

.....

# Assistência a doentes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: experiência num Serviço de Medicina Interna

Margarida Lucas\*, Ana E.Sousa\*\*, Vasco A.J.Maria\*\*\*, Luísa Rebocho\*\*\*\*, M. João N.Silva\*\*\*\*\*, Rui M.M.Victorino\*\*\*\*\*

.....

## Resumo

*Apresenta-se a experiência na área da infecção pelo VIH no contexto de um Serviço de Medicina de um Hospital Central, quer a nível de internamento quer de consulta externa. Descrevem-se as características clínicas e epidemiológicas dos 54 doentes observados (VIH1 - 46 e VIH2 - 8) bem como alguns aspectos do diagnóstico das infecções oportunistas e das opções de terapêutica antiviral. Analisa-se a evolução dos doentes ao longo de um "follow-up" médio de cerca de dois anos e meio bem como o impacto em termos de internamento na nossa Unidade, salientando-se a dispo-*

*nibilidade dos vários profissionais de saúde para enfrentar os difíceis problemas assistenciais destes doentes no contexto de um Serviço de Medicina Interna. Finalmente discute-se o papel do Internista na assistência aos doentes com infecção pelo VIH, defendendo-se um envolvimento directo e continuado ao longo da história natural da doença.*

**Palavras-chave:** SIDA, Medicina Interna, VIH1, VIH2, manifestações clínicas, assistência hospitalar.

## Abstract

*We report our experience on HIV infection in the context of an Internal Medicine Department in a Central Hospital regarding both outpatient and inpatient medical management. The clinical and epidemiological characteristics of the 54 patients (HIV1 - 46 and HIV2 - 8) as well as some diagnostic aspects of the opportunistic infections and of the antiviral therapy options are presented. We analyse the evolution of the patients throughout a medium follow-up period of two and half years as well as the significant impact in terms of hospital admissions. Emphasis is given to the motivation and collaboration of all the health professionals to face the difficult clinical problems of these patients in the context of an Internal Medicine Unit. Finally the role of the Internist in the health care of patients with HIV infection is discussed and we argue in favour of a direct and continuous involvement of these specialists in all stages of the natural history of the disease.*

**Key words:** AIDS, Internal Medicine, HIV1, HIV2, clinical manifestations, hospital care.

## Introdução

O síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) descrito no início da década de 80 tem vindo a adquirir um peso cada vez maior nos cuidados hospitalares não só em termos do número crescente de doentes com infecção assintomática pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) como também

\* Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria

\*\* Grau de Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria

\*\*\* Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa em Imunologia Clínica

\*\*\*\* Interna da Especialidade de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria

\*\*\*\*\* Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria

\*\*\*\*\* Chefe de Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria (Med.I). Professor Associado da Faculdade de Medicina de Lisboa  
Serviço de Medicina 2, Hospital Universitário de Santa Maria

daqueles que nos chegam com um diagnóstico já estabelecido de SIDA. O grande peso assistencial destes doentes tem sido predominantemente suportado pelos Serviços de Doenças Infecto-Contagiosas, uma vez que após o diagnóstico de infecção é prática habitual a referência a estes serviços. No entanto, o número progressivamente maior de doentes que acorrem às Consultas Externas e/ou Serviços de Urgência dos hospitais, com patologias relacionadas com a infecção pelo VIH, tem levado vários autores a defender a nível internacional<sup>1</sup> e nacional<sup>2</sup> a necessidade de um envolvimento mais marcado dos Serviços de Medicina Interna e dos Internistas neste problema de Saúde Pública. Por outro lado a própria natureza da doença, nomeadamente o seu carácter crónico, bem como as manifestações multissistémicas configuram-na como uma patologia para a qual os Internistas estão adequadamente vocacionados. Finalmente, consideramos que o envolvimento crescente dos Internistas pode ajudar a evitar o clássico problema de considerar a infecção pelo VIH "como um problema dos outros"<sup>3</sup>, em virtude do papel central da Medicina Interna na dinâmica hospitalar.

O nosso grupo de trabalho tem estado envolvido no problema da infecção pelo VIH através de uma actividade regular de Medicina Interna no Serviço de Medicina 2 do Hospital de Santa Maria<sup>4-7</sup> e do

desenvolvimento de trabalho de investigação imunológica na Faculdade de Medicina de Lisboa<sup>8-10</sup>, bem como em trabalho epidemiológico a nível extra-hospitalar<sup>11-15</sup>. Os objectivos deste artigo são por um lado descrever a experiência de um grupo num Serviço de Medicina Interna na área da infecção pelo VIH quer a nível de internamento quer do seu acompanhamento em consulta externa e, por outro lado, discutir alguns problemas dos Serviços de Medicina Interna no apoio a estes doentes bem como as vantagens do seu envolvimento.

