

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

Experiência de um serviço de Medicina Interna

Human immunodeficiency virus infection

Acquired experience in an Internal Medicine departement of a Central Hospital

R. Matos*, E. Teófilo**, H. Costa*, J. Calado*, J.A. Poole da Costa***

Resumo

Apresenta-se a experiência recentemente adquirida na assistência a doentes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) num serviço de Medicina Interna de um hospital central.

Descreve-se uma população de 107 doentes com 157 internamentos, num período de 7 anos (1987-1994), nas suas características epidemiológicas e clínicas, bem como alguns aspectos de diagnóstico nas infecções oportunistas e terapêutica antiviral.

Procura-se acompanhar as várias etapas constituintes de um circuito que todos os doentes percorrem desde a sua admissão hospitalar até à alta e retorno à comunidade.

Salientam-se as carências em cada uma destas fases, apontando-se algumas sugestões visando melhorar esta assistência, embora o caminho a percorrer nos pareça ainda bastante longo.

Palavras chave: VIH, SIDA, Medicina Interna, assistência, hospital central, diagnóstico, terapêutica, soluções.

Abstract

The authors present their recently acquired experience in the management of patients with Human Immunodeficiency Virus infection (HIV), admitted in an Internal Medicine service of a central hospital.

They describe a population of 107 patients with 157 admissions in 7 years (1987-1994), their epidemiological and clinical features, as well as some aspects of the diagnosis of the opportunist infections and the antiviral therapy.

The authors try to assess several stages of the course which every patient goes through from the moment he is admitted at the Hospital until he is discharged and returns to the community.

The needs of each stage are pointed out and suggestions are made to improve the care of these patients, although it's the authors belief that there's much to be done.

Key words: HIV, AIDS, Internal Medicine, assistance, central hospital, diagnosis, therapeutics, solutions.

Introdução

A assistência a pessoas infectadas pelo VIH tem-se tornado, nos últimos anos, uma tarefa com um peso significativo na actividade da maior parte dos serviços de Medicina em todo o Mundo e também em Portugal¹. Esta situação é particularmente importante nas áreas de maior incidência e prevalência desta verdadeira pandemia, nomeadamente, no nosso País, nos distritos de Lisboa, Setúbal e Porto².

As manifestações multissistémicas da SIDA, o seu carácter crónico, configuram não esta doença, mas este conjunto de doenças, como uma área para a qual o internista tem que estar vocacionado. Mas não foi esta a situação inicial. Os Serviços de Doenças Infecciosas deixaram rapidamente de ter capacidade quer para internar todos estes doentes, quer para os seguir nas suas consultas externas.

Na região sul do país, e não apenas em Lisboa, os doentes infectados pelo VIH eram canalizados para os centros de referência existentes: o Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral (Pavilhões D e F), a Enfermaria Escolar do Hospital Egas Moniz e o Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Santa Maria.

Particularmente os Hospitais Cívicos de Lisboa e o seu grande Serviço de Urgência no Hospital de S. José, enviavam os seus doentes para as duas primeiras instituições acima referidas.

