

INFECTO-CONTAGIOSAS: COMPORTAMENTOS DE RISCO ENTRE CONSUMIDORES DE DROGAS INJECTÁVEIS

Laura M. Nunes

Doutoranda em Ciências Sociais – Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UFP
lnunes@ufp.edu.pt

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO: NUNES, Laura M. - Infecto-contagiosas: comportamentos de risco entre consumidores de drogas injectáveis. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009) 310-318.

RESUMO

Este artigo pretende alertar para a interligação entre a toxicodependência e os comportamentos conducentes à mais fácil contracção de doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose e a infecção pelo vírus da Imuno-deficiência Humana – VIH. Cada uma das infecções, a que muitas vezes se juntam diferentes hepatites víricas, facilita *per si*, o desenvolvimento da outra, num contexto onde as condutas do indivíduo consumidor de drogas injectáveis se apresentam como potenciadoras da contracção daquelas doenças, bem como da sua transmissão.

PALAVRAS-CHAVE

VIH/SIDA; tuberculose; hepatites víricas; toxicodependência; drogas injectáveis.

ABSTRACT

This work intends to alert for the interconnection between drug addiction and those behaviours leading to an easier contraction of infectious diseases, such as HIV/AIDS and tuberculosis. Each of the previous infections, to which is added the hepatitis viruses, paves the way for the other's development, inserted in a context in which the individual's conducts also make it easier to contract and to transmit those diseases.

KEYWORDS

HIV/AIDS; tuberculosis; viral hepatitis; drug addiction; injection drugs.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo visa chamar a atenção para a considerável incidência de doenças infecto-contagiosas entre a população toxicodependente, bem como para a estreita e frequente combinação entre o vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) e a tuberculose, a que não raras vezes se juntam as hepatites víricas. A necessidade de alertar para este problema prende-se, ainda, com o facto de, no âmbito da Psicologia, ser fundamental estar atento e conhecer tais infecções, de forma a intervir adequadamente ao nível dos comportamentos, em simultâneo com a acção desenvolvida relativamente à conduta adictiva. Assim, parece de todo pertinente proceder a uma breve exploração do tema que, não obstante as tentativas de prevenção e as políticas de redução de riscos, continua a assumir contornos incontroláveis e muito preocupantes, nomeadamente, em Portugal.

As medidas de prevenção até aqui desenvolvidas têm-se mostrado impotentes no que respeita à modificação comportamental no âmbito dos consumos, assim como no plano de outros comportamentos de risco, de que são exemplo a partilha de objectos de consumo e as práticas sexuais (Bastos, 2005) desprotegidas que, entre a co-habitação e a falta de condições higiénico-sanitárias, facilitam a contracção e a transmissão de doenças infecto-contagiosas.

2. COMPORTAMENTOS FAVORECEDORES DA PROLIFERAÇÃO DE INFECTO-CONTAGIOSAS

É indubitável que o indivíduo dependente de substâncias é especialmente vulnerável à contracção de certas infecções, sobretudo por dois motivos a apontar: pelo abandono a que vota a higiene e a saúde e pela redução de condições e de competências a que os consumos o levam (Curto, 2001). De facto, a contracção/transmissão de infecções como o VIH, as hepatites víricas e a tuberculose, entre consumidores de drogas injectáveis, associa-se intimamente ao ritmo e ao estilo de vida por estes sujeitos adoptados, aos métodos de consumo, à frequente falta de higiene e à subnutrição (Salado e Rubio, 2002). Acrescente-se que o dependente de substâncias é alguém muito limitado na sua liberdade psíquica de não consumir e empobrecido nas suas capacidades físicas, mentais e sociais (Patrício, 1996), o que em muito contribui para que se exponha a factores de risco. Tais limitações favorecem a negligência com a saúde e potenciam a prática de comportamentos favorecedores da transmissão de doenças infecciosas. Entre essas condutas, refira-se o estabelecimento de relações de intimidade entre consumidores, que parecem não só proporcionar condições no sentido de que se mantenham os consumos por via endovenosa, como também levam ao aumento de probabilidades do envolvimento do sujeito em comportamentos de risco.

