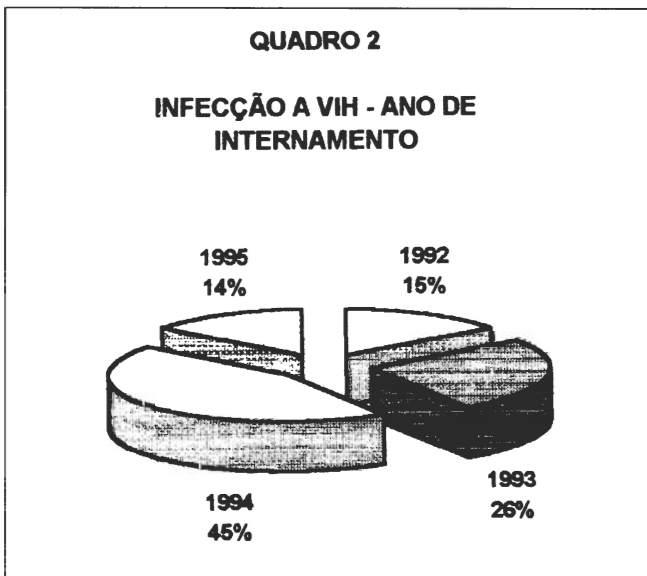
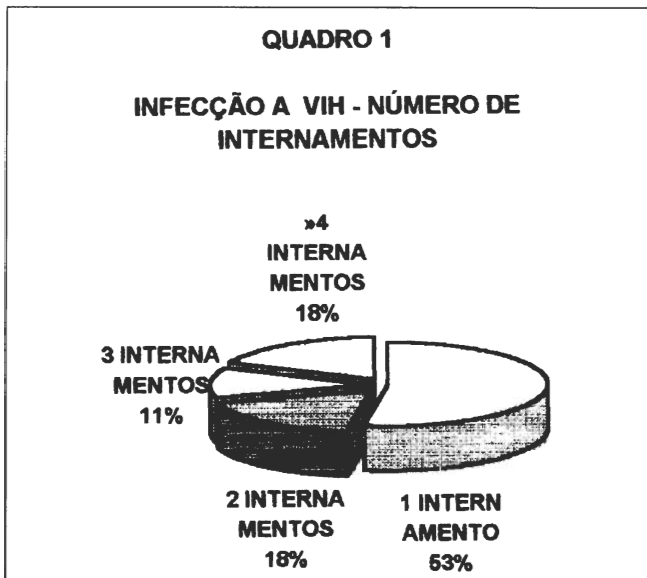
****Interna do Internato Complementar de Oncologia

*****Assistente Hospitalar de Medicina

Serviço de Medicina II do Hospital de São Bernardo, Setúbal

#Trabalho apresentado em poster no 3º Congresso Nacional de Doenças Infecciosas, realizado no Funchal de 1 a 4 de Novembro de 1995

Recebido para publicação a 26-03-96



túbil ocupa o 3º lugar em número absoluto de casos de SIDA declarados no nosso país (após Lisboa e Porto)³. Contudo, em termos de prevalência, um índice epidemiológico bastante mais correcto, estará, muito provavelmente, próximo do 1º lugar. O Hospital de São Bernardo, em Setúbal, abrange cerca de 300.000 habitantes, distribuídos por 6 concelhos, numa área aproximada de 4.386 km². Engloba dois serviços de Medicina Interna, sendo a Medicina II, no período em estudo, a mais representativa em termos de doentes com infecção VIH, fundamentalmente porque neste serviço se encontram os internistas mais vocacionados para esta especialidade e com maior experiência no Hospital, estando englobado no mesmo uma consulta de Infecçologia, em funcionamento desde 1992, e um hospital de dia desde 1993.

Como tal, e no seguimento de estudos previamente efectuados no nosso País em doentes internados por infecção VIH em serviços de Medicina Interna^{6,7,8}, realizámos uma análise retrospectiva que constitui a primeira num hospital distrital português, sobejamente justificada no contexto já referido.