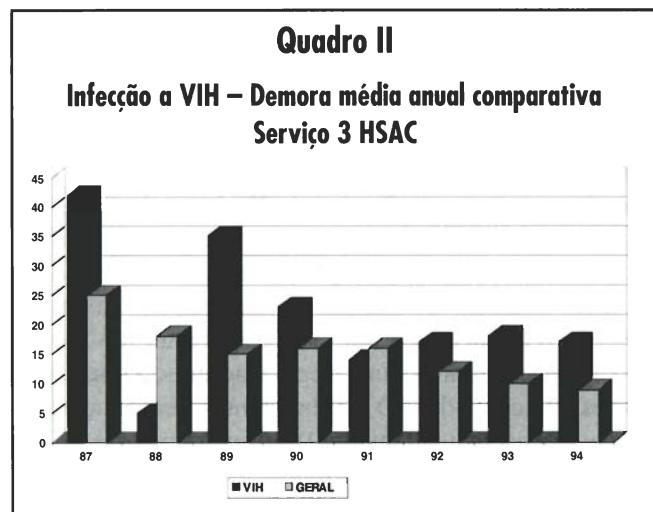
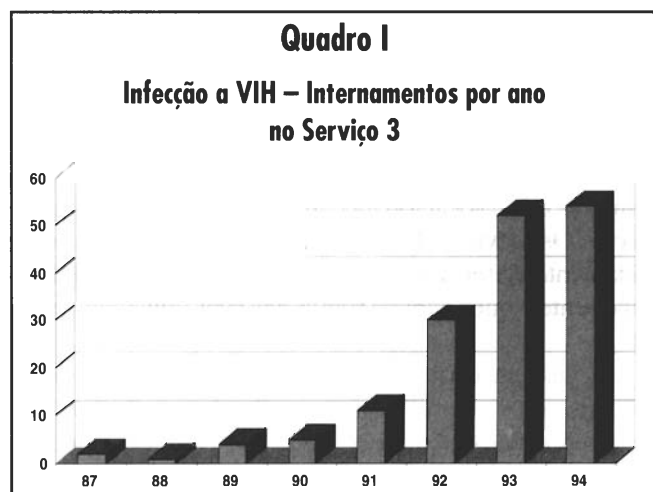
Após a abertura do Serviço de Urgência do Subgrupo Hospitalar Capuchos-Desterro, no Hospital dos Capuchos, em Julho de 1991, esta situação modificou-se radicalmente. Este Subgrupo Hospitalar, dispendo de 159 camas em 4 Serviços de Medicina Interna, passou a ter um Serviço de Urgência, servindo uma população directa (cidade de Lisboa) de cerca de 400 000 habitantes, realizando uma triagem de aproximadamente 180 doentes por dia, de que resultam, em média, 18 internamentos diários. Desta realidade, resultou um elevado número de internamentos de

* Assistente Eventual de Medicina Interna
 ** Interno do Internato Complementar de Medicina Interna
 *** Chefe de Serviço de Medicina Interna
 Serviço 3 de Medicina Interna do Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

seropositivos e de doentes com SIDA. Foi necessário realizar toda uma aprendizagem, já que pela primeira vez estes doentes começaram a ser internados nestes serviços de Medicina. Esse treino envolveu médicos e enfermeiros bem como pessoal auxiliar dos serviços. Foi necessário adquirir novos conhecimentos e, acima de tudo, adquirir a capacidade de estabelecer uma relação eficaz e segura com o seropositivo, o doente com SIDA e, muitas vezes, com o toxicodependente.

O nosso grupo de médicos do Serviço 3 de Medicina Interna do Hospital dos Capuchos, procura estar atento a estas questões, estudando-as e reflectindo sobre elas, para assim sermos mais capazes de prestar a nossa função assistencial a estes doentes.

Os objectivos deste trabalho são a análise da actividade que temos vindo a desenvolver nos últimos anos na abordagem do doente infectado pelo VIH, no âmbito deste Subgrupo Hospitalar e do Serviço 3 de Medicina, na vertente do internamento (com 48 camas) e da Consulta Externa. Procuramos avaliar os diferentes momentos por que passam os doentes, desde a admissão na Urgência até ao período após a alta hospitalar, tentando apontar deficiências e possíveis soluções.



Material e métodos

Efectuámos uma análise retrospectiva referente aos doentes internados no Serviço 3 com seropositividade para o VIH1 ou VIH2 e /ou critérios de SIDA (utilizámos a Classificação dos CDC - 93).

Contabilizámos 107 doentes para um total de 157 internamentos entre 1987 e 1994, dos quais 105 tinham infecção pelo VIH1 e apenas 2 pelo VIH2. Setenta e oito dos doentes eram de sexo masculino e 27 de sexo feminino, sendo 95 de raça eurocaucasóide, 1 indocaucásioide e 9 de raça negraíde.

Cento e um doentes apresentaram um teste de ELISA positivo, confirmado por Western Blot em 84 doentes.

Alguns doentes tiveram alta a pedido e não foi possível confirmar laboratorialmente o que era evidente clinicamente, pelo que, apesar disso, foram incluídos neste estudo.

Resultados

Relativamente à proveniência dos doentes, salienta-se que a maioria (80%) foi internada pelo Serviço de Urgência, com baixa percentagem de internamentos pela consulta (7%), por transferência da Unidade de Cuidados Intensivos (8%) ou por transferência de outros Serviços do hospital (5%).