## Doentes e Métodos

A análise retrospectiva apresentada refere-se a uma série de 54 doentes com infecção pelo VIH (Quadro 1) acompanhados entre 1985 e 1993, na Consulta Externa de Medicina e/ou internamento no Serviço de Medicina 2, dos quais 46 tinham infecção pelo VIH1 e 8 pelo VIH2. Trinta e cinco doentes eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino, sendo 42 de raça branca e 12 de raça negra. Todos os doentes apresentaram um teste de ELISA positivo confirmado por Western Blot que estabeleceu o diagnóstico diferencial entre infecção pelo VIH1 e pelo VIH2, sendo os casos duvidosos resolvidos através de teste utilizando um péptido sintético de cada um dos vírus separadamente (Peptilav Diagnostics Pasteur).

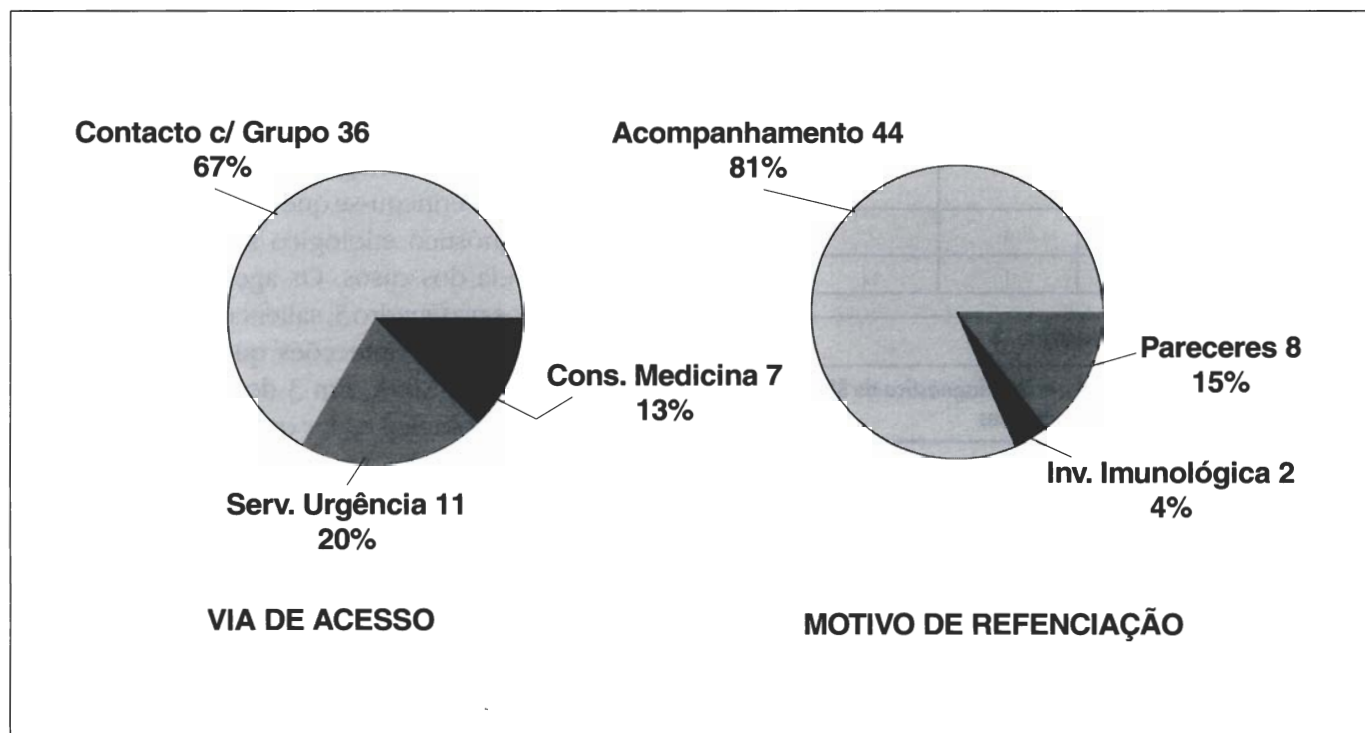


Figura 1 - Via de acesso e motivo de referência dos 54 doentes com infecção pelo VIH



## Resultados

Em relação à via de acesso dos doentes ao nosso grupo é de destacar que a maioria destes (81%) foram referenciados pelos colegas para acompanhamento clínico (Figura 1), sendo os motivos da realização do "teste VIH" apresentados na Figura 2.