No caso das mulheres consumidoras, por exemplo, soma-se à necessidade de obtenção de meios para sustentar os consumos, a resistência dos parceiros sexuais em usar preservativo (Negreiros e Magalhães, 2005) e o facto da sua condição anatómica (por uma maior área de exposição nas relações sexuais) as tornar cerca de três vezes mais vulneráveis que o homem à mesma infecção sexualmente transmissível (IST). Atente-se, ainda, ao facto de que os toxicodependentes infectados pelo VIH têm vindo a surgir progressivamente mais jovens, com início precoce da actividade sexual (Costa, 1999), a que se juntam também os mais velhos, pela introdução do Viagra, que levou estes últimos a recorrer novamente à prostituição.

Recentemente, confirma-se que cerca de metade dos indivíduos que consomem drogas injectáveis estão infectados pelo VIH (Negreiros, 2006). Como se não bastasse, ao VIH juntam-se outras infecções, geralmente de mais fácil contágio, como é o caso da tuberculose (Coberly e Comstock, 2006; Sullivan e O'Connor, 2004) e das hepatites víricas (Ferrando e Batki, 2004; Ompad e Fuller, 2005). Uma investigação de Vilarça, Gomes e Pina (2008), no período entre 1999 e 2004, concluiu que em média, 45% de sujeitos com tuberculose estavam infectados por VIH, sendo que 30% eram consumidores de drogas. Por tudo isto, parece pertinente introduzir uma breve apresentação das infecções a que se dedica este trabalho.

2.1. A TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa que atinge mais frequentemente os pulmões, podendo no entanto afectar outros órgãos, e sendo provocada pela instalação da *Mycobacterium tuberculosis* que co-existe em distintas estirpes, algumas das quais muito associadas aos consumidores de drogas injectáveis (Antunes, 2001; Coberly e Comstock, 2006). Actualmente, a doença tem tratamento, muito embora prolongado, penoso e extremamente dependente dos comportamentos e da adesão do doente às prescrições (Almeida, 1996), tornando mais difícil a adesão terapêutica por parte de uma população com as características dos consumidores de drogas.

A vacina, bacilo *Calmette-Guérin* (BCG), não se tem revelado suficientemente eficaz, pelo que se tem procurado o desenvolvimento de uma nova vacina, o que exige mais conhecimento sobre as respostas ao nível do sistema imunológico. Os processos básicos da instalação da infecção permanecem desconhecidos, mas sabe-se que o bacilo penetra nos espaços alveolares e que, começando a dividir-se no nicho intracelular, inicia também uma expansão através das paredes alveolares (Orme, 2005), sendo altamente adaptável ao ser humano como hospedeiro (Fenton, Riley e Schlesinger, 2005). Muito embora a tuberculose afecte mais marcadamente os países subdesenvolvidos, nomeadamente as regiões do sudeste Asiático e da África sub-sariana, as análises aos dados de 2007 revelam que se trata de uma infecção que se mantém como uma importante causa de morte em todo o mundo (World Health Organization, 2007).

No que se refere a Portugal, trata-se de um dos países onde a situação implica sérias preocupações. De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2005), relativamente à restante União Europeia, Portugal é um dos Estados com maior incidência de casos notificados e com maior manifestação dos factores que fazem da tuberculose uma infecção emergente. Segundo a Direcção Geral da Saúde (2006), durante o ano de 2005 verificou-se um decréscimo da ordem dos 5% de casos diagnosticados com tuberculose, relativamente ao ano anterior. Contudo, foram registados três mil novos casos, o que corresponde ao dobro da incidência, relativamente aos outros Estados da União Europeia. Assim, a gravidade e persistência da tuberculose continuam a ser altamente preocupantes. Essa preocupação torna-se tanto mais pertinente, quanto se sabe da facilidade de transmissão do bacilo, que resiste a condições menos favoráveis. Essa facilidade de propagação, a par de toda a história da infecção como causadora de morte e por muito tempo sem possibilidade de cura, fez, também, instalar o estigma a ela associado. Não menos estigmatizante é a infecção pelo VIH, a que frequentemente se junta a tuberculose, e que passa a apresentar-se de seguida.