Os Quadros 1 e 2 permitem constatar o elevado acréscimo de internamentos verificado nos últimos anos, particularmente a partir de 1992 (após a abertura do Serviço de Urgência do HSAC), sendo os números de 1994 subestimados, já que se referem aos internamentos até ao mês de Outubro. A demora média global do Serviço tem vindo a baixar, circunstância que se relaciona também com a

Quadro III
Infeção a VIH – Motivos de internamento

FEBRE	96
TOSSE/EXPECTORAÇÃO	82
MAU ESTADO GERAL	55
DIARREIA	20
ASTENIA/ ANOREXIA	19
DISPNEIA	17
DOR TORÁCICA	10

Quadro IV
Classificação CDC 93 – Por internamentos

	A	B	C
0	19	19	26
1	6	6	5
2	1	7	14
3	1	6	46

0 = Sem estudo das subpopulações linfocitárias

abertura da Urgência, enquanto a duração dos internamentos dos doentes infectados pelo VIH, embora a diminuir, se mantém estável nos três últimos anos. Salienta-se uma demora média que, neste caso, é cerca do dobro dos restantes doentes do Serviço.

Esta população distribui-se principalmente no grupo etário dos 20 aos 30 anos (46,7%) e, se considerarmos o intervalo dos 20 aos 40 anos, este inclui 72% da totalidade dos doentes, tendo apenas 9% e 10% idades abaixo dos 20 e acima dos 50 anos, respectivamente.

O comportamento de risco predominante foi a toxicodependência (63,5%), seguido da heterossexualidade (16,6%) e da homossexualidade (6,4%). Em 13,5% dos casos não foi possível avaliá-lo.

No Quadro 3, são apresentados os motivos de internamento mais frequentes nestes doentes, sendo estas as queixas que quase sempre os levam ao Serviço de Urgência. Salientam-se como mais prevalentes os sintomas respiratórios e constitucionais, sendo causas menos frequentes as intoxicações e as "overdoses". Alguns doentes foram admitidos por transferência de Serviços de Cirurgia, após drenagem cirúrgica de abscessos cutâneos ou de pneumotórax espontâneo.

O nosso grupo de doentes apresenta critérios de gravidade muito significativos. Cerca de 58,3% dos internamentos são doentes com critérios clínicos de SIDA pela classificação CDC - 93³.

A percentagem de internamentos de doentes com contagens de CD4 inferior ou igual a 200 (CDC - 3) é de 34% ou de 57,6%, consoante consideramos a totalidade de internamentos ou apenas aqueles em que fizemos avalia-

ções das subpopulações linfocitárias. Para CD4 abaixo de 400, estes valores são de 48% e de 81,5%, respectivamente. A média de valores de CD4 para os doentes com menos de 200, foi de apenas 71, com um índice de 0,14.

Paradoxalmente, os valores de β 2-microglobulina e de AgP24 são relativamente baixos, facto que pensamos estar relacionado com o escasso número de doentes em que estes parâmetros foram determinados.

Os diagnósticos que obtivemos estão de acordo com a maior parte das grandes séries nacionais² e internacionais, salientando-se o elevado número de tuberculoses, mais frequentes em valor absoluto que as pneumocistoses, pela elevada incidência e prevalência daquela entidade em Portugal.

Muito baixo foi o número de micobacterioses atípicas, por dificuldade no diagnóstico laboratorial e, provavelmente, pela já reconhecida menor incidência desta entidade nosológica nos países do sul da Europa^{4,5}.

Encontrámos algumas situações clínicas menos frequentes, mas interessantes, entre as quais destacamos: leishmaníase visceral com envolvimento pleuropulmonar⁶, sarcoma de Kaposi plurivisceral⁷, tuberculose miliar e anemia hemolítica⁸, miocardiopatia dilatada do VIH e radículomielopatia a CMV com tetraplegia flácida⁹.

Quase em paralelo com a infecção pelo VIH, e particularmente nos toxicod dependentes, surgem as hepatites B e C, tendo a maioria destes doentes serologias positivas (hep. B 61,2% e hep. C 61,5%) ou até mesmo hepatite viral activa (hep. B 26,5%), sendo, como se sabe, difícil a distinção entre o estado de portador e o de doente pelo vírus C.