Ao longo de um follow-up médio de 30±27 meses (limite: 2 semanas e 7,5 anos), 12 doentes evoluíram para SIDA dos quais 7 eram inicialmente LPG, 3 PA, 1 com CRS e 1 do Grupo CDC IV-C<sub>2</sub> (Quadro 2). O critério de diagnóstico de SIDA (Quadro 3) foi estabelecido pelo desenvolvimento de infecções oportunistas em 74% dos doentes, sendo a tuberculose extrapulmonar a mais frequente (7 doentes) seguida da candidíase esofágica (6 doentes) e em 5 doentes pelo diagnóstico de sarcoma de Kaposi.

As médias de linfócitos CD4+ e CD8+ (determinadas em citometria de fluxo - EPICS Profile - Laboratório de Medicina 2) nos doentes com infecção pelo VIH1 não diferiam significativamente dos doentes com infecção pelo VIH2, observando-se na série global a esperada depressão ligeira de CD4 nos doentes assintomáticos/LPG (810±69 EPM) e depressão marcada nos doentes com SIDA (218±46 EPM). Quanto às respostas linfocitárias proliferativas aos mitogénios PHA e PWM (Laboratório de Medicina 2)<sup>8</sup> estavam marcadamente diminuídas nos doentes com critérios de SIDA não havendo alterações significativas nos doentes assintomáticos ou com LPG e por outro lado não havia diferenças significativas entre doentes infectados pelo VIH1 e pelo VIH2 (dados não apresentados).

As manifestações clínicas mais frequentes nesta série de doentes foram as gastroenterológicas (52%) e as dermatológicas (35%) seguidas pelas manifestações pulmonares (26%), neurológicas (19%) e oftalmológicas (19%) (Quadro 4). É de destacar em primeiro lugar a frequência e importância das manifestações gastroenterológicas (28 dos 54 doentes) não só como forma de apresentação da infecção pelo VIH mas também pelo seu peso em termos de morbilidade ao longo da história natural da doença. A diarreia foi o sintoma mais frequente seguido pela disfagia, dores abdominais, rectorragias, proctalgias e episódios de hemorragia digestiva alta. Em relação à diarreia verificou-se que foi possível estabelecer um diagnóstico etiológico numa percentagem muito elevada dos casos. Os agentes responsáveis estão listados no Quadro 5, salientando-se a frequência considerável de infecções que não constituem critérios CDC de SIDA. Em 3 doentes não foi feito diagnóstico etiológico e, por outro lado, em 5 doentes foram identificados 2 agentes, num doente 4 agentes e noutro 5 agentes etiológicos possíveis para a diarreia. A etiologia das rectorragias (7 casos) foi o sarcoma de Kaposi em 2, proctite pelo herpes simplex em 2, condiloma acuminatum em 1, angiodisplasia em 1 e tuberculose em 1. A análise da rentabilidade dos exames complementares de diagnóstico efectuados revelou que os exames radiológicos (trânsito intestinal - 9 doentes e clister opaco - 8 doentes)

**Quadro 1**

**Caracterização clínica e epidemiológica dos 54 doentes com infecção pelo VIH**

	VIH1(46doentes)	VIH2(8 doentes)	Total(54 doentes)
Sexo (M/F)	34/12	1/7	35/19
Raça (branca/negra)	39/7	3/5	42/12
Idade média (anos)	38±12(20-66)	39±13(29-62)	38±12(20-66)
Epidemiologia			
• Homossexual/Bisexual	20/1	0	21 (39%)
• Heterossexual	17	5	22(41%)
• Toxicod dependência e.v.	7	0	7(13%)
• Pós-transfusional	1	3	4(7%)

**Quadro 2**

**Classificação CDC dos doentes com infecção pelo VIH no início do follow-up e evolução para SIDA.**

Classificação CDC	Início do follow-up	Evolução para SIDA (Tempo médio-meses)
Portador assintomático (PA) - Grupo II	13	3 37±32
Linfadenopatia persistente generalizada (LPG) - Grupo III	18	7 33±19
Complexo relacionado com SIDA (CRS) - Grupo IV-A	1	1 3
Outras - Grupo IV - C2 e E	3	1 37
SIDA - Grupo IV - C1 e D	1	14 —