2.2. O VIH/SIDA

Em 1981 deu-se o aparecimento dos primeiros casos de VIH/SIDA, sobretudo entre homossexuais masculinos e indivíduos dependentes de substâncias, pelo que estes grupos passaram a ser designados, na altura, por grupos de risco. Actualmente, não é adequado falar em grupos de risco, sendo mais apropriado referir os comportamentos de risco, até porque, ao longo dos anos, foi sendo notório que o VIH tem vindo a infectar, também, pessoas heterossexuais e não consumidoras de drogas (Guerra, 1998). Não obstante, é sobejamente conhecida a elevada incidência do VIH/SIDA entre a população dependente de drogas injectáveis.

O consumo de substâncias por via de administração endovenosa, tal como a partilha dos utensílios de consumo, mantém-se até aos nossos dias como factor essencialmente aliado ao risco de contracção do VIH (Negreiros e Magalhães, 2005). Segundo os dados da World Health Organization (2004a), no ano de 2003, Portugal apresentava uma das mais elevadas taxas de incidência da Europa Ocidental e, dos infectados, 49% eram consumidores de drogas injectáveis. Já no ano seguinte, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (2004) referiu que 36,3% dos casos diagnosticados estavam associados à toxicoddependência por via endovenosa. São números altamente preocupantes, até porque os consumidores de drogas injectáveis representam um grupo cujo estilo de vida encerra factores de elevado risco que incluem, entre outros, os seguintes: a partilha de utensílios de injeção; a história prévia de enfermidades de contágio sexual; a longa duração da adicção às drogas; o baixo nível sócio-económico; a probabilidade de ter estado na prisão; e a prática de condutas sexuais perigosas. Também por estes motivos, os consumidores de drogas injectáveis não tratados apresentam cerca de cinco vezes mais probabilidades de serem infectados, relativamente aos que são medicamente acompanhados (Bayés, 1995).

Assim, os serviços de tratamento dos indivíduos toxicoddependentes devem incluir planos de intervenção aos níveis do VIH/SIDA, das hepatites víricas e da tuberculose (World Health Organization, 2004b). A esta realidade acresce-se que o VIH é, já por si, uma infecção socialmente associada a grupos marginalizados, sendo, por isso, causa de elevada estigmatização com conseqüente rejeição social (Grilo, 2001). Então, a condição do toxicoddependente infectado acarreta um duplo estigma para o indivíduo. Ainda segundo Grilo (2001), a própria medicação de combate à infecção implica efeitos secundários desagradáveis, a par de exigentes mudanças do estilo de vida e das rotinas diárias dos indivíduos, dificultando a adesão terapêutica, sobretudo em consumidores de drogas, entre os quais os cuidados de saúde são negligenciados. A estas dificuldades, acresce-se a necessidade de atender à combinação entre VIH e outras infecto-contagiosas que, como a tuberculose, vêm incrementar a gravidade da situação, constituindo um desafio aos programas de actividades de controlo das infecto-contagiosas (World Health Organization, 2007).

2.3. VIH, TUBERCULOSE E OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS

A depressão do sistema imunitário do indivíduo infectado pelo VIH torna-o vulnerável a toda uma série de infecções oportunistas. A imunodeficiência apresenta-se estreitamente ligada à possibilidade de infecção pelo bacilo da tuberculose e, num regime de circularidade, também aquele bacilo promove e precipita o agravamento da infecção por VIH (Antunes, 2001).