Embora numa amostra pequena, estes números já nos parecem significativos.

Quadro V

**Infecção a VIH – Estadiamento laboratorial
(Valores médios de CD4 por classes de CDC 93)**

	1	2	3
CD4	710	348	71
CD8	908	1093	473
ÍNDICE	0.68	0.39	0.14
BETA2M	1.15	2.3	3.2
AGP24	2.3	34.2	34.1

Quadro VI

Infecção a VIH –Diagnósticos mais comuns

DEPENDÊNCIA DE OPIÁCEOS	99
SIDA	98
SEROPOSITIVIDADE S/ SIDA	58
CANDIDIASE ORAL	50
TUBERCULOSE	34
PPC	31
SARCOMA DE KAPOSI	11

Quadro VII

Infecção a VIH –Serologia das Hepatites Virais

	HBV	HCV	HDV
DESCONHECIDA	46	68	103
NEGATIVA	19	15	2
RECENTE	13	–	1
ANTIGA	3	–	1
PORTADOR	14	24	–

Quadro VIII

Infecção a VIH –Procedimentos mais comuns

ECOGRAFIA ABDOMINAL	51
MIELOGRAMA / BIÓPSIA ÓSSEA	46
ECOCARDIOGRAMA	43
PUNÇÃO LOMBAR	40
TC CÉ	36
TC TÓRAX	23
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	23

É fundamental para o nosso trabalho o apoio dos meios complementares de diagnóstico. O Quadro 8 apresenta alguns dos procedimentos importantes para efectuarmos os diagnósticos e tratarmos correctamente os nossos doentes.

Embora mereça destaque um claro esforço da parte de alguns serviços na melhoria da qualidade e na rapidez do apoio prestado, temos ainda significativas carências. Parece-nos primordial dispormos com facilidade de broncofibroscopias com lavado bronco-alveolar, ecocardiogramas, uma resposta rápida da Anatomia Patológica, e melhores e mais expeditos canais de acesso a exames imunológicos e, por exemplo, a testes de sensibilidade para tuberculostáticos.

Elaborámos uma ficha informatizada de internamento e consulta¹⁰ (Quadros 9 e 10) para acompanhar cada doente no internamento e após a alta, na Consulta Externa. Nela são registados parâmetros clínicos e laboratoriais de modo a permitir uma avaliação objectiva da situação clínica do doente, com utilidade prognóstica e terapêutica. Pretende-se também estabelecer uma melhor ligação entre a enfermaria e a Consulta Externa. A informatização destes

dados permite uma aferição mais precisa dos actos médicos, da terapêutica e do eventual valor prognóstico de alguns marcadores.

De significativa importância tem sido o apoio que nos é dado pela Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do nosso Hospital, quer na execução de alguns procedimentos, quer principalmente na admissão de doentes graves, requerendo uma Medicina intensiva.

Um estudo¹¹ efectuado nesta unidade, em 33 internados num período de dois anos, permitiu concluir que estes doentes requerendo maiores cargas de trabalho têm uma menor mortalidade intra-hospitalar, quando comparados com os restantes doentes da UCIP, mesmo quando foram ventilados mecanicamente.

A análise da terapêutica anti-retroviral revelou, em primeiro lugar, um elevado número de doentes a quem durante o internamento não foi administrada qualquer terapêutica deste tipo (48,5%), devido a vários aspectos como: o elevado número de altas a pedido, muitas vezes com breve permanência no serviço; internamentos breves por intoxicação medicamentosa ou hepatites virais agudas, e que após a alta se constatava serem os doentes seropositivos para o VIH; uma atitude inicial de só introduzir os antivirais após a alta, em regime de consulta externa, ou enviando os doentes para consultas de Infeciologia e aguardando primeiro, em muitos casos, os resultados das subpopulações linfocitárias.

Posteriormente, esta atitude foi abandonada. E se, numa primeira fase, se utilizou predominantemente a zidovudina – ZDV^{12,15} – (45,7%) e, em muito menor número, a didanosina – ddi – (1,9%), em 1994 já passou a ser mais frequente e, ultimamente, predominante, a associação ZDV+ddI16-18 (3,9%) com doses mais baixas de zidovudina.