**Quadro 3**

**Patologias que estabeleceram diagnóstico de SIDA em 31 doentes**

<b>• Infecções oportunistas - 23 doentes (74%)</b>	
Tuberculose extra-pulmonar	7
Candidíase esofágica	6
Isosporidíase belli	3
Pneumonia P. carinii	3
Criptosporidíase	2
Toxoplasmose	1
Criptococose	1
<b>• Neoplasias - 6 doentes(19%)</b>	
Sarcoma de Kaposi	5
Linfoma do SNC	1
<b>• Síndrome consumptivo - 2 doentes (6%)</b>	

não contribuíram para o diagnóstico definitivo em nenhum caso. Pelo contrário, os exames endoscópicos mostraram uma rentabilidade elevada no diagnóstico da patologia associada ao VIH sendo de salientar que nos 17 doentes em que foi efectuada endoscopia alta com biópsia na terceira porção do duodeno, em 11 foi possível estabelecer diagnóstico microbiológico (Isospora belli 3, Criptosporidium 3, M.avium intracellulare 3 e Giardia lamblia 5). Em 17 doentes, a rectosigmoidoscopia com biópsias

permitiu o diagnóstico de sarcoma de Kaposi em 2, rectite por herpes simplex em 2 e linfoma em 1 doente. Nos 9 doentes em que foi efectuada colonoscopia as biópsias do colon trouxeram informação adicional em relação à rectosigmoidoscopia apenas em 2 casos, permitindo o diagnóstico de infecção pelo citomegalovirus (biópsias do colon direito) e tuberculose do cego e íleon terminal.

Das manifestações dermatológicas ocorridas em 35% dos doentes (Quadro 4) as mais frequentes foram as infecções por herpes simplex/zoster e o sarcoma de Kaposi. Todos os casos de infecção pelo herpes foram medicados com Aciclovir, tendo-se registado recidivas, mesmo sob profilaxia secundária. Em 3 dos 7 doentes com sarcoma de Kaposi foi efectuada terapêutica com Interferão, com resposta parcial.

Dentro das manifestações pulmonares diagnosticadas em 14 doentes, a mais frequente foi a pneumonia por pneumocystis carinii (6 doentes). A tuberculose foi o segundo diagnóstico mais frequente e é ainda de referir, em 3 doentes, a ocorrência de pneumonias bacterianas (recidivantes em 2) com boa resposta antibiótica a derivados da penicilina e cefalosporina (Quadro 4).

Em relação às manifestações neurológicas verificadas em 10 doentes (19%) a causa mais frequente foi a toxoplasmose, sendo em todos os doentes este diagnóstico presumptivo com base nas lesões encontradas na TAC crânio-encefálica e na resposta à terapêutica (Quadro 4).

Cinco doentes tiveram manifestações oftalmológicas, tendo-se diagnosticado em 3 retinite pelo citomegalovirus com resposta transitória (melhoria ou estabilização das lesões) com a terapêutica com Ganciclovir; nos 2 doentes com herpes zoster oftálmico, houve uma resposta favorável à terapêutica com Aciclovir mas com recidivas em ambos (Quadro 4).

A análise desta série relativamente às terapêuticas anti-retrovirais refere-se essencialmente à Zidovudina (AZT) uma vez que apenas 2 doentes foram submetidos a terapêutica com Didanosina (DDI) por intolerância à Zidovudina (anemia < 7.5 g% Hb e dependência de transfusões). Assim, 30 doentes fizeram terapêutica com AZT tendo actualmente um "follow-up" médio de 16±13 meses (limites entre 2 semanas e 54 meses). Salienta-se que as reacções adversas ao medicamento foram mais frequentes na fase inicial em que se usavam doses maiores de

<b>Quadro 4</b>	
<b>Manifestações clínicas mais frequentes na série de doentes com infecção pelo VIH</b>	
<b>• Gastroenterológicas - 28 doentes (52%)</b>	
Candidíase esofágica	15
Isosporidiose	4
Micobacteriose	4
Criptosporidiose	2
Herpes simplex	2
Citomegalovirus	1
Tuberculose intestinal	1
Condilomata acuminata	2
Sarcoma de Kaposi	3
Linfoma intestinal	1
<b>• Dermatológicas - 19 doentes (35%)</b>	
Herpes zoster/simplex	7
Sarcoma de Kaposi	7
Dermite seborreica	4
Criptococose	1
Mol. contagiosum	1
Outras	3
<b>• Pulmonares - 14 doentes (26%)</b>	
Pneumonia P. carinii	6
Tuberculose	5
Pneumonia bacteriana	3
<b>• Neurológicas - 10 doentes (19%)</b>	
Toxoplasmose	5
Criptococose	1
Herpes simplex	1
Outras	3
<b>• Oftalmológicas - 5 doentes (9%)</b>	
Citomegalovirus	3
Herpes zoster	2