Material e métodos

A análise retrospectiva efectuada abrange doentes com infecção VIH, internados no Serviço de Medicina II do Hospital de São Bernardo, num período de 42 meses (01/01/92 a 30/06/95).

O diagnóstico de infecção VIH foi feito simultaneamente pelos métodos ELISA e Western Blot. A determinação de linfócitos CD4 foi efectuada pela citometria de fluxo, primeiramente no Departamento de Imunologia da FCML e, desde fins de 1994, no Laboratório de Imuno-Alergologia do Hospital de Setúbal. Os testes de reactividade cutânea foram o Monotest e o Multitest Mérieux.

Avaliaram-se complicações oportunistas *major e minor*, consoante constituíam ou não critérios de SIDA, segundo a classificação do CDC-93⁹.

Não foi analisada a significância estatística dos resultados, atendendo à natureza retrospectiva do trabalho, ao reduzido número de doentes englobado e porque entendemos que deste tipo de análise não se retirariam conclusões suficientemente significativas.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: número de doentes e internamentos; ano e duração do internamento; distribuição por sexo, etnia, idade, tipo de vírus infectante, grupo de risco; estadiamento da infecção VIH, segundo o nº de CD4/mm³, escala de Walter Reed¹⁰ e escala de Karnofsky¹¹; motivo de internamento; complicações oportunistas: tipo, número e método diagnóstico; resultado final; orientação pós-alta.

Resultados

Foram internados 61 doentes, distribuídos por 134 internamentos, sendo a média de internamento por doente de 2,2 (limites:1-9). Avaliaram-se os doentes segundo o número de internamentos: 1, 2, 3, e 4, encontrando-se

respectivamente 32 (53%), 11(18%), 7 (11%) e 11(18%) doentes (Quadro 1).

Em relação ao ano de internamento, observou-se aumento crescente de internamentos no período citado: 20 em 1992 (15%), 35 em 1993 (26%), 60 em 1994 (45%) e 19 no primeiro semestre de 1995 (14%) (Quadro 2). A demora média foi de 15,8 dias (limites: 1-107 dias) e, a duração do internamento 2 dias em 23 doentes (18%), de 3-7 dias em 31 doentes (24%), de 8-14 dias em 34 doentes (26%), de 15-29 dias em 23 doentes (18%) e 30 dias em 30 doentes (26%) (Quadro 3).

Contabilizaram-se 102 doentes com infecção pelo VIH do sexo masculino (76%) e 32 do sexo feminino (24%) (Quadro 4), sendo 120 de etnia caucasiana (90%), 12 de etnia negra(9%) e 2 de etnia cigana (1%) (Quadro 5).

Da avaliação dos escalões etários, salienta-se como mais prevalente o da década dos 30 aos 39 anos (46%), contribuindo juntamente com a dos 20 aos 29 anos para 77% da totalidade dos doentes. A média etária foi de 32,7 anos, variando entre 18 e 66 anos (Quadro 6). Dos 134 doentes internados, encontraram-se 117 infectados pelo VIH tipo 1 (87%), 12 pelo tipo 2 (9%) e 5 pelo tipo 1 e 2 (4%), confirmados pelo Western Blot (Quadro 7).

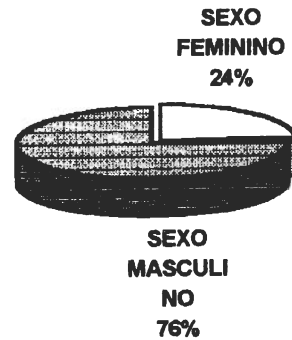
O grupo de risco predominante foi o dos toxicodependentes (57%), seguindo-se em ordem decrescente pelos homo/bissexuais (22%), heterossexuais (17%), hemofílicos (2%) e transfusionados (1%) (Quadro 8). Se atendermos à população VIH2, 50% eram heterossexuais, 42% toxicodependentes e 8% eram hemofílicos.