Pelos mesmos motivos acima referidos¹⁹, em muitos doentes não foi feita também terapêutica profiláctica (50,6%). As profilaxias mais frequentemente realizadas foram as da pneumocistose (37,3%), tuberculose (25,4%), candidíase (24,6%) e toxoplasmose (10,4%). Em muitos casos, foram efectuadas em conjunto.

A maior parte dos doentes são encaminhados, após a alta, para a Consulta Externa de Medicina Interna (62,8%). Os restantes destinos são: altas a pedido (17,9%), falecidos (10,3%), transferidos para outros serviços (6,4%) e para a UCIP (2,6%).

Muitos doentes não continuam, porém, a ser seguidos na consulta, já que ou nunca aparecem ou abandonam-na. São, em grande parte, jovens toxicodependentes de drogas endovenosas, constituindo uma população com múltiplas carências e pouco “disciplinada”.

É difícil reunir e organizar os dados obtidos por todos os médicos do Serviço que fazem consulta. Pensamos que poderá ser útil a existência de uma ficha comum para internamento e consulta (Quadros 9 e 10). Trata-se de uma

Quadro IX

Hospital de Santo António dos Capuchos Serviço 3

Infecção a VIH – Ficha de internamento e consulta

Processo N.º _____ Ano _____ Int. Anteriores _____ Admissão _____

Idade _____ Sexo _____ Raça _____ Duração de Internamento _____

Comportamento de risco _____ Classe CDC _____

Motivo de Internamento _____

Parâmetros Laboratoriais: HB _____ VGM _____ Plaquetas _____

GB _____ N _____ L _____

CD4 _____ CD8 _____ I _____

IGA _____ IgG _____ IGM _____

B2µG _____ AgP24 _____

Mantoux _____ Multitest _____

Serologias: VIH1 _____ VIH2 _____ Toxo _____ EBV _____ CMV _____ HSV _____

CN _____ HBV _____ HDV _____ VDRL/TPHA _____

Avaliação Nutricional: Albumina _____ Ferritina _____ Supf. Corporal _____

Avaliação Funcional: Esc. Karnofsky _____ Minimental Test _____

Terapêutica Antiviral _____ Profilaxias _____

Actos e procedimentos: _____

Diagnóstico de saída: _____

Destino: _____

Médicos Assistentes: _____

consulta de Medicina Interna e não de uma consulta apenas de doentes seropositivos para o VIH.

Raramente nos são enviados doentes à consulta pelos colegas dos Centros de Saúde. As razões para que tal não ocorra são fundamentalmente duas: não somos um centro de referência no acompanhamento de seropositivos para o VIH e a nossa população de doentes tem como comportamento de risco mais frequente a toxicod dependência, com as consequências daí decorrentes.

Discussão

A organização da assistência médica aos seropositivos e doentes com SIDA é variável. Mesmo dentro de cada país há uma grande variabilidade na forma como estão estabelecidas as estruturas que lhes dão apoio.

Entre nós, após a primeira fase que envolveu quase em exclusivo os infecciosologistas e os Serviços de Doenças Infecciosas, surgiu um novo patamar, onde ainda nos encontramos, que é constituído pelos serviços de Medicina Interna como base de apoio hospitalar a estes doentes. É, assim, necessária uma melhor formação e treino dos internistas nesta área, para que possam ter dela um domínio completo.

Espera-se que, numa próxima etapa, sejam os Hospitais Distritais e também os Centros de Saúde a fazer o acompanhamento dos seropositivos e doentes com SIDA, no âmbito de uma estrutura que terá necessariamente o apoio de especialistas de vários sectores, entre os quais internistas e infecciosologistas.

Imaginamos um circuito que se inicia e acaba na comunidade, passando pelos Centros de Saúde, consultas vocacionadas, Serviços de Urgência e internamento hospitalar, com apoio de várias especialidades, incluindo os cuidados intensivos.