<b>Quadro 5</b>	
<b>Agentes identificados como responsáveis pela diarreia em 11 doentes</b>	
<b>• Infecções oportunistas (de acordo com critérios CDC de SIDA)</b>	
Isospora belli	4
Criptosporidium	3
M. avium intracellulare	3
Citomegalovirus	1
<b>• Outros agentes (não constituindo critérios CDC de SIDA)</b>	
Giardia lamblia	6
Trichura trichuris	2
Schistosoma	2
Herpes simplex	2
Strongyloides stercoralis	1
Entamoeba histolítica	1
<b>• Sem agente identificado</b>	<b>3</b>

Zidovudina. Doze doentes desenvolveram infecções oportunistas após o início de Zidovudina sendo de referir no entanto, que no período de 6 meses após o início da terapêutica apenas um doente teve uma infecção oportunista.

Num "follow-up" médio de  $30 \pm 27$  meses (limites entre 2 semanas e 7,5 anos), 26 dos 54 doentes necessitaram de internamento hospitalar. Durante este período, o número total de internamentos foi de 80 o que estabelece uma média de 3 internamentos por doente (limites entre 1 e 11). Relativamente à duração média dos internamentos, esta foi de 31 dias (limites entre 11 e 240 dias) o que é cerca de 3 vezes superior ao tempo médio de internamento dos doentes com outras patologias de Medicina Interna na nossa Unidade. A média de dias de internamento por doente durante o "follow-up" foi de 87 dias.

A mortalidade cumulativa desde o início do "follow-up" nesta série foi de 35% (19 doentes). Todos os doentes faleceram com critérios CDC de SIDA, sendo o tempo médio de vida após o diagnóstico de SIDA de 12 meses (limites entre 2 semanas e 33 meses) e o tempo médio entre o conhecimento da seropositividade e a morte foi de  $21 \pm 18$  meses (limites entre 2 semanas e 64 meses). Foi possível obter colaboração dos doentes e familiares no sentido de, mesmo nas fases terminais, assegurar assistência em regimen ambulatorio o que foi facilitado pelo esta-

belecimento de relações muito próximas e disponibilidade permanente por parte de pessoal médico e de enfermagem para esclarecimentos, indicações terapêuticas e apoio psicológico.

## Discussão

Os modelos adoptados na organização da assistência hospitalar e comunitária a doentes com infecção pelo VIH têm sido de diversos tipos, variando de país para país e mesmo num dado país. O grau de envolvimento dos internistas e dos serviços de Medicina Interna é muito variável entre as várias instituições hospitalares bem como o papel desempenhado pelas várias sub-especialidades médicas e cirúrgicas no apoio a estes doentes. A natureza crónica da doença e a multiplicidade de órgãos afectados com patologia não só infecciosa mas também imunológica e neoplásica, leva a que se integre no tipo de situações habitualmente acompanhadas pelo internista o que não significa negar o papel importante dos infeccionologistas na resposta ao problema desde o início da epidemia e que naturalmente se manterá. Independentemente do aspecto prático concreto relacionado com a assistência médica no contexto da actual expansão da epidemia de infecção pelo VIH, considera-se hoje, a nível internacional que o treino de internistas deve garantir um completo domínio desta área o que só pode ser plenamente

