

ANÁLISE DE ALGUNS ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Analysis of some Clinical-epidemiological Aspects of acquired Immune Deficiency Syndrome

Luiza Keiko Matsuka *
Maria Angela Biancocini Trindade **
Maria Elisabeth Grimberg ***
Regina Gomes de Almeida ***
Paulo Roberto Teixeira ****

RESUMO: Foram estudados 165 pacientes portadores de AIDS notificados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período de julho de 1982 a 10 de outubro de 1985. Observou-se que o predomínio desta Síndrome aparece em indivíduos na faixa etária de 20 a 49 anos, homossexuais ou bissexuais, pertencentes às classes sócio-econômicas de média a baixa renda. As patologias mais freqüentemente associadas são: Candidíase orofaríngea, pneumopatias por *Pneumocystis carinii*, Sarcoma de Kaposi, tuberculose, Herpes vírus,

UNITERMOS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Epidemiologia, Sarcoma de Kaposi, *Pneumocystis carinii*, Herpes virus, Candidíase orofaríngea.

SUMMARY: One hundred and sixty five patients with AIDS were studied and notified to São Paulo Health Administrative Department during the period from July 1982 to October 10, 1985. It was observed that this Syndrome prevails on individuals between the ages of 20 and 49 years, homosexual or bisexual, belonging from middle to low social-economic classes. The most often associated pathologies are: Candidiasis in buccal cavity and esophagus, pneumopathy caused by *Pneumocystis carinii*, Kaposi's Sarcoma, tuberculosis and herpes virus.

KEY WORDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome, Epidemiology, Kaposi's Sarcoma, *Pneumocystis carinii*, herpes virus, Candidiasis in buccal cavity and esophagus.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS (sigla em inglês de Acquired Immune Deficiency Syndrome) é uma doença caracterizada por um estado de imunodepressão profunda causada por alterações no sistema imune-celular, produzindo efeitos secundários no sistema imunitário humoral.

Hoje a comunidade científica aceita que a origem da doença seja ocasionada pela infecção através de um vírus, o HTLV III / LAV.

Pesquisadores dos EUA, sob o comando do Dr. Robert Gallo, em maio de 1983^{1,2}, sugerem uma relação entre a Síndrome e o vírus HTLV III (Human T cell – leukemia Lymphoma vírus), um retrovírus (possui RNA no material genético). Foi classificado como tipo III (existem o tipo I e II) e foi isolado em cultura de linfócitos do tipo T-helpers de pacientes com AIDS.

O Instituto Pasteur, em pesquisas dirigidas pelo Dr. Luc Montaigner³, isolou um vírus a partir de material de linfonodos de pacientes com AIDS e denominou-o LAV (Linfadenopathy Associated – vírus). Tudo indica que o HTLV III e o LAV sejam o mesmo vírus. O nome definitivo será estabelecido

do pelo Comitê Internacional sobre Taxonomia de vírus. A expressão HTLV III / LAV tem sido empregada com maior freqüência.

O período de incubação varia, na maior parte dos casos, de 6 a 12 meses e o período prodômico, em média 3 a 6 meses.

As respostas clínicas à infecção pelo vírus HTLV III / LAV são bastante variáveis, porém o que caracteriza a Síndrome é a ocorrência de doenças oportunistas (infecções e tumores) em pessoas sem história de imunodeficiência anterior.

Essas doenças incluem Sarcoma de Kaposi, pneumonia pelo *Pneumocystis carinii*⁴, com maior freqüência, e outras infecções oportunistas graves como pneumonia, meningite ou encefalite provocadas por: Citomegalovirus, Herpes Simples, *Aspergillus*, *Cryptococcus*, *Toxoplasma*, *Estrongilóide*, *Micobactéria Atípica* e *Tuberculosis*, *Cândida*, *Criptosporidium* e *Isospora*.

Pode ocorrer uma forma aguda da Síndrome denominada “Mononucleose – símile”, com 3 a 14 dias de duração, com surgimento de anticorpos contra o vírus 2 a 8 semanas mais tarde.