Procuramos analisar, à luz da nossa experiência, as vertentes hospitalares deste percurso. Encontrámos na nossa série um doente tipo: sexo masculino e raça eurocaucasóide, com 20 a 30 anos de idade, toxicod dependente de drogas endovenosas, VIH 1 positivo já com critérios de SIDA, admitido pelo Serviço de Urgência com queixas respiratórias e constitucionais. Raramente vem referenciado pelo médico de família e, muitas vezes, não pertence à nossa área hospitalar, tendo internamentos prévios e exigindo muitas vezes alta. Trata-se de uma população que reflecte o momento actual da epidemia de SIDA no nosso País, bem como as carências existentes no sector da Saúde.

Há que construir um relacionamento mais útil e produtivo entre os Hospitais e os Centros de Saúde. Devemos ter consultas de referência integradas nessa relação articulada.

Será que um Serviço de Medicina Interna deve ter uma consulta dirigida a doentes seropositivos VIH e com SIDA?

Teoricamente, pensamos que não. Pelas mesmas razões, achamos que não se justifica existir consultas dirigidas de hipertensão ou de diabetes *mellitus*. O internista tem que ter a capacidade, até pela prevalência destas situações, para poder e saber acompanhar estes doentes na sua consulta.

Mas a realidade é, por vezes, diversa. A quantidade de informação científica e a necessidade de constante actualização, em conjunto com o esforço para reunir e economizar meios, constituindo grupos pluridisciplinares, podem justificar a sua abertura.

O fiel desta balança só deve ser o doente. Beneficia claramente ou não com a existência dessas consultas?

Aspectos a ter em conta são ainda os que decorrem da estrutura de cada instituição. No nosso Subgrupo Hospitalar, a existência de vários serviços de médias dimensões pode ser um factor de descontinuidade na avaliação individual e global destes doentes.

No internamento, precisamos de mais e melhores apoios, para obter meios complementares de diagnóstico, e precisamos ainda de desenvolver relações institucionais mais estreitas com laboratórios de referência. Para o nosso grupo de trabalho, será fundamental haver maior disponibilidade de alguns exames, como ecocardiogramas e broncofibroscopias.

Quadro X

Ficha de internamento e consulta – Infecção VIH

• Motivos de Internamento, Diagnósticos e Actos => Códigos da OMS
• VIH: • Médicos Assistentes => Códigos do Serviço

<p>• Admissão e Destino:</p> <ul style="list-style-type: none"> U - Urgência C - Consulta T - Transferido I - UCI F - Falecido P - Alta a Pedido 	<p>• Comportamento de Risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Desconhecido 1 - Homo 2 - Hetero 3 - Bissexual 4 - Toxicod dependente 5 - Transferido 6 - Vários 	<p>• VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Desconhecido 1 - Negativo 2 - ELISA + 3 - WB 												
<p>• Serologias:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Desconhecido 1 - Negativo <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">IgM</td> <td style="text-align: right;">IgG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 - +</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 - +</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - +</td> <td>+</td> <td></td> </tr> </table>	IgM	IgG		2 - +	-		3 - +	-		4 - +	+		<p>• HBV:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Desconhecido 1 - Negativo 2 - Portador Crónico 3 - Infecção aguda 4 - Infecção antiga 5 - Portador de baixos títulos 	
IgM	IgG													
2 - +	-													
3 - +	-													
4 - +	+													
<p>• Outras Serologias:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - Candida 2 - Salmonela 3 - Brucela 4 - Rickettsias 5 - Leishmania 6 - Outras 	<p>• Profilaxias:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Nenhuma 1 - BK 2 - PC 3 - Toxoplasma 4 - Candida 5 - BK + Candida 6 - BK + PC + Candida 7 - Outras 	<p>• Terapêutica Antiviral</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - Desconhecida 2 - Nenhuma 3 - ZDV 4 - ddI 5 - ZDV + ddI 6 - Outras 												

Um dos sectores hospitalares que nos tem dado grande apoio têm sido as Unidades de Cuidados Intensivos.

A organização da nossa actividade na enfermaria e consulta externa é muito importante. Nesse sentido, desenvolvemos a ficha de internamento e consulta informatizada (Quadros 9 e 10) que pretende fazer uma melhor ligação da nossa acção assistencial e que permitiu, nomeadamente, a recolha dos dados deste trabalho.