No estudo das subpopulações linfocitárias, encontramos uma média de 223 CD4/mm³, com limites mínimos e máximos respectivamente de 0 e 1925. Em 27 doentes, o número de CD4 não foi conhecido (20%), sendo nos restantes 99 em 48%, de 100 a 199 em 12%, de 200 a 499 em 31% e 500 em 9% dos doentes (Quadro 9). Em relação à análise dos doentes segundo a escala Walter Reed, observou-se a seguinte distribuição: WR0 - 0%, WR1 - 3%, WR2 - 5%, WR3 - 0%, WR4 - 6%, WR5 - 25% e WR6 - 61% (Quadro 10). Quando a avaliação se baseou na escala de Karnofsky (0-100), foi constatado que 13% dos doentes se situavam acima de 80, 46% entre 60-70, 28% entre 40-50 e 13% abaixo de 30, sendo a média encontrada de 60 (limites: 20-90) (Quadro 11).

O motivo de internamento (Quadro 12) em 60% dos casos deveu-se a sinais e/ou sintomas de vários órgãos ou sistemas, salientando-se por ordem decrescente: gastroenterológicos, pulmonares, dermatológicos, neurológicos e oftalmológicos. Estas manifestações eram acompanhadas em 87,5% dos casos por febre. Encontrámos 13% de internamentos por insuficiência de órgão (nomeadamente respiratória, hepática e renal), 10% por síndrome febril isolado, 9% para realização de exames (biópsia hepática, medulograma, biópsia óssea, broncoscopia e punção lombar), 7% por transferência de outros serviços ou hospitais e 2% para instituição de terapêutica, na sequência de diagnósticos previamente feitos em consulta