A crescente incidência de tuberculose que tem ocorrido nas últimas décadas, nomeadamente na África a sul do Sahara, tem sido potenciada, precisamente, pela epidemia do VIH. Por isso, é de todo pertinente alertar para uma tão perigosa ligação (Orme, 2005). A associação entre o consumo de drogas injectáveis e infecções como a tuberculose e o VIH é inegável (Revuelta e Parra, 2003), sendo também muito frequente que esta população apresente infecções pelos vírus das hepatites B, C e Delta (Salado e Rubio, 2002). A possibilidade de re-infecção assume contornos mais difíceis de travar quando surgem combinações como é o caso da co-ocorrência do VIH e de hepatites víricas como a B ou a C, apresentando desafios para os quais os serviços de saúde podem exibir limitações (Sylvestre, Loftis, Hauser et al, 2004). Também a co-infecção pelos vírus das hepatites B e Delta constitui um quadro dos mais graves, podendo culminar na hepatite aguda fulminante, com a conseqüente morte do indivíduo (Salado e Rubio, 2002). Outro desses exemplos ocorre com a re-infecção aguda pelo vírus da hepatite B em sujeitos já infectados pela hepatite C. Trata-se de um quadro infeccioso de que mal se conhecem os mecanismos de replicação e de interacção, tornando muito difícil a intervenção, sobretudo quando se sobrepõem outras infecções como a tuberculose e o VIH (Sousa, Correia, Moreira et al, 2008).

Em Portugal, esse perigo de co-infecção é acrescido por se tratar de um país que tem vindo a ser o destino de movimentos migratórios, provenientes de países onde o controlo de doenças infecto-contagiosas nem sempre é realizado adequadamente. Além disso, a exclusão social a que são votados muitos desses indivíduos, tal como acontece com os alcoólicos e os dependentes de outras drogas, contribuirá mais para a ausência de controlo sanitário. Entre a população dependente de drogas injectáveis, as situações de pobreza constituem uma agravante sobre todos os aspectos já referidos, principalmente porque os consumidores de drogas canalizam todos os seus recursos para a aquisição de substâncias, negligenciando os restantes aspectos das suas vidas. Sob este ponto de vista, os programas de substituição com agonistas têm constituído uma preciosa mais-valia, na medida em que contribuem para o maior controlo e tratamento dos seus utentes, reduzindo danos para os próprios e riscos para a população geral (Salado e Rubio, 2002). Não obstante, se em Portugal o tratamento do VIH-SIDA e das hepatites B e C faz parte integrante do Serviço Nacional de Saúde, também é verdade que há dificuldades de acesso aos tratamentos daquelas infecções (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/IDT, 2006). Acrescente-se que os programas de redução da transmissão do VIH, entre a população toxicodependente, têm-se revelado menos eficazes no controlo de outras infecções como a do vírus da hepatite C (Hagan e Des Jarlais, 2000).

É sabido que as doenças infecciosas resultantes do consumo de substâncias injectáveis constituem um problema de saúde pública, ao qual deve dar-se a máxima atenção, até porque os consumidores de drogas por via endovenosa que contribuem para a pandemia da SIDA têm vindo a crescer. Este crescendo dos números prende-se, também, com as condutas dos indivíduos consumidores de drogas injectáveis, que mantêm comportamentos de alto risco, como já foi referido, para além de constituírem uma população altamente resistente à mudança de atitudes, mesmo quando informados sobre o perigo das doenças infecto-contagiosas (Bastos, 2005). Por outro lado, a situação agrava-se pela frequência com que estas infecções se sobrepõem, num registo de re-infecções recorrentes, que edifica quadros de cada vez mais difícil tratamento e controlo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em consideração todos os aspectos referidos nos pontos anteriores, é fundamental que o técnico de Psicologia se focalize no indivíduo e na possibilidade de trabalhar a mudança comportamental. O consumidor de drogas exhibe toda uma série de comportamentos que, directa ou indirectamente, são potenciadores da contracção e da transmissão de doenças infecto-contagiosas. Esses comportamentos de risco prendem-se com os gestos associados ao consumo, como é o caso da partilha dos materiais usados para consumir, abrangendo muitas outras condutas que, paralelamente, são adoptadas por esta população. Saliente-se que, no respeitante à tuberculose, o tratamento além de longo exige um cuidadoso respeito pelas prescrições, estando, assim, muito dependente dos cuidados do sujeito. Então, pela já referida atitude de abandono e de negligência com a saúde, o toxicodependente acaba por quebrar a terapêutica muito facilmente, vindo a desenvolver resistência aos fármacos e acabando por integrar as fileiras cada vez mais alargadas de tuberculosos multi-resistentes. A contracção de doenças infecto-contagiosas é das consequências mais notórias e favorecidas por uma atitude de abandono do próprio corpo, no secundarizar dos cuidados com a saúde, em que o sujeito dependente de drogas que contraiu o VIH não se protege para evitar re-infecções, potenciando a co-existência de diferentes mas cooperantes estados infecciosos, como aqui se procurou retratar.