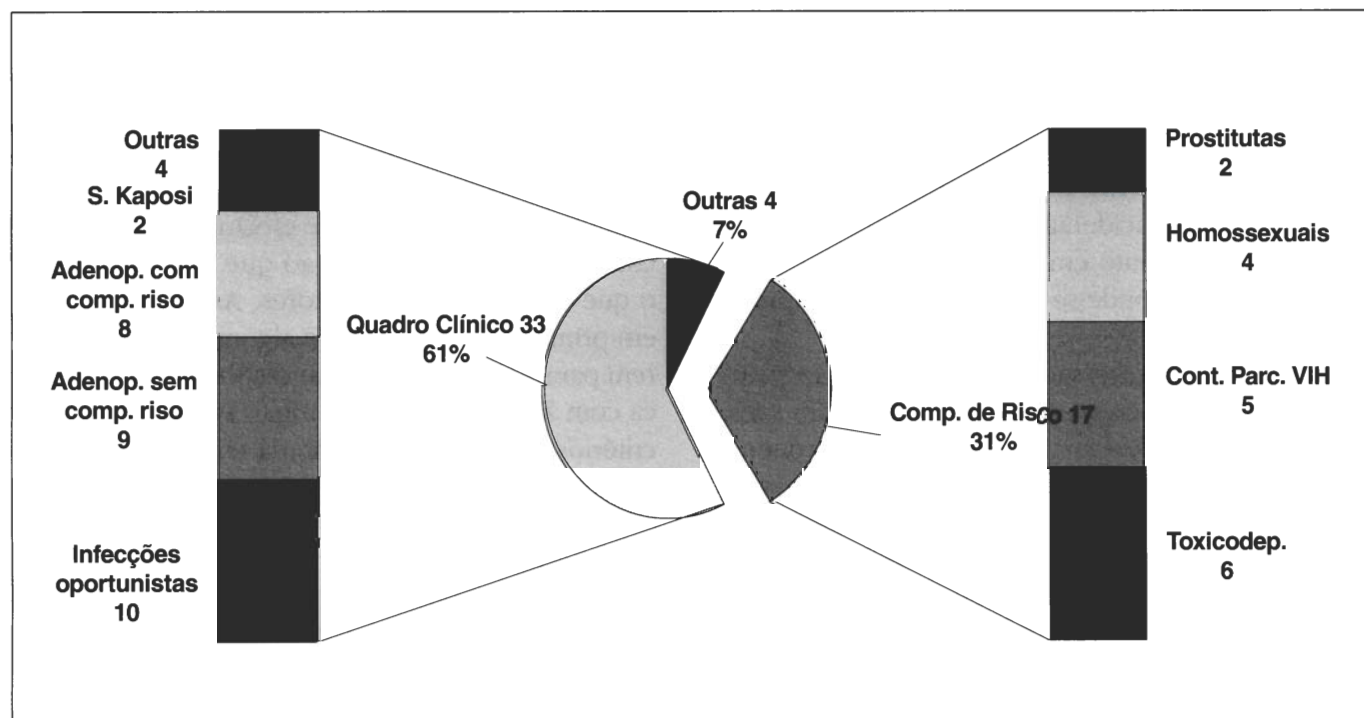


Figura 2 - Motivos de realização do teste de anticorpos anti-VIH

assegurado através de uma exposição continuada aos problemas da infecção pelo VIH. Só deste modo será possível garantir um envolvimento institucional mais global evitando-se a atitude de alguns que consideram estes problemas como “pertencentes aos outros”<sup>3</sup>. Por outro lado este tipo de vivência dos internistas nesta área, permitira aos que vierem a ocupar posições nos Hospitais Distritais, encarar o problema com naturalidade e competência.

No nosso serviço a existência de um grupo de internistas interessado no problema desde o aparecimento dos primeiros casos de doença<sup>6,7,13</sup>, levou a que se verificasse um envolvimento no seguimento de doentes em todas as fases da história natural da infecção. A presente série é uma ilustração dessa experiência que se iniciou com a descrição do primeiro caso de SIDA em 1985<sup>4</sup>.

Vários aspectos particulares merecem ser destacados nesta série. Assim, é de salientar que cerca de um terço dos doentes tiveram acesso ao serviço de Medicina 2 através da consulta de Medicina Interna ou pelo serviço de Urgência Central o que sugere que mesmo sem o peso resultante do interesse específico do nosso grupo por esta situação (67% dos motivos de referência) existe um movimento significativo de doentes com infecção pelo VIH num serviço de Medicina Interna. Apesar de a maioria dos doentes referirem o diagnóstico prévio de infecção pelo VIH, numa percentagem significativa (35%) não havia qualquer suspeita inicial tendo este diagnóstico sido feito posteriormente. Por outro lado, 41% dos casos tinham sido contagiados por contactos heterossexuais. Estes aspectos reforçam a noção de que os cuidados dos profissionais de saúde em relação a riscos de picadas acidentais deverão ser considerados sistematicamente em todos os serviços e não apenas nos casos onde se suspeita de infecção pelo VIH.

Em termos da expressão clínica da infecção pelo VIH é de salientar o aspecto das manifestações gastroenterológicas aparecerem como as mais frequentes (52%), ao contrário do que se encontra referido noutras séries nacionais<sup>16</sup>. Poder-se-ia admitir que o peso das manifestações gastroenterológicas pudesse estar condicionado por uma maior referência dos doentes ao serviço de Medicina 2 pelo facto de este possuir uma importante valência gastroenterológica. No entanto, a análise dos motivos de referência destes doentes revela que a maioria foi referenciada

para acompanhamento clínico antes de quaisquer manifestações clínicas da doença. Deste modo é de admitir que a valorização das manifestações gastroenterológicas e a investigação aprofundada destas poderá ser em parte um factor justificativo deste predomínio. É ainda de salientar o papel quase nulo dos exames radiológicos gastrintestinais no diagnóstico o que contrasta com a rentabilidade diagnóstica dos exames endoscópicos bem como o facto de ter sido possível estabelecer um diagnóstico etiológico na grande maioria dos casos, possibilitando intervenções terapêuticas que se traduziram em clara melhoria na qualidade de vida dos doentes. Esta constatação aplica-se igualmente aos outros tipos de patologia, o que reforça quanto a nós a noção de que as possibilidades de intervenção terapêutica com influência positiva na qualidade de vida destes doentes, são hoje em dia significativas e compensadoras.