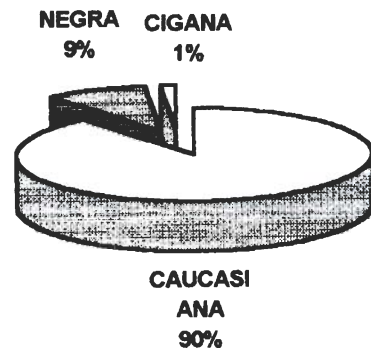
QUADRO 4

INFECÇÃO A VIH - SEXO



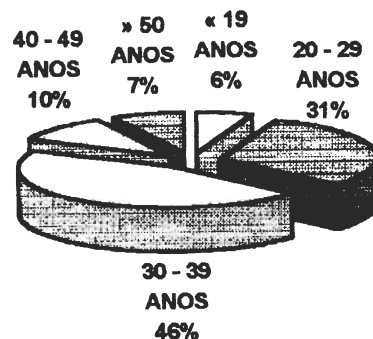
QUADRO 5

INFECÇÃO A VIH - ETNIA



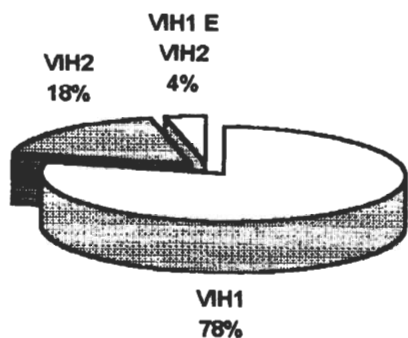
QUADRO 6

INFECÇÃO A VIH - IDADE



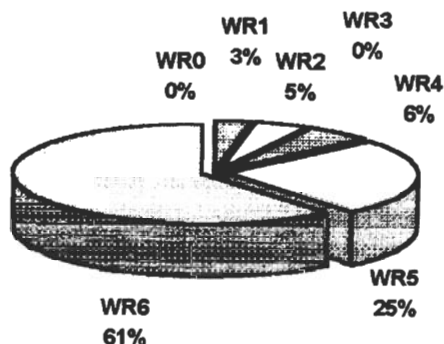
QUADRO 7

INFECÇÃO A VIH - TIPO DE VÍRUS



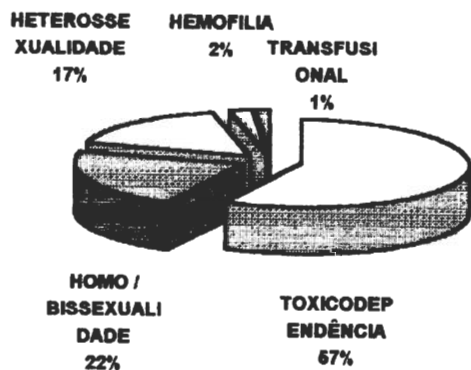
QUADRO 10

INFECÇÃO A VIH - ESTADIAMENTO: WALTER REED



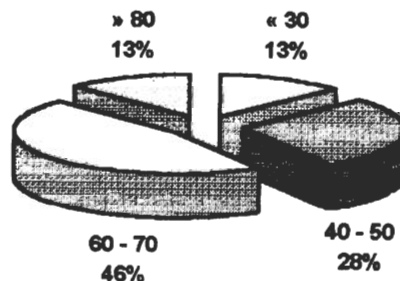
QUADRO 8

INFECÇÃO A VIH - GRUPO DE RISCO



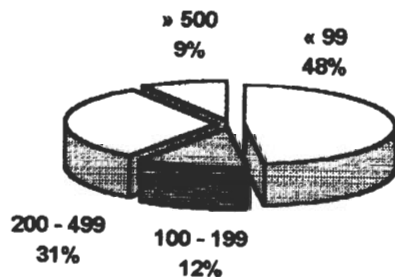
QUADRO 11

INFECÇÃO A VIH - ESTADIAMENTO: KARNOFSKY



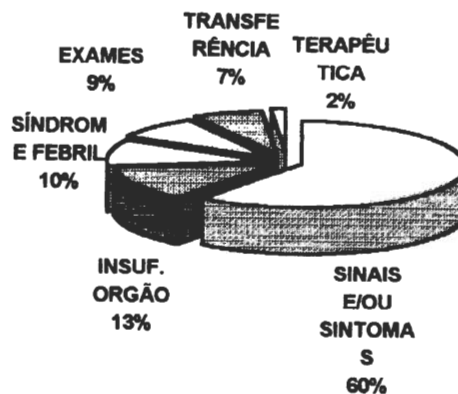
QUADRO 9

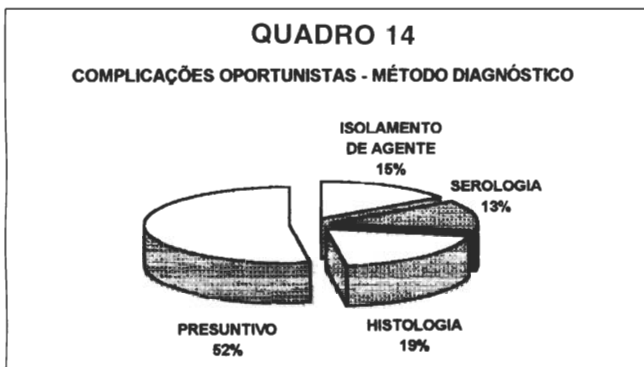
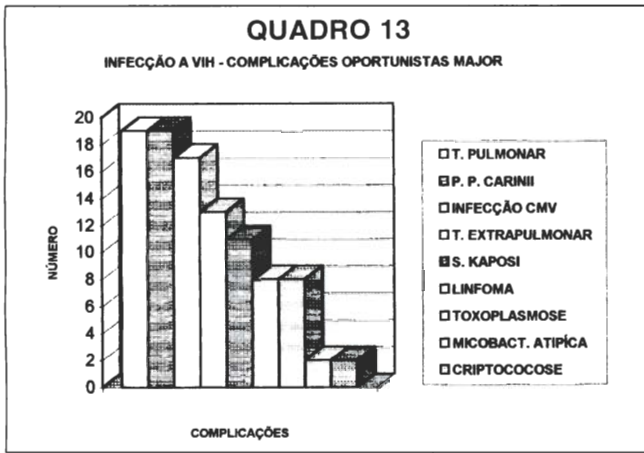
INFECÇÃO A VIH - ESTADIAMENTO - CD4/mm3



QUADRO 12

INFECÇÃO A VIH - MOTIVO DE INTERNAMENTO





externa de Infeciologia, salientam-se nomeadamente, quimioterapia para sarcoma de Kaposi cutâneo, ganciclovir para infecção a CMV e tuberculostáticos.