Este trabalho não visa apresentar soluções, tão pouco dar respostas, mas antes colocar questões e abrir espaços de reflexão sobre a problemática. É urgente repensar as políticas até aqui implementadas, nomeadamente, aquelas que emergiram precisamente devido às doenças infecto-contagiosas como a SIDA, que acabaram por determinar a adopção de medidas, como a distribuição de preservativos e de seringas, e que marcaram uma nova forma de pensar a toxicod dependência. Contudo, tais medidas têm sido insuficientes, até porque não se inserem, a nosso ver, num quadro de intervenção mais alargado e abrangente das comunidades.

Assim, parece ser chegado o tempo de abandonar as medidas parcelares e de atender à necessidade de um maior controlo sobre os indivíduos que evidenciem algum risco, facilitando o acesso aos serviços de saúde a todos. Deve ter-se em consideração que, frequentemente, se verifica muito tardiamente a detecção e diagnóstico destes quadros infecciosos, na medida em que o acesso aos serviços de saúde nem sempre é facilitado a certas fatias da população, como é o caso do toxicodependente que negligencia o seu estado de saúde. Assim, não raras vezes, o diagnóstico é emitido quando a infecção já evoluiu para quadros de pior prognóstico.

Torna-se, também, imperativa a implementação de medidas mais abrangentes de redução de riscos, incluindo todos aqueles indivíduos que não frequentem os programas de tratamento de substituição. É igualmente urgente combater as situações de pobreza e de exclusão social, procurando melhorar as condições de vida dos sujeitos. Não seria demais repensar os serviços de controlo de tuberculose que, durante muito tempo mantiveram a doença controlada. Também não seria despropositado apostar num efectivo investimento na educação para a saúde e na prevenção primária, através de programas pensados e implementados por equipas multidisciplinares, a desenvolver nas escolas, enquanto instâncias favorecedoras de uma adequada socialização. Recorde-se que um défice ao nível da educação para a saúde acaba por ser impeditivo desse recurso atempado aos serviços de saúde, facilitando a manutenção de comportamentos e de hábitos que potenciam a proliferação das doenças, sem que haja vigilância e controlo. Realmente, quer em termos de saúde pública, quer aos níveis económico e político, as apostas na prevenção e na educação compensam.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M. (1996). *Corpo presente: treze reflexões antropológicas sobre o corpo*. Oeiras, Celta.
- ANTUNES, F. (2001). *Manual sobre SIDA*. Lisboa, Permany Portugal.
- BAYÉS, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
- BASTOS, J. (2005). VIH/SIDA e toxicodependência. Mais vale prevenir. *In: Toxicodependências*, 11, Nº 2, pp. 75-81.
- COBERLY, J. E COMSTOCK, G. (2006). Epidemiology of tuberculosis. *In: Raviglione, M. (Ed.). Reichman and hershfield's tuberculosis. A comprehensive, international approach* (3ª Ed.). Florida, CRC Press, pp. 65-100.
- COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA. (2004). *Plano nacional de luta contra a SIDA 2004, metas para 2006*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- COSTA, N.(1999). Toxicodependentes seropositivos em tratamento. *In: Toxicodependências*, 5, Nº 2, pp. 33-42.
- CURTO, J.(2001). O toxicodependente e a utopia atópica do desejo ou de como a morte começa na despedida do corpo. *In: Toxicodependências*, 7, Nº 1, pp. 83-86.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2005). *Ponto da situação epidemiológica e de desempenho*. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. Sistema de Vigilância (SVIG-TB).
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2006). *Dia Mundial da Tuberculose*. Disponível em http://www.Min_saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2006/10/tuberculose.htm. (Consultado em 13-04-2007).
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION/IDT. (2006). *National report to the EMCDDA. "Portugal" new development, trends and in-depth information on selected issues*. Lisboa, Ministério da Saúde. IDT.
- FENTON, M., RILEY, L. E SCHLESINGER, L. (2005). Receptor-Mediated recognition of *Mycobacterium Tuberculosis* by host cells. *In: Eisenach, K., McMurray, D. e Jacobs, W. (Ed.). Tuberculosis and the tubercle bacillus*. United States of America, ASM Press, pp. 405-426.
- FERRANDO, S. E BATKI, S. (2004). HIV infection. From dual to triple diagnosis. *In: Kranzler, H. e Tinley, J.(Ed.). Dual diagnosis and psychiatric treatment: Substance abuse and comorbid disorders* (2ª Ed.). London, Informa Health Care, pp. 487-514.
- GRILO, A. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *In: Psicologia, Saúde e Doenças*, 2, Nº 2, pp. 101-118.
- GUERRA, M. (1998). *Sida: implicações psicológicas*. Lisboa, Fim de Século edições.
- HAGAN, H. E DES JALAI, C. (2000). HIV and HCV infection among injecting drug users. *In: The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, Nº 5/6, pp. 423-428.
- NEGREIROS, J., E MAGALHÃES, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas. *In: Toxicodependências*, 11, Nº 2, pp. 3-22.
- NEGREIROS, J. (2006). Comportamentos de risco de infecção pelo VIH em consumidores de heroína injectada: impacto da duração dos consumos e da seropositividade. *In: Toxicodependências*, 12, Nº 2, pp. 3-10.
- OMPAD, D. E FULLER, C. (2005). The urban environment, drug use, and health. *In: Galea, S. e Vlahov, D. (Ed.). Handbook of urban health. Populations, methods, and practice*. New York, Springer, pp. 127-154.
- ORME, I.M. (2005). Tuberculosis vaccines. Current progress. *In: Drugs*, 65, Nº 17, pp. 2437-2444.
- PATRÍCIO, L. (1996). *Droga de vida. Vidas de droga*. Lisboa, Bertrand.
- POIARES, C. (2001). Variações sobre a droga. *In: Toxicodependências*, 7, Nº 2, pp. 67-75.