O momento da alta é, por vezes, o mais difícil. É necessário garantir que o doente tenha possibilidade de continuar a terapêutica. Nem sempre tem condições económi-

cas ou o apoio de familiares e amigos. Quase sempre a situação mais frequente e preocupante é a do toxicod dependente, isolado da família e da sociedade. Estamos ainda longe do momento em que o apoio dado a estes doentes possa ser prestado no seu domicílio.

São necessários mais recursos, nomeadamente no âmbito da assistência social. Tem sido feito um esforço significativo por parte das chamadas organizações de apoio não oficiais, e nalguns casos oficiais, mas nesta, como em outras vertentes desta questão universal que é a SIDA, a maior parte do trabalho continua por fazer.

Bibliografia

1. Volberding 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.
2. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. SIDA - A Situação em Portugal a 30 de Setembro de 1994. 1994; Doc. 81: 1-14.
3. 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).
4. Nightingale SD, Byrd LT, Southern PM, Jockusch JD, Cal SX, Wynne BA. Incidence of *Mycobacterium avium-intracellulare* complex bacteremia in human immunodeficiency virus-positive patients. *J Infect Dis* 1992; 165: 1082-1085.
5. Honsburgh CR. *Mycobacterium avium* complex infection in the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1991; 324: 1332-1338.
6. Xavier L, Godinho R, Santos H, Poole da Costa JA. Leishmaníase visceral e infecção por HIV - apresentação atípica com envolvimento pleuropulmonar. Livro de resumos das "III Jornadas de Medicina Interna da Zona Sul", Lisboa. 1993: 49.
7. Teófilo E, Miranda S, Ribeirinho C, Ferreira de Almeida A. Sarcoma de Kaposi em doente com SIDA. Livro de resumos das "IV Jornadas de Medicina Interna da Zona Sul", Lisboa. 1994: 34.
8. Marujo A, Viegas F, Carvalho AL, Poole da Costa JA. SIDA com tuberculose miliar e anemia hemolítica. Livro de resumos das "III Jornadas de Medicina Interna da Zona Sul", Lisboa. 1993: 20.
9. Costa H, Matos R, Teófilo E, Aguiar C, Poole da Costa JA. Flaccid quadriplegia in an AIDS patient. Livro de resumos do "22nd Congress of the International Society of Internal Medicine", Budapeste. 1994.
10. Teófilo E, Matos R, Poole da Costa JA. Infecção HIV - Ficha de Internamento e Consulta. Livro de resumos de posters das "III Jornadas de Medicina Interna da Zona Sul". Lisboa. 1993: 23.
11. Moreno R, Estrada H, Miranda I, Teixeira H, Matos R, Calado J. HIV infection in an ICU. Livro de resumos do "VII European Congress On Intensive Care", Innsbruck. 1994: 116.
12. Lundgren J, Phillips A, Pedersen C. and the AIDS in Europe Study Group. Comparison of the long-term prognosis of AIDS patients treated and not treated with Zidovudine; Resumo 035 - "4th European Conference On Clinical Aspects and Treatment of HIV infection", Milão. 1994.
13. Graham NMH, Zeger SL, Park LP et al. The effects on survival of early treatment of human immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1992; 326: 1037-1042.
14. Cooper DA, Gatell JM, Kroon S et al. Zidovudine in persons with asymptomatic HIV infection and CD4+ cell counts greater than 400 per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1993; 329: 297-303.
15. Lenderlring WR, Gelber RD, Cotton DJ et al. Evaluation of the quality of life associated with Zidovudine treatment in asymptomatic human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1994; 330(11): 738-743.
16. Teófilo E. Terapêutica anti-retroviral na infecção a VIH. *Medicina Interna* 1994; 1 (3): 169-182.
17. Collier AC et al. Combination Therapy with Zidovudine and Zalcitabine in HIV-1 Infection. *Ann Int Med* 1993; 119: 786-793.
18. Shooley R and the Wellcome Resistance Study Collaborative Group. Trial of ZDV/ddI vs. ZDV/ddC vs. ZDV in HIV infected patients with CD4 cell counts less than 300: Preliminary results; Resumo 052 - "4th European Conference On Clinical Aspects and Treatment of HIV infection", Milão. 1994.
19. Havlir D, Richardson D. Antiretroviral Therapy. *Current Opinion in Infectious Diseases* 1995; 8: 66-73.