No que se refere a complicações oportunistas (Quadro 13), encontramos 202 episódios, com uma média por doente de 1,5 e com limites de 0 e 5. A tuberculose pulmonar e a pneumonia por *Pneumocystis carinii* foram as infecções oportunistas *major* mais frequentes, registando-se número também importante de infecção por CMV (retinite, colite, hepatite, neuropatia e pneumonia), tuberculose extrapulmonar (hepática, meníngea, ganglionar e intestinal), sarcoma de Kaposi (cutâneo, brônquico, pulmonar e amigdalino), linfoma (SNC, gástrico e mamário), toxoplasmose do SNC, criptosporidiose, micobacteriose atípica e criptococose cerebral.

Como referido no Quadro 14, observou-se elevado número de diagnósticos presuntivos (52%), sendo a candidíase oral, a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e a toxoplasmose do SNC as principais responsáveis. O diagnóstico de certeza foi obtido por histologia em 19% dos casos, por isolamento do agente em 15% e por serologia em 13%.

Entre os 134 internamentos, houve 17 casos de abandono do Serviço (12,7%), sendo o resultado final de 63% de doentes melhorados, e registando-se 10% de óbitos (Quadro 15). Salientamos que 94% dos doentes foram orientados, pós-alta, para Consulta de Infeciologia do nosso Hospital, 5% foram transferidos e 1% foi para o domicílio. Simultaneamente, foram encaminhados 20 casos de tuberculose para o Direcção de Serviços de Tu-

berculose e Doenças Respiratórias (DSTDR) (16,7%), 43 casos de toxicod dependentes para o Centro de Apoio a Toxicod dependentes (CAT) (35,8%) e 11 casos para o Hospital de Dia (9,2%) (Quadro 16).

Discussão

A pandemia VIH/SIDA constitui um problema mundial de Saúde Pública, a que não são alheias determinantes socioeconómicas, culturais e políticas, condicionadoras nomeadamente de elevado índice de desemprego, pobreza, emigração e imigração, liberalização dos costumes sexuais e toxicod dependência^{12,13,14,15,16,17,18,19,20}. Estratégias globais de informação, prevenção e controlo desta infecção estão a ser adoptadas em todo o Mundo, embora ainda muito exista para ser feito.

A nível hospitalar, os serviços de Doenças Infecciosas, tanto nacionais como internacionais, ultrapassaram há muito a capacidade de resposta adequada, devendo deixar de ser "um problema dos outros"¹³ para constituir uma responsabilidade de todos os serviços e especialidades, com os quais directa ou indirectamente possa estar envolvida. É hoje indiscutível o papel do internista no seguimento dos doentes com infecção VIH, dado, por um lado, a expansão desta pandemia e, por outro lado, as suas características de doença crónica e multissistémica.

Neste contexto, o Serviço de Medicina II do Hospital de São Bernardo de Setúbal é o exemplo de um serviço de Medicina Interna que dispõe de profissionais interessados na área de Infeciologia, sendo da responsabilidade de um dos seus Assistentes Hospitalares a consulta de Infeciologia e o hospital de dia nele integrados e já referidos. Salientar ainda, a existência de uma Unidade de Broncoscopia neste Serviço, desde 1994, especialmente importante, dada a prevalência de patologia bronco-pulmonar nos doentes com infecção VIH. Em relação a outros exames auxiliares de diagnóstico necessários nesta área, o Hospital de São Bernardo dispõe também de serviços de apoio importantes, como: Imuno-Hemoterapia, Imuno-Alergologia, Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Imagiologia (com TAC), Cardiologia, Gasteroenterologia, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ginecologia e Obstetrícia, Urologia e Psiquiatria.

Do estudo retrospectivo efectuado, destacamos:

1 - Foram internados 61 doentes, tendo sido verificado um aumento progressivo do número de internamentos no período de 42 meses, que totalizou 134, o que correspondeu a 3,6% da globalidade de doentes internados no nosso Serviço durante o mesmo período.