Vários estudos⁵ constataam um estágio de portador assintomático em grande porcentagem (66 a 70%); 20 a 26% desenvolvem o “ARC” (AIDS Related Complex), uma síndrome

*Médica Sanitarista e Dermatologista do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde-SP. Professora Auxiliar de Histologia da Faculdade de Medicina do ABC.

**Médica Sanitarista e Dermatologista do Instituto de Saúde-SP.

***Técnicos do Instituto de Saúde-SP.

****Diretor Técnico da Divisão de Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde-SP.

me linfadenopática e 2 a 15% dos pacientes desenvolvem a AIDS, grave e fatal.

EPIDEMIOLOGIA

De julho de 1979 a abril de 1981, foram relatados pelo CDC (Centers for Disease Control), Atlanta, Georgia, EUA, vários casos de pneumonia pelo *P. carinii* e Sarcoma de Kaposi em adultos, homossexuais masculinos, sem história sugestiva de deficiência imunológica anterior.

O chamado "Grupo de Risco" são as pessoas mais expostas à AIDS, conforme publicação de Force, em 1982⁶.

Dos pacientes, 75% eram homossexuais, 6% haitianos, 1% hemofílicos, 1% tinham recebido transfusões sanguíneas, 13% usuários de drogas EV não homossexuais e 4% nenhum dos grupos citados.

Em relação à alta prevalência da doença em homo ou bissexuais, existiriam múltiplos fatores predisponentes: multiplicidade de parceiros, uso de drogas, incidência elevada de infecções de variadas etiologias, predominantemente virais e doenças sexualmente transmissíveis com referência elevada à ocorrência de sífilis^{7,8}.

Os heterossexuais viciados em drogas EV, constituem uma porcentagem elevada da doença, pelo uso de seringas e/ou agulhas contaminadas, constituindo 17% dos casos nos EUA, conforme publicação do CDC, 1984.

Os hemofílicos, sem os fatores de risco anteriormente citados, contraem a AIDS, quando submetidos à terapia com crioprecipitados e concentrados de fator VIII ou IX contaminados com o vírus HTLV / LAV.

Em 1983⁹, preocupados com a ocorrência da síndrome em hemofílicos, foram adotadas medidas de controle.

As mulheres parceiras de bissexuais, portadores de AIDS, integram também o "Grupo de Risco".

Mulheres com AIDS, que venham a desenvolver AIDS ou provável portadora são assintomática, são responsáveis pela transmissão vertical da doença para crianças^{10,11}.

EPIDEMIOLOGIA DA AIDS NO ESTADO DE SÃO PAULO

No Estado de São Paulo, os primeiros casos foram notificados no 2º semestre de 1982 e a partir de julho de 1983 a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo estabeleceu um programa de controle da doença¹².

Em maio de 1985¹³, através da Portaria nº 236, o Ministério da Saúde decidiu estabelecer um programa Nacional de Controle da AIDS.

Até outubro de 1985 foram notificados 372 casos de AIDS no Estado de São Paulo, com 160 óbitos.

O presente estudo mostra dados clínico-epidemiológicos pela análise de 165 fichas epidemiológicas de pacientes de AIDS notificados à Secretaria de Estado da Saúde (SES) — São Paulo, de julho de 1982 a 10 de outubro de 1985.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados foram coletados de 165 fichas clínico-epidemiológicas de pacientes de AIDS, notificados a SES-SP de julho de 1982 a 10 de outubro de 1985. A mostra utilizou as fichas de notificação preenchidas por médicos de diferentes instituições da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Compilaram-se separadamente as faixas etárias em anos com-

pletos, os fatores de risco, as categorias sociais e o método diagnóstico das patologias associadas.

As idades em anos completos foram associadas em 7 faixas com intervalo de 10 anos.