Uma parte substancial da actividade desenvolvida refere-se ao acompanhamento de doentes assintomáticos/LPG (57% dos casos). Destes doentes é de salientar que 32% evoluíram para SIDA sendo nestes casos o tempo médio de “follow-up” pelo nosso grupo até ao desenvolvimento de SIDA de 33±20 meses (limites entre 5 e 69 meses). Um dos aspectos que nos parece importante destacar nesta série é a quase ausência de casos de complexo relacionado com SIDA, o que pensamos poder dever-se ao facto de o período de duração da situação clínica de CRS ser relativamente curto, sendo muitas vezes a classificação final feita após investigações que conduziram ao diagnóstico de uma infecção oportunista ou um tumor definidor de SIDA.

O número de doentes que efectuaram terapêutica com Zidovudina é inferior ao que seria de esperar, o que se deve a vários factores. Assim, é de referir em primeiro lugar o facto de alguns doentes evoluírem para SIDA antes de estar disponível a terapêutica com Zidovudina em Portugal. Por outro lado, os critérios usados para o início da terapêutica em doentes portadores assintomáticos e com linfadenopatia persistente generalizada, foram mais estritos do que os adoptados por alguns autores<sup>17</sup>, valorizando-se não apenas uma determinação isolada de linfócitos CD4, mesmo inferior a 500/mm<sup>3</sup>, mas antes uma tendência de queda progressiva e persistente de células CD4. As razões da não aplicação automática dos resultados do estudo norte americano<sup>18</sup> que



mostrava que os doentes assintomáticos com CD4 inferior a 500/mm<sup>3</sup> tinham uma redução significativa da evolução para SIDA quando submetidos a terapêutica com Zidovudina, prendem-se com vários aspectos que ainda hoje se mantêm controversos<sup>19,20</sup>, nomeadamente a problemática da aquisição de resistências bem como a impossibilidade de definir subgrupos dentro dos portadores assintomáticos que beneficiassem claramente da terapêutica<sup>19,20</sup>. Esta problemática tornou-se recentemente ainda mais complexa com os resultados do estudo "Concorde", não concordantes com os do estudo norte-americano atrás referido<sup>21</sup>. A atitude do nosso Grupo foi no sentido de procurar envolver o doente nas decisões terapêuticas, nomeadamente, sobre o início da terapêutica antiviral fornecendo-lhe a informação disponível, reconhecendo-se no entanto que nem todos os doentes têm as características pessoais e a disponibilidade para o envolvimento numa decisão dependente de tantas variáveis complexas.

A experiência da nossa Unidade nesta área pode servir como exemplo da viabilidade de os serviços de Medicina Interna se envolverem na problemática da SIDA. É no entanto importante reconhecer que, para o sucesso da experiência, em termos de qualidade dos serviços prestados, contribuiu o facto de o número não excessivo de doentes seropositivos ter possibilitado uma abordagem muito personalizada, apesar de os 54 doentes por nós seguidos, terem sido

responsáveis por cerca de 6% dos internamentos na nossa Unidade de 24 camas no último ano. Na nossa experiência é de destacar que o trabalho conjunto do pessoal médico, de enfermagem e auxiliar permitiu ultrapassar as conhecidas fases de receio de contágio e risco ocupacional e os problemas particulares de relacionamento com os doentes e seus familiares, incluindo a manutenção do sigilo profissional no contexto de serviços de Medicina Interna. Neste sentido é notória a capacidade revelada no sentido de um apoio psicológico muito personalizado bem expresso pelo grau de adesão dos doentes à consulta de Medicina onde foi possível de um modo geral garantir que os médicos envolvidos nas fases do internamento hospitalar prosseguissem o acompanhamento dos doentes. É compensador verificar que os internos de especialidade de Medicina Interna revelaram muito interesse na assistência aos doentes e na aquisição de conhecimentos nesta complexa área que exige maior esforço face à rapidez de evolução do conhecimento aplicável aos casos clínicos.