2 - A demora média de internamento não foi demasiado elevada (15,8 dias), em comparação com a média geral do Serviço (10,9 dias), atendendo à complexidade das componentes clínicas e sociais envolvidas, embora se tenha constatado o abandono do Serviço de 17 doentes nos primeiros dias após a admissão. O estudo do Hospital de Santa Maria⁷ e o estudo do Hospital dos Capuchos⁸ apresentam demoras médias superiores (respectivamen-

te de 31 e 21 dias), talvez por terem sido obtidas num intervalo de tempo maior (cerca de 8 anos) e englobarem parcialmente a década de 80 em que ainda não existia a mesma experiência na infecção VIH, o que só por si poderia contribuir para um prolongamento do tempo de internamento. É um facto que a casuística do Serviço 3 de Medicina do Hospital dos Capuchos⁸, de 1992 a 1994, revela uma demora média de cerca de 17 dias, o que não se afasta muito do valor por nós obtido.

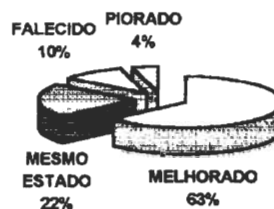
3 - A distribuição por sexo, etnia, idade e tipo de vírus foi o esperado, em função de outras casuísticas nacionais já apresentadas^{6,7,8,21}. Encontrou-se com mais frequência doentes do sexo masculino, etnia caucasiana, na década dos 30 anos e infectados pelo VIH tipo 1. Constatámos, contudo, que quer a percentagem de internamentos com doentes infectados pelo VIH tipo 2 (8,9%), quer a percentagem de doentes infectados pelo mesmo vírus (9,8%) estão acima do registado a nível nacional (7,5%) pelo CVEDT a 30 de Junho de 1995¹. A explicação possível poder-se-á prender com o facto de Setúbal ser um dos distritos que comporta a maior prevalência de população originária da Costa Ocidental de África, havendo possibilidade de maior contacto com a mesma via sexual e/ou sanguínea^{16,17,22}. Registámos 6 doentes com infecção pelo VIH2, que foram internados em média duas vezes (limites: 1-5). Em relação ao factor de risco, 4 eram heterossexuais (1 natural da Guiné, outro com permanência em África no Serviço Militar e 2 com história de múltiplos parceiros), 1 era toxicod dependente e 1 outro havia sido transfundado (na sequência de acidente de guerra em África).

4 - Enquanto que nos doentes com infecção pelo VIH2 a heterossexualidade prevalece, à semelhança de estudos nacionais⁷ e do referido na literatura²³, nos doentes com infecção por VIH1 encontrámos maior frequência de toxicod dependentes, 57% (superior ao número nacional), 31,8% em 6/95¹ e 33,9% em 12/95³, mas de acordo com a prevalência deste tipo de doentes na nossa Consulta de Doenças Infecciosas²¹ e favorecido pelas deficientes condições socioeconómicas que atingem o distrito de Setúbal (nomeadamente a elevada taxa de desemprego em relação ao resto do Continente)^{22,24}. De realçar que em 1993 se verificou um aumento de 14,1% de consultas efectuadas no CAT de Setúbal, em relação ao ano anterior no distrito, que representou 5,3% do registado a nível nacional²².

5 - Na avaliação imunológica e estadiamento, constatou-se que 60% dos doentes internados tinha CD4 < 200/mm³ (Quadro 9), resultado semelhante ao obtido no Hospital dos Capuchos (57,6%)⁸, o que explica, no nosso estudo, a elevada percentagem de casos em estágio avançado da infecção, WR6 - 61%, (Quadro 10) e com critérios de SIDA. A maioria (46%) está incapaz de fazer a sua actividade diária ou trabalho activo, embora ainda

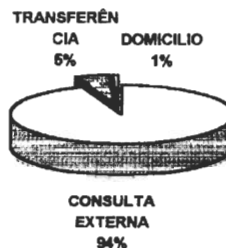
QUADRO 15

INFECCÃO A VIH - RESULTADO FINAL



QUADRO 16

INFECCÃO A VIH - ORIENTAÇÃO APÓS ALTA



cuidem da sua higiene pessoal, Karnofsky de 60-70, (Quadro 11).