Os fatores de risco foram relatados segundo a ocorrência e quando detectado mais de um fator o indivíduo foi incluído no grupo mais provável. Assim, homossexual e usuário de drogas endovenosas, foi agrupado como homossexual. O fator de risco não identificado, corresponde àqueles indivíduos submetidos à exaustiva investigação epidemiológica, mas que não referiram qualquer fator de risco conhecido. Já o grupo de fator de risco ignorado teve seu diagnóstico epidemiológico realizado com os pacientes em coma ou óbito.

As patologias associadas bem como os métodos diagnósticos foram listadas conjuntamente, independente do indivíduo apresentar uma ou mais patologias.

A classificação social dos 165 pacientes portadores de AIDS (diagnosticados até 10.10.85) tem como referência a ocupação declarada pelos mesmos.

À partir desse dado inferiu-se a inserção sócio-econômica dos pacientes, tendo em vista o padrão médio de remuneração das profissões.

Assim sendo, agrupou-se o conjunto das profissões e/ou situação ocupacional em 5 grupos.

Um primeiro agrupamento reúne os indivíduos que não estão trabalhando.

O segundo grupo engloba os "Gerentes e Chefes", os "Profissionais Liberais e Assemelhados", os "Técnicos Especializados", e "Prestação de Serviços Qualificados".

O critério de agrupamento desse segundo grupo ocupacional, relevou mais o aspecto do nível intelectual requerido nessas atividades, do que uma homogeneidade a nível econômico (salário, habitação, etc). Evidentemente, como já foi acima mencionado, esse grupo encontra-se entre uma mesma média salarial e padrão de vida guardando-se as devidas diferenças.

No terceiro grupo estão as categorias "Prestação de Serviços Não Qualificados" e "Operários".

No quarto grupo está a categoria "Proprietários".

No quinto grupo está a categoria "Outros".

OBSERVAÇÃO:

Tem-se um certo número de pessoas com profissão ignorada, não sendo considerado como categoria ocupacional. A falta de informação deve-se ao fato de o levantamento ter sido realizado quando o paciente estava em coma, óbito ou por outras razões.

RESULTADOS

Os dados das 165 fichas analisadas foram agrupados nas tabelas 1; 2; 3; 4; 5.1; 5.2; 5.3; 5.4 e 5.5.

A distribuição das faixas etárias, em anos completos, estão na tabela 1, que mostra o predomínio de pacientes de 20 a 49 anos, ou seja, 93,33%.

Os dados referentes aos fatores de risco foram compilados na tabela 2 segundo a frequência. A maioria dos pacientes eram homossexuais (57,5%) ou bissexuais (30,9%), sendo que somente 1,21% receberam sangue e/ou derivados (1 hemofílico e 1 politransfundido), 1,81% eram usuários de drogas endovenosas e 1,21% parceiras de pacientes bissexuais, em 2,42% o fator de risco é ignorado e 4,85% não identificados. Os da-

dos relativos à profissão encontram-se na tabela 3, distribuídos em 5 grupos.

A maior concentração está no segundo grupo, 49,12% onde estão os "Gerentes e Chefes", os "Profissionais Liberais e Assemelhados", os "Técnicos Especializados" e a "Prestação de Serviços - Qualificados".

No terceiro grupo tem-se 24,84% dos pacientes, vinculados à "Prestação de Serviços Não Qualificados", ou estão na categoria "Operários".

Em relação à avaliação das condições e infecções oportunistas, associadas a "AIDS" e o método diagnóstico para confirmação do quadro, temos:

Na tabela 5.1, a associação do método de diagnóstico clínico e através do Rx (67,9%) mereceu a maior porcentagem no diagnóstico da pneumonia pelo *Pneumocysti carinii*.

Ainda nessa tabela observamos a sorologia positiva (68,4%) para o diagnóstico de Toxoplasmose.

Na tabela 5.2, o diagnóstico clínico de candidíase orofaríngea é responsável por 48,4%.

No diagnóstico da criptococose do Sistema Nervoso Central, a Bacterioscopia e Cultura contribui com 40% para confirmação do caso e 20% nas necrópsias.