- REVUELTA, C. E PARRA, R. (2003). Las drogas como problema de salud. In: Serrano, M. (Ed.). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud* (2ª Ed.). Madrid, Dias de Santos, pp. 235-248.
- SALADO, J. E RUBIO, G. (2002). Opiáceos (III). Tratamiento y complicaciones orgánicas de la dependencia a opiáceos. In: Martínez, M. e Rubio, G. (Ed.). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid, Dias de Santos, pp. 131-144.
- SOUSA, M.; CORREIA, M.; MOREIRA, J.; EIRAS, E.; MOTA, M.; DIAS, V. ET AL (2008). Depuração do vírus C após infecção aguda por vírus B. In: *Medicina Interna*, 15 Nº 1, pp. 32-35.
- SULLIVAN, L. E O'CONNOR, P. (2004). Medical disorders in substance abuse patients. In: Kranzler H. e Tinley J. (Ed.). *Dual diagnosis and psychiatric treatment: Substance abuse and comorbid disorders* (2ª Ed.) London, Informa Health Care, pp. 515-554.
- SYLVESTRE, D.; LOFTIS, J; HAUSER, P; GENSER, S.; CESARI, H.; BOREK, N. ET AL (2004). Co-occurring hepatitis C, substance use, and psychiatric illness: treatment issues and developing integrated models of care. In: *Journal of Urban Health*, 81, Nº 4, pp. 719-734.
- VILARIÇA, A.; GOMES, C. E PINA, J. (2008). Análise comparativa entre tuberculose multirresistente e tuberculose extensivamente resistente – Epidemiologia e factores preditivos. In: *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14, Nº 6, pp. 829-842.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2004a). *Portugal. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections*. Geneva, Uniting the World against AIDS.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004b). *Improving access and use of psychotropic medicines. Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Geneva, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007). *WHO Report 2007. Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing*. Geneva, World Health Organization.