Em conclusão, a presente experiência de um grupo de Medicina Interna na área da SIDA e ilustrativa da viabilidade do envolvimento de Unidades de Medicina Interna de Hospitais Centrais nesta área e da motivação e disponibilidade dos profissionais de saúde para enfrentar os difíceis problemas assistenciais destes doentes.

## 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. Lucas M, Maria V, Sousa ME, Silva MJN, Victorino RMM. Experiência na área da infecção pelo HIV no contexto de um Serviço de Medicina Interna: avaliação de uma série clínica e de um questionário a pessoal de Saúde. Livro de Resumos do II Congresso Nacional de Medicina Interna 1992, pág. 36.
3. Mann JM, Carballo M. Social, cultural and political aspects: overview. AIDS (Current Science) 1989; 3: S221-S223.
4. De Moura MC, Serejo F, Ramalho F, Velosa J, Palhano MJ, Baptista A. Diarreia e má-absorção associada a coccidiose intestinal (*Isospora belli*) num doente com a síndrome de imunodeficiência adquirida. Jornal do Médico 1985; CXIX (2149): 491-497.
5. Victorino R, Lucas M, Neto F and de Moura MC. HIV infection and intestinal pseudo-obstruction. AIDS (Current Science) 1990; 4: 599-601.
6. Sousa AE, Lucas M, Esperança P, Victorino RMM. Asymmetric paraparesis and hematologic autoimmune phenomena in HIV2 infection. Europ J Int Med 1993; 4: 333-335.
7. Victorino RMM e Maria VA. Espectro clínico das situações associadas à infecção pelo vírus HTLV-3/LAV. O Médico 1985; 113: 485-496.
8. Maria VAJ, Pinto LA, Victorino RMM. Inhibition of lymphocyte proliferation induced in vitro by microbial antigens in HIV-infected subjects. J Med Virol 1991; 35: 241-245.
9. Pinto L, Covas MJ, Victorino RMM. Loss of CD45RA and gain of CD45RO after in vitro activation of lymphocytes from HIV-infected patients. Immunology 1991; 73: 147-150.
10. Pinto LA, Covas MJ, Victorino RMM. T-helper cross reactivity to viral recombinant proteins in HIV-2 infected patients. AIDS 1993; 7-10: 1389-1391.
11. Maria VAJ, Carvalho ML, Pimpão MV. Avaliação de atitudes e conhecimentos de clínicos gerais sobre infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Rev. Port. Clin. Geral 1994 (em publicação).
12. Maria VAJ, Lucas M, Sousa AE, Victorino RMM. Survey of attitudes, knowledge and skills of physicians regarding HIV and AIDS in a large hospital in Lisbon. Proceedings of the IXth International Conference on AIDS, Berlim, 1993.
13. Victorino RMM, Maria VAJ, Jeffries DJ, Pinching A. Absence of HTLV-III/LAV antibodies in ex-residents from Angola and Mozambique returning to Portugal before 1979. Acta Médica Portuguesa 1986; 7: 49-50.
14. Victorino RMM, Guerreiro D, Lourenço MH, Ferreira MOS, Teles LC. Prevalence of HIV-2 infection in a family planning clinic in Lisbon. Intern J STD and AIDS 1992; 3: 281-284.
15. Teles LC, Guerreiro D, Lourenço MH, Ferreira MOS, Victorino RMM. Análise da seroprevalência da infecção pelo HIV1 e HIV2 em mulheres residentes numa área da cidade de Lisboa. Acta Médica Portuguesa 1991; 4: 64-70.
16. Monteiro JA, Guimarães R, Sousa JA, Afonso L, Costa J, Morgado A e Proença R. Três anos de SIDA. Experiência do Hospital Curry Cabral com as infecções pelo HIV (1985-1988). Acta Médica Portuguesa 1989;6:270-275.
17. 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.
18. Volberding PA, Lagakos SW, Koch MA et al. Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection: a controlled trial in persons with fewer than 500 CD4-positive cells per cubic millimeter. N Engl J Med 1990; 32: 941-949.
19. Hamilton JD, Hartigan PM, Simberkoff MS, et al. A controlled trial of early/late treatment with Zidovudine symptomatic human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1992; 326: 437-443.
20. Friedland GH. Early treatment for HIV: the time has come. N Engl J Med 1990; 322: 1000-1002.
21. Aboulker J-P, Swart AM. Preliminary analysis of the Concorde trial. Lancet 1993; 341: 889-890.

**Agradecimentos:** Os autores agradecem ao Prof. Doutor M. Carneiro de Moura todo o apoio em relação à actividade desenvolvida. Agradecem ainda a colaboração prestada por médicos e enfermeiros da Unidade C do Serviço de Medicina 2.