Na tabela 5.3, em 50% dos casos de Herpes é firmado o diagnóstico através do exame clínico.

Em relação a Citomegalovirose, em 50% dos casos há uma confirmação sorológica.

Na tabela 5.4, em relação a Tuberculose e Micobacteriose Atípica, o método diagnóstico através da microscopia mereceu respectivamente 45% e 42,8%, não correspondendo à respectivas porcentagens para Bacterioscopia e Cultura (respectivamente 22,5% para a Tuberculose e 14,2% para Micobacteriose Atípica).

Na tabela 5.5, o método diagnóstico utilizado com frequência para a confirmação do Sarcoma de Kaposi foi o da microscopia através da biópsia em 64,5% dos casos.

DISCUSSÃO

A associação das infecções oportunistas causadas por protozoários com o método diagnóstico, na confirmação de Pneumonia por *Pneumocystis carinii*, o método de microscopia por endoscopia corresponde a 16% e referem-se aos casos diagnosticados no início quando a realização da endoscopia era realizada sem muita restrição.

À medida que o número de casos aumentou houve uma retração no método endoscópico pela insegurança em relação à eficácia da desinfecção e esterilização.

Verifica-se então, tendência para o diagnóstico ser estabelecido baseado no critério clínico epidemiológico, radiológico e teste terapêutico, dada a alta incidência desta patologia em casos de AIDS.

Em relação a Toxoplasmose, a alta porcentagem do método sorológico indica apenas infecção quando dissociado do quadro clínico.

Apenas 15,8% apresentam sorologia positiva associada a quadro clínico-neurológico e tomografia compatível com toxoplasmose cerebral.

Em relação às patologias causadas por fungos (tab. 5.2) devemos ressaltar que alta porcentagem (48,4%) do diagnóstico de esofagite foi estabelecido pela constatação de monilíase orofaríngea acompanhada de queixa de disfagia que regrediu após tratamento em porcentagem significativa.

O método que mereceu a maior porcentagem no diagnóstico de Criptococose no Sistema Nervoso Central, foi a Bacterioscopia e Cultura, pelas facilidades de detecção do fungo através da visualização direta do agente no líquido (40%).

As infecções oportunistas causadas por vírus estão demonstradas na tabela 5.3 onde o quadro herpético detectado com maior frequência é a da região peri-anal e, metade dos casos tiveram o diagnóstico firmado através de exame clínico, e destes, 11% aos métodos de Biópsia incluindo microscopia eletrônica.

O achado da positividade sorológica em relação a citomegalovirose leva as mesmas considerações realizadas em relação a Toxoplasmose.

Haveria necessidade de isolamento do agente para confirmação do caso, exceto em Fundoscopia ocular.

Na tabela 5.4, há a constatação de divergências nas porcentagens do método através da microscopia e da bacterioscopia e cultura em relação à Tuberculose e Micobacterioses Atípicas. No entanto, podemos afirmar que esses casos que referem microscopia foram sistematicamente identificados pela cultura e tipagem do agente.

Em relação à necrópsia, a análise das fichas constatou que o Sarcoma de Kaposi foi a única patologia tumoral. Constatou-se uma porcentagem elevada (64,5%) de diagnóstico através da microscopia após biópsia.

Em função do grande número de casos e pela frequente exuberância das lesões observadas, julgou-se desnecessária a realização sistemática de exame histopatológico, sendo o diagnóstico apenas clínico (29,3%).

Quanto à faixa etária, constatou-se uma elevada concentração de pacientes entre 20 e 39 anos (76,36%), período de vida de intensa atividade sexual.

A correlação entre esse dado e os altos índices de homossexualidade e bissexualidade indica que é nessa faixa etária que os indivíduos reúnem maiores condições de realizarem uma opção sexual dessa natureza.

A escolha por uma dessas duas práticas sexuais aponta para uma ruptura com os padrões sociais.