A infecção oportunista *major* mais prevalente foi a tuberculose, com predomínio da forma pleuropulmonar (Quadro 13), sendo notória a sua importância crescente, também observada em outros estudos nacionais^{6,7,8,25,26,27,28} e internacionais^{29,30,31}. Assim, foi com inteira justificação que o "Centers for Disease Control and Prevention", na sua última revisão em 1993⁹, passou a incluir como critério de SIDA não só a tuberculose nas formas extrapulmonares, mas também a pulmonar. No nosso estudo, vamos deste modo encontrar um maior número absoluto de tuberculoses em relação às pneumonias por *Pneumocystis carinii*, tal como registado pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) desde 1993³.

Ao contrário da casuística do Hospital Pulido Valente, em que há predomínio de heterossexuais (61%)³², observámos que só 31% dos casos de tuberculose surgiam em heterossexuais, mas 65,6% em toxicod dependentes, valor cerca de 10% mais elevado do que o verificado a nível nacional pelo CVEDT³, o que pode provavelmente ser explicado pela alta prevalência de toxicod dependentes no nosso distrito, como já referido. Também a pneumonia por *Pneumocystis carinii* se encontra mais frequentemente em toxicod dependentes (36,8%), seguidos pelos homo/bissexuais (31,5%). Segundo CVEDT, de todos os casos registados a nível nacional, é esta última categoria de transmissão que se situa em primeiro lugar (40%), ficando a toxicod dependência em terceiro lugar (24%)³.

O elevado número de diagnósticos presuntivos cor-

respondeu na maioria dos casos a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e a toxoplasmose cerebral, tal como se verifica em outras séries publicadas⁶.

A mortalidade intra-internamento foi relativamente baixa (10%), em comparação com a mortalidade geral do nosso Serviço nos 3,5 anos em estudo (15%) e em comparação com outras casuísticas de Serviços com doentes VIH: 35% no estudo de Santa Maria⁷, 31,3% para WR-5 e 63,9% para WR-6, no estudo do Hospital Curry Cabral⁶. Uma das explicações possíveis poder-se-á pren-

der com o facto de que alguns casos terminais iam para o domicílio, a pedido do doente e/ou familiar.

A maioria dos doentes internados (94%) foi encaminhada para a Consulta Externa de Doenças Infecciosas do nosso Hospital, cujo número tem tido um crescimento igualmente bastante acentuado²¹.

Os autores concluem que a infecção VIH constitui cada vez mais um motivo de internamento importante, mesmo em Hospitais Distritais e em Serviços de Medicina Interna.