Por outro lado, infere-se pelo contato mantido com os pacientes atendidos nos serviços de atendimento da SES, que o alto índice de bissexualidade decorre da pressão social que sofrem os indivíduos na sustentação de seu status social, ou seja, o casamento é um expediente para encobrir a opção homossexual.

Sabe-se que a sociedade brasileira sustenta-se em bases a valores morais, em que o homossexualismo é considerado "desvio", "doença", ou seja, é condenado socialmente como uma prática imoral. Desta forma, os indivíduos sentem-se coagidos a realizarem sua escolha de maneira velada recorrendo, inclusive, a esquemas como o casamento.

Por essa mesma razão, é que provavelmente encontra-se um menor percentual de indivíduos com a doença, na faixa dos 40 a 49 anos (16,97%), quando a internalização dos valores vigentes é mais acentuada, o que implica em maiores dificuldades na opção pelas práticas homo ou bissexuais.

Quanto à questão ocupacional, tem-se quase metade (49,1%) dos indivíduos portadores de AIDS localizados nos estratos médios da estrutura social, expressão nítida da própria estratificação da sociedade brasileira, particularmente dos grandes centros urbanos-industriais, como São Paulo.

O modelo de desenvolvimento implantado no País nas últimas quatro décadas e mais especificamente nos últimos

20 anos teve como elemento fundamental a criação de um polo industrial de alta sofisticação tecnológica. Com isso, gerou-se uma extensa diversificação da produção de bens e serviços, o que resultou na demanda crescente de técnicos e profissionais com formação especializada.

Assim, a chamada classe médica, que em nosso estudo equivale ao segundo grupo, constituiu-se num estrato social com um peso significativo.

Por outro lado, todo o processo social sinteticamente referido acima, desencadeou a formação de setores sociais de baixa renda, mais exatamente a grande maioria da população, aquela que ganha menos de um salário mínimo e/ou de um a três salários mínimos.

É discutível o dado referente a incidência da doença nas camadas de alta renda, 4,8%, pela possibilidade de recorrer a serviços médicos particulares, podendo haver uma sub-notificação. Além disso, o diagnóstico pode ser omitido no atestado de óbito.

De qualquer maneira, o fundamental a ressaltar é a repercussão social, tendo em vista a predominância da doença entre setores sócio-econômicos de média a baixa renda.

Primeiramente, ao nível da assistência médico-hospitalar, constata-se que 90% dos pacientes com AIDS recorrem aos serviços públicos ou ao sistema previdenciário.

Até final de setembro, o custo médio hospitalar privado estava em torno de 8 milhões de cruzeiros por dia. Significa dizer, que tende a ser crescente a pressão social no sentido

de que se amplie as instalações dos serviços de atendimento médico e hospitalar público. Por outro lado, as características da doença implicam num período de cerca de 6 meses a 2 anos de debilitação progressiva do doente, o que provoca um estado de quase inteira dependência do mesmo em relação a familiares, amigos, parceiros ou Estado.

Também nesse aspecto, os problemas sociais são de extrema gravidade, pois os pacientes com AIDS deparam-se com a discriminação no local de trabalho, no bairro, entre amigos e, freqüentemente até de familiares. Desempregado, dependente em tudo para sobreviver, o doente com AIDS torna-se estigmatizado e exposto a sua própria "sorte", o que em verdade reflete o estágio de consciência social em que se encontra o País.

Sociologicamente, constata-se que, numa sociedade complexa como é o Brasil, eivada de contradições, de problemas sociais que se acumulam, o AIDS é facilmente usado para reascender velhos padrões morais, para encobrir o medo maior que está por detrás das insatisfações diárias.

A dinâmica é sutil, pois numa sociedade fortemente individualista, os comportamentos coletivos dessa natureza parecem surgir espontaneamente de cada indivíduo. Constitui-se em tarefa de todos os setores sociais uma reflexão séria que permita um entendimento real da doença para que não se recaia em uma "Idade das Trevas", quando justamente estão dadas as condições para avanços não só tecnológico, mas éticos e sociais.

TABELA 1

165 casos de AIDS Diagnosticados em Serviços da SES-SP de Julho de 1982 a 10.10.85 segundo a Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
0	9	0,61
10	19	1,21
20	29	33,94
30	39	42,42
40	49	16,97
50	59	4,24
60	1	0,61
TOTAL	165	100,00

TABELA 2

165 Casos de AIDS Diagnosticados em Serviços da SES-SP de Julho de 1982 a 10.10.85 segundo os Fatores de Risco.

FATORES DE RISCO	Nº	%
Homossexual	95	57,58
Bissexual	51	30,91
Hemofílico	1	0,61
Politransfundido	1	0,61
Drogas Injetáveis Endovenosa	3	1,81
Mulheres Parceiras Sexuais de Bissexuais	2	1,21
Não identificado	8	4,85
Ignorado	4	2,42
TOTAL	165	100,00

TABELA 3

165 casos de AIDS Diagnosticados em Serviços da SES-SP de Julho de 1982 a 10.10.85 segundo a Ocupação.

OCUPAÇÃO	Nº	%
1º Grupo	13	7,87
2º Grupo	81	49,12
3º Grupo	41	24,84
4º Grupo	8	4,84
5º Grupo	5	3,03
Ignorado	17	10,30
TOTAL	165	100,00

1º GRUPO: Não trabalha

2º GRUPO: Gerentes e Chefes, Profissionais Liberais e Assmelhados, Técnicos Especializados, Prestação de Serviços Qualificados.

3º GRUPO: Prestação de Serviços Não Qualificados e Operários

4º GRUPO: Proprietários

5º GRUPO: Outros

TABELA 4

Distribuição segundo as Patologias de 165 Pacientes de AIDS Diagnosticados em Serviços da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

PATOLOGIAS	FREQUÊNCIAS	
	Nº	%
Pneumopatas por <i>P. carinii</i>	75	20,00
Toxoplasmose	19	5,06
Amebíase	3	0,8
Candidíase oro-esofagiana	122	32,60
Criptococose do SNC	20	5,33
Herpes vírus	26	6,93
Citomegalovírus	12	3,20
Herpes Zoster	3	0,80
Tuberculose	40	10,66
Microbacteriose atípica	7	1,86
Sarcoma Kaposi	48	12,80
TOTAL	375	100,00

TABELA 5.1

Distribuição das infecções oportunistas causadas por protozoários segundo o método diagnóstico.

I.O.	TOTAL CASOS	MICROSCOPIA	BACTERIOSCOPIA		BRONCOSCOPIA ENDOSCOPIA	SOROLOGIA	CLÍNICA	RX	OUTROS	IGNORADO	NECRÓPSIA
			CULTURA								
Pneumonia <i>P. carinii</i>	75	16%	—	—	2,7%	—	34,6%	33,3%	—	6,7%	6,7%
Toxoplasmose	19	5,3%	5,3%	—	—	68,4%	—	15,8%	—	—	5,2%
Amebíase	3	20%	65%	—	—	—	—	—	—	15%	—

TABELA 5.2

Distribuição das infecções oportunistas causadas por fungos segundo o método diagnóstico.

I.O.	TOTAL CASOS	MICROSCOPIA	BACTERIOSCOPIA		BRONCOSCOPIA ENDOSCOPIA	SOROLOGIA	CLÍNICA	RX	OUTROS	IGNORADO	NECRÓPSIA
			CULTURA								
Candidíase oro-esofagiana	122	23%	9%	—	16,4%	—	48,4%	0,8%	—	2,4%	—
Criptococose SNC	20	20%	40%	—	—	—	—	5%	5%	10%	20%

TABELA 5.3

Distribuição das infecções oportunistas causadas por vírus segundo o método diagnóstico.