Bibliografia

1. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. SIDA - A Situação em Portugal a 30 de Junho de 1995. 1995; Doc. 86: 1-27.
2. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. SIDA - A Situação em Europa a 30 de Setembro de 1995. 1995; Doc. 92: 7-29.
3. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. SIDA - A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 1995. 1995; Doc. 91: 3-35.
4. Moura MC, Serejo F, Ramalho F, Velosa J, Palhano MJ, Baptista A. Diarreia e má absorção associada a coccidiose intestinal (*Iso-spora Belli*) num doente com a síndrome de imunodeficiência adquirida. *Jornal do Médico*, CXIX (2149): 491-497.
5. Volderbing PA. Clinical care of patients with AIDS - Developing a system. In: Sande MA e Volberding P, ed. *The Medical Management of AIDS*. Philadelphia: WB Saunders Company. 1992: 495-503.
6. Monteiro JA, Guimarães R, Sousa Ja et al. Três anos de SIDA. Experiência do Hospital Curry Cabral com as infecções pelo HIV (1985-1988). *Acta Médica Portuguesa* 1989; 6: 270-275.
7. Lucas M, Sousa AE, Maria VAJ, Rebocho L, Silva MJN, Victorino RMM. Assistência a doentes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: experiência num Serviço de Medicina Interna. *Medicina Interna* 1994; 1(2): 80-89.
8. Matos R, Teófilo E, Costa H, Calado J, Poole da Costa JA. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Experiência de um serviço de Medicina Interna. *Medicina Interna* 1995; 2 (4): 221-227.
9. Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41 (No.RR-17).
10. Redfield RR, Wright DC. The Walter Reed staging, classification for HTLV III/LAV infections. *N Engl J Med* 1986; 314 (2): 131-132.
11. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In: McLeod, ed. *Evaluation of chemotherapeutic Agents*. New York: Columbia University Press. 1949: 191-205.
12. Fineneberg HV. The social dimensions of AIDS. *Scientific American* 1988; 259 (4):106-112.
13. Mann JM, Carballo M. Social, cultural and political aspects; overview. *AIDS (Current Science)* 1989; 3: 4221-4223.
14. Mann J. SIDA, une crise mondiale. *Science et Vie* 1992;179: 150-160
15. Berkley S. HIV in África: What is the future? *Ann Intern Med* 1992; 116 (4): 339-341.
16. Andrade P. Portugal: País de Imigração. *A Razão* 1992; IV, 33: 8-11.
17. Machado B. O impacto dos retornados. *A Razão* 1993; V, 34: 40-49.
18. Fonseca A. Os bairros de lata: o peso da exclusão. *A Razão* 1993; V, 37: 36-49.
19. Peixe J, Arroja P, Fonseca A. A "Prostituição: negócio de milhões". *A Razão* 1994; V, 39: 38-53.
20. Monteiro JV, Nunes R. "Droga sublinha degradação social". *A Razão* 1994; V, 41: 38-57.
21. Poças J. Casuística de uma Consulta Externa de Doenças Infecciosas integrada num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Distrital. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas* 1995; 18 (1): 21-37.
22. Poças J. Evolução dos Cuidados de Saúde na perspectiva de um Médico Hospitalar - implicações sociais. *Forum Sociológico - Revista do Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica*. Setúbal: 10 anos em retrospectiva. 1995; 7: 269-286.
23. De Cock KM, Colebunders RL. HIV infection and AIDS. In: Strickland and Hunter's. *Tropical Medicine*. Philadelphia: Saunders (7th. Edition). 1991: 145-158.
24. Frasilhinho M. Península de Setúbal: análise macroeconómica. *Forum Sociológico - Revista do Instituto de Estudos e Investigação Sociológica*. Setúbal: 10 anos em retrospectiva. 1995; 7: 57-85.
25. Ferreira ML, Bernardo L, Botas et al. Tuberculose: experiência recente do Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital St^a Maria. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas* 1989; 12 (1): 63-74.
26. Antunes F. "Tuberculose e Infecção HIV". *Arquivos da Sociedade Portuguesa de Patologia Respiratória* 1991; 8 (3): 173-176.
27. Diniz A, Filipe A, Ruivo I et al. "Manifestações pulmonares na infecção pelo HIV: Algumas particularidades clínicas". *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas* 1994; 17 (1): 5-11.
28. Poças J. O ressurgimento da Tuberculose - o caso particular dos seropositivos HIV. *Boletim Clínico do Hospital Pulido Valente* 1995; 2: 63-79.
29. Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, Snider DE. Tuberculosis in patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *N. Engl J Med* 1991; 324 (23): 1644-1649.
30. Barnes PF, Le HQ, Davidson PT: Tuberculosis in patients with HIV infection. *Med Clin Am* 1993; 77 (6): 1369-1391.
31. Nettleman MD, Fredrickson M, Good NL, Hunter SA. Tuberculosis control strategies: The cost of particulate respirators. *Ann of Intern Med* 1994; 121 (1): 37-40.
32. Diniz A, Gomes C, Filipe A et al. Tuberculose e infecção pelo HIV: Aspectos epidemiológicos e clínicos. *Boletim Clínico do Hospital Pulido Valente* 1993; 2: 75-84.

Correspondência:
Joana Estalagem de Sá
Avenida 22 de Dezembro Nº 23 2º Esquerdo 2900 - Setúbal