I.O.	TOTAL CASOS	MICROSCOPIA	BACTERIOSCOPIA		BRONCOSCOPIA ENDOSCOPIA	SOROLOGIA	CLÍNICA	RX	OUTROS	IGNORADO	NECRÓPSIA
			CULTURA								
Herpes vírus	26	11,5%	3,8%	—	—	19,2%	50%	—	—	7,7%	7,8%
Citomegalovírus	12	—	16,7%	—	—	50%	—	16,7%	—	—	16,6%
Herpes Zoster	3	—	—	—	—	—	70%	—	—	30%	—

TABELA 5.4
Distribuição das I.D. causadas por bactérias segundo o método diagnóstico.

I.O.	TOTAL CASOS	MICROSCOPIA	BACTERIOSCOPIA CULTURA	BRONCOSCOPIA ENDOSCOPIA	SOROLOGIA	CLÍNICA	RX	OUTROS	IGNORADO	NECRÓPSIA
Tuberculose	40	45%	22,5%	2,5%	—	2,5%	20%	2,5%	2,3%	2,7%
Micobacteriose Atípica	7	42,8%	14,2%	—	—	—	—	—	43%	—

TABELA 5.5
Distribuição de neoplasias segundo o método diagnóstico

NEOPLASIA	TOTAL CASOS	MICROSCOPIA	CLÍNICA	IGNORADO
Sarcoma Kaposi	48	64,5%	29,3%	6,2%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — POPOVIC, M.; GALLO, R. C.; SALAHUDDIN, S. Z. — Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science*. Washington, 224: 500-2, 1984.
- 2 — GALLO, R. C. et al. — Isolation of human T-cell leukemia virus in Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Science*. Washington, 220: 865-7, 1983.
- 3 — MONTAIGNER, L. et al. — A new type of retrovirus isolated from patients presenting with lymphadenopathy and Acquired Immune Deficiency Syndrome: structural and antigenic relatedness equine infectious anaemia virus. *Ann. Virol. Paris*, 135E (1): 119-34, 1984.
- 4 — National Case Control Study of Kaposi's Sarcoma and Pneumonia in homosexual men, Part 1, Epidemiologic Results, Part 2, Laboratory Results. *Ann. Intern. Med.* 49 (2), 145-58, 1983.
- 5 — CDC — Update — (AIDS) — United States. *MMWR*, 1984, 33 nº 47.
- 6 — FORCE, T. — Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) — United States, *MMWR*. Atlanta, 31 (37): 507-14, 1982.
- 7 — LEVINE, A. S. — The Epidemic of Acquired Immune Dysfunction in homosexuals men and its sequelae — opportunistic infections, Kaposi's Sarcoma, and other malignancies: an update and interpretation. *Cancer Treat. rep.* Bethesda, 66 (6): 1391-5, 1982.
- 8 — SONNABEND, J. et al. — AIDS opportunistic infections and malignancies in male homosexual. A hypothesis of Etiologic Factors in Pathogenesis. *JAMA*, 249 (17): 2370-4, 1983.
- 9 — MARX, J. L. — Health officials seek ways to halt AIDS. *Science*. Washington, 219: 271-2, 1983.
- 10 — JONCAS, J. H. et al. — Acquired (or congenital) Immunodeficiency Syndrome in infants born of haitian mothers. *New England — J. Med.* Boston, 308 (14): 842, 1983.
- 11 — VILMER, E. et al. — Possible transmission of a human lymphotropic retrovirus (LAV) from mother to infant with AIDS. *Lancet*. London, 1: 229-30, 1984.
- 12 — AMATO NETO, V.; UIP, D. E.; BOULOS, M.; DUARTE, M. I. S.; MENDES, C. M. F.; TAHETOMI, E.; LONGO, I. M.; MATTOS FILHO, J. L. P.; MOURA, N. C.; ROCHA, T. R. F.; MENDES, N. F. — AIDS: descrição do primeiro caso autóctone do Brasil e estudo imunológico. *Rev. Paul. Med.* São Paulo, 101(4): 165-8, 1983.
- 13 — MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 236. *Diário Oficial*, Brasília, 06 ago. 1985.